

# БОЛАЛАРДА ГИРШПРУНГ КАСАЛЛИГИДА ТРАНСАНАЛ КОЛОАНАЛ АНАСТОМОЗ ЎРНАТИШНИНГ ТАКОМИЛЛАШТИРИЛГАН УСУЛИ

У.Ш. Мамажонов

Андижон давлат тиббиёт институти

## Аннотация

Мақолада Гиршпрунг касаллиги билан касалланган болаларда трансанал усулда такомиллаштирилган колоанал анастомоз шакллантиришнинг асосий жиҳатлари келтирилган. 2010 - 2020 йиллар давомида Гиршпрунг касаллиги аниқланган 2-18 ёшгача бўлган 85 нафар бемор болалар кузатилган. Улардан 38 нафарида De La Torre-Ortega амалиёти такомиллаштирилган усулда бажарилган. Амалиёт натижалари яхши, қониқарли ва қониқарсиз натижалар сифатида талқин қилинган. Ишлаб чиқилган жаррохлик усули De La Torre-Ortega амалиётининг техник жиҳатларини такомиллаштиришга асосланган бўлиб, ушбу усул орқали мобилизация қилинган йўғон ичак анал тешиқдан 3 см юқорида фиксацияланиши хисобига колоанал анастомозни мустахкамлашга, сероз-мушак чоклар қўйилиб футляр хосил қилиш орқали ичак турғунлигини таъминлашга ва анал тешиқдан 0,5 см юқорида чоклар қўйиб анастомоз шакллантиришга эришилган.

*Калит сўзлар: трансанал усул, колоанал аностомоз, De La Torre-Ortega амалиёти, Гиршпрунг касаллиги, болалар*

# IMPROVED METHOD FOR TRANSANAL COLOANAL ANASTOMOSIS IN CHILDREN WITH HIRSHPRUNG DISEASE

U.Sh. Mamajonov

Andijan State Medical Institute

## Abstract

The article presents the main distinguishing features of the improved transanal method of coloanal anastomosis in children with Hirschsprung's disease. In the period from 2010 to 2020, 85 children aged 2 to 18 years who suffered from Hirschsprung's disease were under observation. Of these, 38 children underwent an improved technique of the De La Torre-Ortega operation. The criteria for evaluating the results of surgical treatment was defined as good, satisfactory and unsatisfactory. The developed method of surgical treatment of children with HD is based on the modification of the technical aspects of the De La Torre-Ortega operation, which consist of strengthening the coloanal anastomosis by fixing the mobilized colon 3 cm above the anus, serous-muscular sutures with the creation of a case, which ensures the immobility of the intestine and by applying mucocutaneous sutures above the anus by 0.5 cm, with the formation of an anastomosis.

*Key words: transanal method, coloanal anostomosis, De La Torre-Ortega operation, Hirschsprung's disease, children.*

# СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПРИБРЕТЕННЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

У.Ш. Мамажонов

Андижанский государственный медицинский институт

## Аннотация

В статье представлены основные отличительные признаки усовершенствованного трансанального способа колоанального анастомоза у детей с болезнью Гиршпрунга. В период с 2010 по 2020 г. под наблюдением находились 85 детей в возрасте от 2 до 18 лет, страдавших болезнью Гиршпрунга. Из них у 38 детей выполнялась усовершенствованная методика операции De La Torre-Ortega. Критериями оценки результатов оперативного лечения определялась как хороший, удовлетворительный и неудовлетворительный. Разработанный способ хирургического лечения детей с БГ основан на модификации технических аспектов операции De La Torre-Ortega, которые заключаются в укреплении колоанального анастомоза, путем фиксации мобилизованной толстой кишки на 3 см выше анального отверстия, серозно-мышечными швами с созданием футляра, что обеспечивает неподвижность кишки и накладыванием кожно-слизистых швов выше анального отверстия на 0,5 см, с формированием анастомоза.

*Ключевые слова:* трансанальный способ, колоанальный анастомоз, операция De La Torre-Ortega, болезнь Гиршпрунга, дети.

**Долзарблиги.** Гиршпрунг (ГК) касаллиги каби йўфон ичак ва аноректал соҳанинг ривожланиш нуқсонларини ва аноректал атрезияларнинг турли вариантларини коррекция қилиш – болалар жарроҳлигининг катта ва мураккаб бўлиmidир [1, 8, 14]. Реконструктив амалиётларни етарлича тажрибага эга бўлмаган жарроҳлар томонидан бажарилиши амалиётдан кейинги бир қатор асоратларнинг ривожланишига олиб келади. Колоректал патологияни бирламчи коррекциялашдаги тактик ва техник хатолар турли хил асоратларнинг шаклланишига ва пировардида кўп сонли такрорий амалиётларга олиб келади [7]. Болаларнинг ушбу гуруҳини даволаш жиддий жарроҳлик муаммосидир, катта молиявий харажатларга, узоқ муддатли

реабилитацияга олиб келади ва афсуски, ҳар доим ҳам ижобий натижа беравермайди, бу эса беморнинг ногиронлигига ва унинг ижтимоий мослашувининг бузилишига олиб келади [6]. ГКни жарроҳлик йўли билан даволашнинг мақсади – бу ичак аганглионар зонасини олиб ташлаш ва ичак трактини нормал иннервацияланадиган ичакни орқа пешобга тушириб, сфинктернинг нормал функциясини сақлаб қолган ҳолда реконструкция қилиш ҳисобланади.

Энг кенг тарқалган амалиётлар – бу Svenson [4, 17], Duhamel ва Soave [3] муолажаларидир. Гарчи Rehbein ва Stephen муолажалари каби бир қатор бошқа амалиётлар баён этилган бўлса-да, ушбу амалиётлар ҳанузгача баъзи марказларда бажариб келинмоқда [18]. Гарчи Svenson амалиёти дастлаб бир босқичли муолажа сифатида ишлаб чиқилган бўлса-да, стриктура, оқиб чиқиш ва бошқа нохуш оқибатларнинг юқори частотаси 3-12 ойдан сўнг амалга ошириладиган якуний тортишли толиқтирувчи дастлабки колостомияни қабул қилишга олиб келди [17].

1980-йилларда бир қатор жарроҳлар ҳатто ёш болаларда ҳам бир босқичли тортишли амалиётлар ҳақида хабар қилишди [10, 16]. Кейинги 10-15 йил давомида, кўплаб ҳисоботларда бир босқичли ёндошув хавфсиз бўлганлиги, чақалоқларда стома асоратларининг олдини олишга имкон бергани ва бу янада рентабеллироқ бўлганлиги тахмин қилинган [1, 13, 15]. Гиршпрунг касаллигида бир босқичли эндоректал тортиш усулларининг турли модификациялари ишлаб чиқилган ва уларнинг аксарияти лапаротомия ёки лапароскопияни талаб қилади [1, 12].

Трансанал ёндошув дастлаб 1998 йилда De La Torre-Mondragon ва Ortega [11] томонидан баён қилинган ва амалиётга қабул қилинган, бу ҳақида кўп сонли жарроҳлар хабар қилишган. Муаллиф янги эндоректал услубият ва унинг дастлабки натижаларини тақдим этган, бунда аганглиоз сегментнинг ректал мукозектомияси, колэктомияси ва нормал

иннервацияли йўғон ичакнинг бўлимини чиқариб олиш орқа пешоб орқали бажарилади. Бу техника лапаротомия ёки лапароскопияни талаб этмайди. Бугунги кунда Гиршпрунг касаллигидаги De La Torre-Ortega амалиёти замонавий болалар колопроктологиясида яқин ва узоқ муддатдаги яхши натижаларга эга бўлган стандарт ва синалган услубиятдир.

Шунга қарамай, De La Torre-Ortegанинг бир вақтнинг ўзида аганглионар зонани пастга тушириш ва колонанал анастомоз қўйиш билан кечадиган оригинал трансанал техникаси асоратлар билан кечиши мумкин, чунончи:

- фекал юкломанинг камайиши туфайли супрастенотик кенгайган ва гипертрофияланган йўғон ичакнинг бўйламасига қисқариши ва сақлаб қолинган қисми ҳажмининг камайиши оқибатида пастга туширилган ичак ва филофнинг ретракцияси;

- амалиётдан кейинги энг яқин даврда орқа пешоб канали стенозининг шаклланиши, бу серияли бужлашни (кенгайтириш) талаб қилади;

- таранглашган йўғон ичакнинг пастга туширилиши ва сигмасимон ичакнинг физиологик эгилишининг, бинобарин йўғон ичак проксимал қисми резервуарининг йўқолиши муносабати билан фекал инконтиненциянинг ривожланиши.

Санаб ўтилган барча асоратлар асосан амалиётни техник бажариш оқибатидир ва аксарият ҳолларда амалиёт вақтидаги ностандарт вазиятлар ёки амалиётдан кейинги даврда йўғон ичакнинг проксимал қисмида юзага келадиган ўзгаришларни етарлича баҳоламаслик билан боғлиқдир.

Турли хил техник усуллар анал канали стенози ва пастга туширилган ичак ретракциясининг олдини олиш учун қўлланилишига қарамай, физиологик резервуарни сақлаб қолиш ва анал

инконтиненциянинг олдини олиш бўйича адабиётларда нисбатан оз усуллар баён қилинган.

Америкалик олим Keith Georgeson [2] Soave усулини қўллашда, қорин ички асоратларининг олдини олиш мақсадида қорин босқичида йўғон ичакнинг лапароскопик мобилизациясини, оралиқ босқичида эса “пастдан юқорига” трансанал демукозациясини ва аганглиоз зона олиб ташланганидан сўнг колоректал анастомознинг шаклланишини ўтказишни тавсия этади. Кичик ёшдаги болалар учун лапароскопик устун мавжуд эмаслиги туфайли бундай юқори технологик амалиётнинг ҳар жойда ва ҳар доим ҳам имконияти йўқ.

Шундай қилиб, бугунги кундаги жарроҳлик йўли билан даволашнинг “олтин стандарти” – йўғон ичакнинг Soave-Georgeson бўйича пастга туширилишини видеоассистентлаш ва De La Torre-Ortega амалиёти доимий равишда такомиллаштириш босқичидан ўтмоқда, айниқса анастомоз зонасини у ёки бу усул билан маҳкамлаш, анастомозларга юкламани камайтириш эса устувор ҳисобланади.

**Тадқиқот мақсади.** Гиршпрунг касаллигига чалинган болалардаги колоанал анастомознинг такомиллаштирилган трансанал усулининг асосий эътиборга молик жиҳатларини тақдим этиш.

**Тадқиқот материали ва усуллари.** Тадқиқотга 2010 йилдан 2020 йилга қадар Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт марказининг жарроҳлик бўлимига ётқизилган ва икки гуруҳга бўлинган 85 нафар бола киритилди. Асосий гуруҳни De La Torre-Ortegанинг такомиллаштирилган амалиёт усули бажарилган 38 нафар бола ташкил этди, қиёслов гуруҳига йўғон ичакнинг Soave анъанавий услубияти бўйича трансанал резекцияси ўтказилган 47 нафар бола кирди.

Барча гуруҳларда ўғил болалар кўпчиликини ташкил этди: асосий гуруҳда – 76,3 %, қиёслов гуруҳида – 70,2 %, қизлар: асосий гуруҳда – 23,7

%, қиёслов гуруҳида – 29,8 %. Тадқиқотимиздаги ўғил болалар ва қиз болалар ўртасидаги нисбат 2:1 бўлди.

Иккала тадқиқот гуруҳида ҳам болаларнинг ёши 2 ёшдан 18 ёшгачани ташкил этди. Шунини таъкидлаш керакки, асосий гуруҳдаги аксарият беморларни мактабгача ёшдаги болалар – 50,0 % (4-7 ёш) ва кичик ёшдаги болалар – 36,8 % (2-3 ёш); қиёслов гуруҳида – мактабгача ёшдаги болалар – 46,8 % (4-7 ёш) ва кичик ёшдаги болалар – 36,8 % (2-3 ёш) ни ташкил этди. Рентгенологик тадқиқотлар маълумотларига кўра, кўпчилик болаларда ГКнинг ректосигмоид шакли учради: асосий гуруҳда – 68,4 %, қиёслов гуруҳида – 66,0 %. ГКнинг ректосигмоид ва ректал шакллари ўртасидаги нисбат ҳар иккала гуруҳда 2:1 ни ташкил этди (1-жадвал).

1-жадвал

Беморларни рентгенологик тадқиқот маълумотларига кўра  
Гиршпругн касаллигининг шакли бўйича тақсимлаш

Шакли	Қиёслов гуруҳи (n=47)		Асосий гуруҳ (n=38)	
	мутлақ	%	мутлақ	%
Ректал	16	34,0%	12	31,6%
Ректосигмоид	31	66,0%	26	68,4%
Жаъми	47	100,0%	38	100,0%

Болаларни ГКнинг босқичи бўйича тақсимлашда ҳар иккала гуруҳда ГКнинг субкомпенсацияланган шакли устунлик қилди. ГКнинг субкомпенсацияланган шакли асосий гуруҳдаги ҳолатларнинг ярмидан кўпроғини – 63,2 %, қиёслов гуруҳида эса – 66,0 % ни ташкил этди (2-жадвал).

## Болаларни Гиршпрунг касаллигининг босқичи бўйича тақсимлаш

Шакли	Қиёслов гуруҳи (n=47)		Асосий гуруҳ (n=38)	
	мутлақ	%	мутлақ	%
Компенсацияланган	8	17,0%	6	15,8%
Субкомпенсацияланган	31	66,0%	24	63,2%
Декомпенсацияланган	8	17,0%	8	21,1%
Жаъми	47	100,0%	38	100,0%

Оператив даволаш натижаларини баҳолаш мезонлари В. А. Саввин ва ҳаммуаллифлар [5] тавсияси бўйича белгиланди, унга кўра: беморнинг соғлигидан шикоятлари йўқлиги, дефекацияга мустақил чақириқнинг шаклланганлиги, 1-2 кун давомида 1 маҳал мустақил ич келиши, ич қотишининг йўқлиги, ҳаёт сифатининг яхшиланиши – яхши натижа; беморда қорин бўшлиғи аъзоларининг ҳолати билан боғлиқ даврий шикоятларнинг мавжудлиги (кўнгил айнаши, қориннинг дам бўлиши, қориндаги оғриқлар), 2-3 кун давомида 1 маҳал мустақил ич келиши, ҳафтасига кўпи билан 2 марта тозаловчи ҳуқнанинг зарурати, ҳафтасига 1-2 мартадан кўп бўлмаган ич қотиши қониқарли натижа деб ва қониқарсиз натижа деб беморда қорин бўшлиғи аъзоларининг ҳолати билан боғлиқ шикоятларнинг (кўнгил айнаши, қайт қилиш, қориннинг дам бўлиши, оғриқлар), мустақил ич келишинг йўқлиги ва ич қотишининг мавжудлиги ҳисобланди.

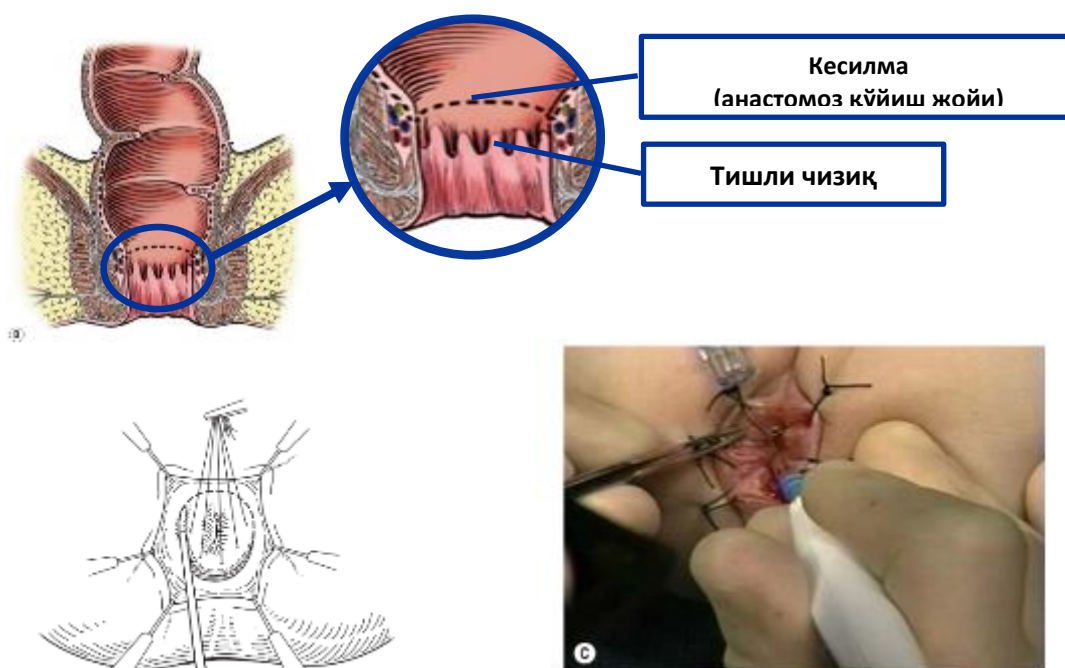
**Натижалар ва уларнинг муҳокамаси.** De La Torre-Ortega амалиётини ўтказишнинг стандарт услубияти махсус адабиётларда батафсил баён этилганлигини ҳисобга олган ҳолда [14], биз амалиётни бажаришнинг такомиллаштирилган усулининг энг яқин прототип билан қиёслагандаги асосий эътиборга молик жиҳатларини келтирамиз (2021 йил 06 декабрдаги 20160347-сонли Ихтирога патент учун ариза).

De La Torre-Ortega амалиётининг асосий босқичлари:



**Ректал мукозэктомия.** Тўғри ичакнинг трансанал мукозэктомиясига биринчи қадам сифатида орқа пешоб канали яланғочланади ва тўғри ичак шиллиқ қаватининг тишли чизиғидан 1 см юқорида айланма кесилма қилинади. Ўтмас кесиб ажратишдан фойдаланиб, шиллиқости текислиги шаклланади, шиллиқ қаватини мускул деворидан ажралишини осонлаштириш учун шиллиқ қаватга 5-0 ипак ип билан бир нечта чок қўйилади, шиллиқости текислиги 6 смга кенгайди.

De La Torre-Ortega бўйича тўғри ичак трансанал мукозэктомиясининг қуйидаги техникаси баён қилинади: орқа пешоб канали яланғочланади, муаллиф тўғри ичак шиллиқ қаватининг тишли чизиғидан 1 см юқорида айланма кесилмадан фойдаланишни маъқул кўради (1-расм).



1-расм. Тўғри ичакнинг трансанал мукозэктомияси: орқа пешоб каналини яланғочлаш ва тўғри ичак шиллиқ қаватининг тишли чизиғидан 1 см юқорида айланма кесилмадан фойдаланиш (*Holcomb George W. et al. иллюстрацияси [14].*

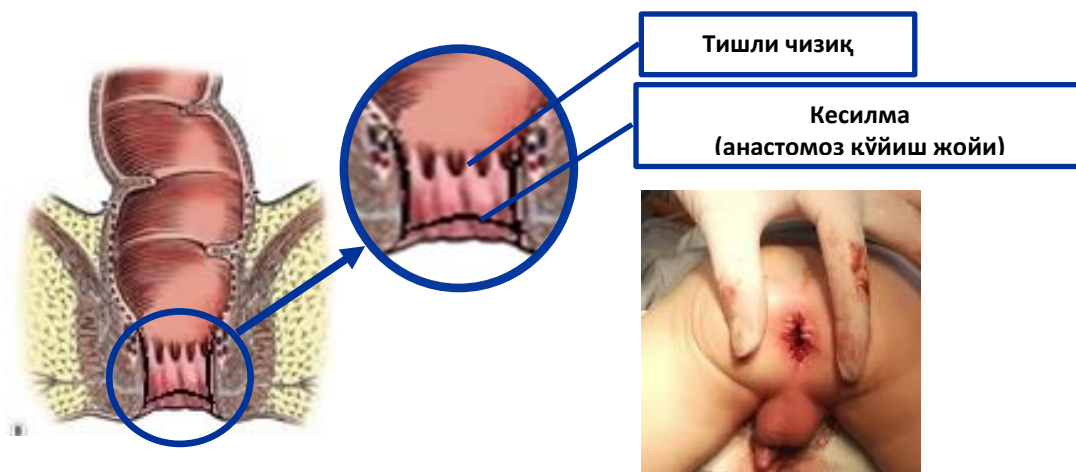
Анастомозни шиллиқ парданинг тишли чизиғидан юқорида қўйишда анастомоз чизиғининг орқа пешобдан тортилиши юз беради,



орқа пешоб атрофидаги терига чок қўйишдан қочган ҳолда яхши косметик натижа таъминланади. Лекин бунда, фикримизча, анастомоз устидан визуал назоратнинг йўқлиги сабабли унинг ҳолатини баҳолаш ва парваришlash қийинлашади, анастомоз чизигинининг орқа пешоб каналининг ичида бўлиши амалиётдан кейинги яқин даврда серияли бужлашни (кенгайтириш) талаб қилувчи стенознинг шаклланишига ёрдам бериши мумкин. Бундан ташқари, пастга туширилган ичак ретракцияси каби асорат юзага келганда қўшимча манипуляцияларсиз (ойнали кўрик, бармоқ билан текшириш) ташхис қўйишнинг иложи йўқ.

**Таклиф қилинган муаллифлик анастомоз қўйиш услубиятининг эътиборга молик жиҳатлари қуйидагилар:**

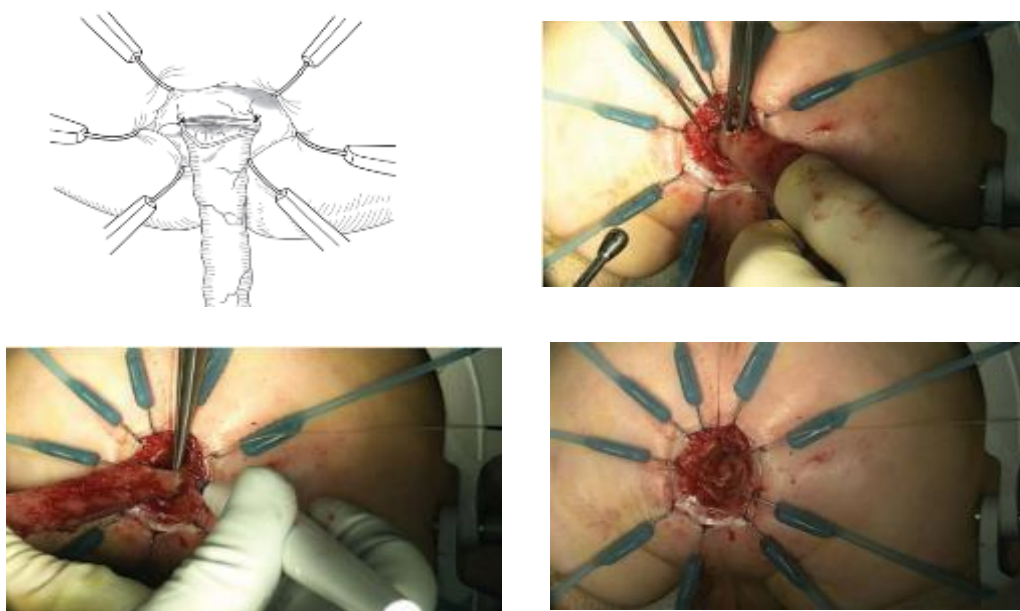
айлана кесилма тўғри ичак шиллиқ қаватининг тишли чизигидан пастроқда, орқа пешобга яқин жойда, кейинчалик тери-шиллик парда колоанал анастомозини қўйиш билан бажарилади. Бунда анастомоз чизигини тўлиқ визуал назорат қилиш ва уни самарали парваришlash имконияти мавжуд, орқа пешоб каналининг чандиқли стенози хавфи камаяди (2-расм).



2-расм. Тўғри ичак трансанал мукозэктомияси: тўғри ичак шиллиқ қаватининг тишли чизигидан пастроқда, орқа пешобга яқин жойда, кейинги тери-шиллик парда колоанал анастомозини қўйиш билан (муаллифлар иллюстрацияси)

**Мускул манжетаси.** Кейинги қадам, нормоганглиоз ичак тортиладиган мускул манжетасини тайёрлашдир. Мукозэктомия тугалланган жойда периректал тўқимага кириш учун тўғри мускулда тўлиқ кесилма амалга оширилади. Мускул “енгини” бўшатиш учун периректал тўқима ва тўғри ичакнинг айлана бўйлаб бўлинадиган силлиқ мускул толалари кесиб ажратилади (3-расм). Ушбу муолажа шарофати билан мускул манжетасини бўшатиш ва бошланғич ҳолатига қайтариш мумкин. Ниҳоят, анастомоз чизиғи яратиладиган жойда “енгнинг” орқа миотомияси амалга оширилади.

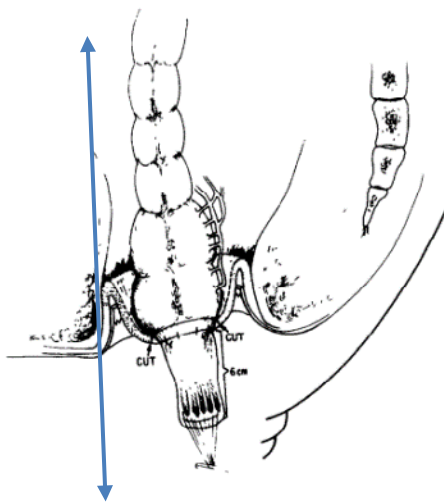
**Йўғон ичак мобилизацияси.** Мускул “енги” тайёр бўлиши ва бўшатилиши билан тўғри ичак пастга тортилади, периректал тўқималар осонгина яланғочланади, қатқорин томирлар кесиб ажратилади, боғланади ва бўлинади. Шундай қилиб, йўғон ичак бўшатилади, пастга тушириш амалга оширилади, сўнгра макроскопик ўтиш зонаси кўринади.



3-расм. Йўғон ичак мобилизацияси ва резекцияси, колоанал анастомоз қўйиш (Holcomb George W. et al. иллюстрацияси [14]).

Нормоганглиоз чамбар ичакка етиб борилганда ва у таранглашувсиз тахминий анастомоз чизифигача бўшатиладганда, кенгайган ва қалинлашган аганглиоз сегментнинг колэктомияси амалга оширилади. Йўғон ичак орқали чўзилган нормоганглиозни ишончли тарзда маҳкамлаш учун мускул “енгининг” ён деворларига иккита сўрилиб кетувчи чок қўйилади, анастомоз тўғри ичак шиллиқ қаватига сўрилиб кетувчи чок билан тикиб чиқилади (5-расм).

Тахминимизча, амалиётнинг мазкур босқичида сигмасимон ичакнинг пастга туширилиши ва уни аганглионар зонанинг узунлигидан келиб чиқиб кейинги (навбатдаги) олиб ташлашда анатомик тузилмалар бузилади, хусусан, йўғон ичакнинг пастга тушувчи қисми тўғри чизикда жойлашади, резервуар сифатида керак бўладиган сигмасимон ичакнинг физиологик эгилиши йўқолади (4-расм).



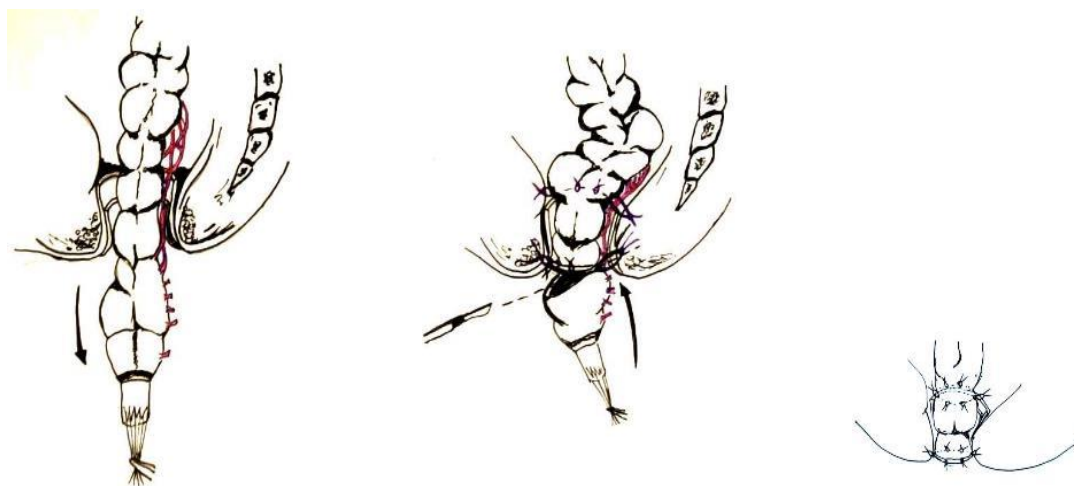
4-расм. Йўғон ичакнинг пастга тушувчи қисми тўғри чизикда жойлашади, сигмасимон ичакнинг физиологик эгилиши йўқолади.

(De la Torre-Mondragón L, Ortega-Salgado JA. иллюстрацияси) [11].

Фикримизча, пастга тушувчи йўғоничак ва унинг атрофидаги тузилмаларнинг бундай топографик жойлашуви амалиётдан кейинги яқин даврдаги фекал инконтиненцияга сабаб бўлиши мумкин.

Таклиф қилинган муаллифлик услубиятининг мазкур босқичдаги эътиборга молик жиҳатлари қуйидагилар:

Мобилизациядан сўнг йўғон ичак таранглашувсиз бўшатилади, пастга тушириш тахминий анастомоз чизиғидан анча пастроқда амалга оширилади, мобилизация қилинган ичак заҳираси қолдиради, сўнгра пастга туширилган қисм қайтадан орқа пешоб каналига, тахминий анастомоз чизиғига қадар тўғриланади. Орқа пешобдан 3 см юқорида ичакнинг деворига 4 томондан сероз-мукул чоклари қўйилади ва ғилофнинг атрофидаги тўқималарга маҳкамланади, бу эса ичакнинг ҳаракатсизлигини таъминлайди. Чамбар ичакнинг чок чизиғидан юқоридаги эркин қисми “гофрланган” шаклга киради, резервуар ҳосил қилади, ичакдаги субстанцияларни қисмлаб ташлаб беришни таъминлайди, бу эса келгусида, амалиётдан кейинги энг яқин даврда фекал инконтиненциянинг олдини олади. Сўнгра орқа пешобдан 0,5 см юқорида тери-шиллик қават колоанал анастомози қўйилади (7-расм).



5-расм. Йўғон ичак мобилизацияси, орқа пешобдан 3 см юқорида маҳкамловчи чоклар қўйиш, резервуар яратиш (муаллифлар иллюстрацияси)

Шундай қилиб, муаллифнинг таклиф қилинган колоанал анастомоз қўйиш усулининг эътиборга молик жиҳатлари қуйидагилар:

1. Мобилизация қилинган йўғон ичакнинг пастга туширилиши тахминий анастомоз чизиғидан пастроқда ва орқа пешобдан 3 см юқорида, охиргиси сероз-мускул чоклари билан маҳкамлаган ва ғилофни барпо этган ҳолда бажарилади, бу эса ичакнинг ҳаракатсизлигини таъминлайди.

2. Орқа пешобдан 0,5 см юқорида, колоанал анастомозни шакллантирган ҳолда тери-шиллик қават чоклари қўйилади.

Таклиф қилинган усулнинг афзалликларини кўрсатувчи амалиётимиздаги клиник мисолни келтирамыз.

Клиник ҳодиса колоанал анастомоз шаклланишининг такомиллаштирилган вариантыга эга De La Torre-Ortega амалиёти ўтказилган болага нисбатан баён қилинган.

*1-клиник мисол. А. исмли бемор, 11 ойлик, бўлимга Гиршпруг касаллиги, ректосигмоидал шакл, субкомпенсация даври ташхиси билан келди. Асоратлари: сурункали ич қотиши. Анамнездан маълумки, бола туғилган давриданоқ ич қотишидан азият чекади, консерватив терапия самарасиз. Объектив: кўрикда қорин шишган, веноз тармоғи намоён бўлган, пайпаслаганда юмшоқ, қуйи қисмларда оғриқли. Қорин қитиқланиши аломатлари салбий. Тўғри ичакни бармоқ билан текширишда: тўғри ичак ампуласи эркин, сфинктер тонуси ошган. Консерватив терапиядан (ҳар кунлик тозаловчи ва сифонли ҳуқналар, тўғри ичакка глицерин юбориш, дюфалак) сўнг тўғри ичак УТТ ва ирригографияси ўтказилди. УТТда тўғри ичак диаметрининг 37 ммга қадар кенгайиши кузатилади. Ирригография маълумотларига кўра, суст ифодаланган гаустрация аниқланади (6-расм). Тўғри ичак соҳасида стеноз зонаси кўринади, стеноз сатҳидан юқорида эса супрастенотик кенгайиш зонаси мавжуд.*

*Гиршпруг касаллиги ташхиси тасдиқланганидан ва амалиётдан олдинги тайёргарлик, ҳамда ичак деконтоминациясидан сўнг, 2018 йил 12 январда муаллиф модификациясидаги Де Ла Торре-Ортега амалиёти (трансанал эндоректал проктопластика) ўтказилди. Орқа пешоб каналини яланғочлаш ва тўғри ичак шиллик қаватининг тишли чизиғидан 1-1,5 см пастроқда, орқа пешобга яқин жойда, келгусида тери-шиллик парда колоанал анастомозини қўйиш учун айлана кесилма ўтказиш йўли билан ректал мукозэктомия бажарилди, бунда тўлиқ визуал назорат имконияти мавжуддир. Ўтмас кесиб ажратишдан фойдаланиб, шиллиқости текислиги*

шаклланди, шиллиқ қаватни мускул деворидан ажралишини осонлаштириш учун шиллиқ қаватга 5-0 ипак ип билан бир нечта чок қўйилди, шиллиқости текислиги 6 смга кенгайди. Мукозэктомия тугалланган жойда периректал тўқимага кириш учун тўғри мускулда тўлиқ кесилма амалга оширилди. Мускул “енгини” бўшатиш учун периректал тўқима ва тўғри ичакнинг айлана бўйлаб бўлинадиган силлиқ мускул толалари кесиб ажратилди. Анастомоз чизиғи яратиладиган жойда “енгнинг” орқа миотомияси амалга оширилди. Мускул “енги” тайёр бўлиши ва бўшателиши билан тўғри ичак пастга тракция қилинди, периректал тўқималар яланғочланди, қатқорин томирлар кесиб ажратилди, боғланди ва ўтиш зонаси макроскопик кўрингунга қадар бўлинди. Нормоганглиоз чамбар ичакка етиб борилганда ва у таранглашувсиз тахминий анастомоз чизиғигача бўшатишганда, кенгайган ва қалинлашган аганглиоз сегментнинг колэктомияси амалга оширилди. Йўғон ичак орқали чўзилган нормоганглиозни ишончли тарзда маҳкамлаш учун мускул “енгининг” ён деворларига иккита сўрилиб кетувчи чок қўйилди, анастомоз тўғри ичак шиллиқ қаватига сўрилиб кетувчи чок билан тикиб чиқилди.

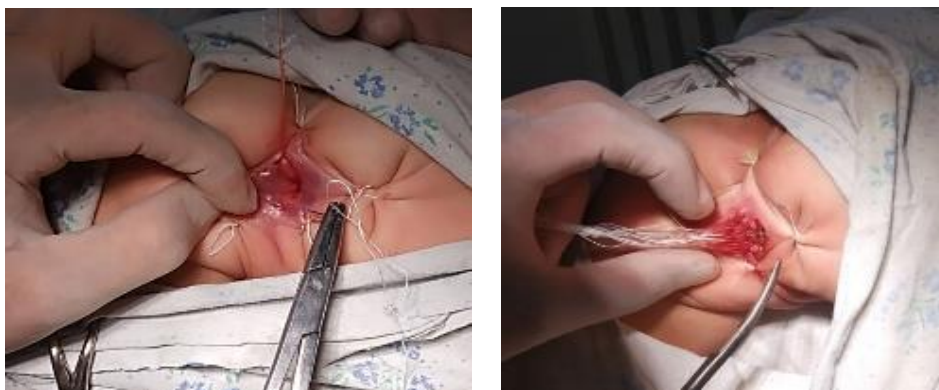


6-расм. Ирригография. Гиршпругн касаллигининг ректал шакли. Ректал аганглиоз, сигмасимон ичакнинг супрастенотик кенгайиши.

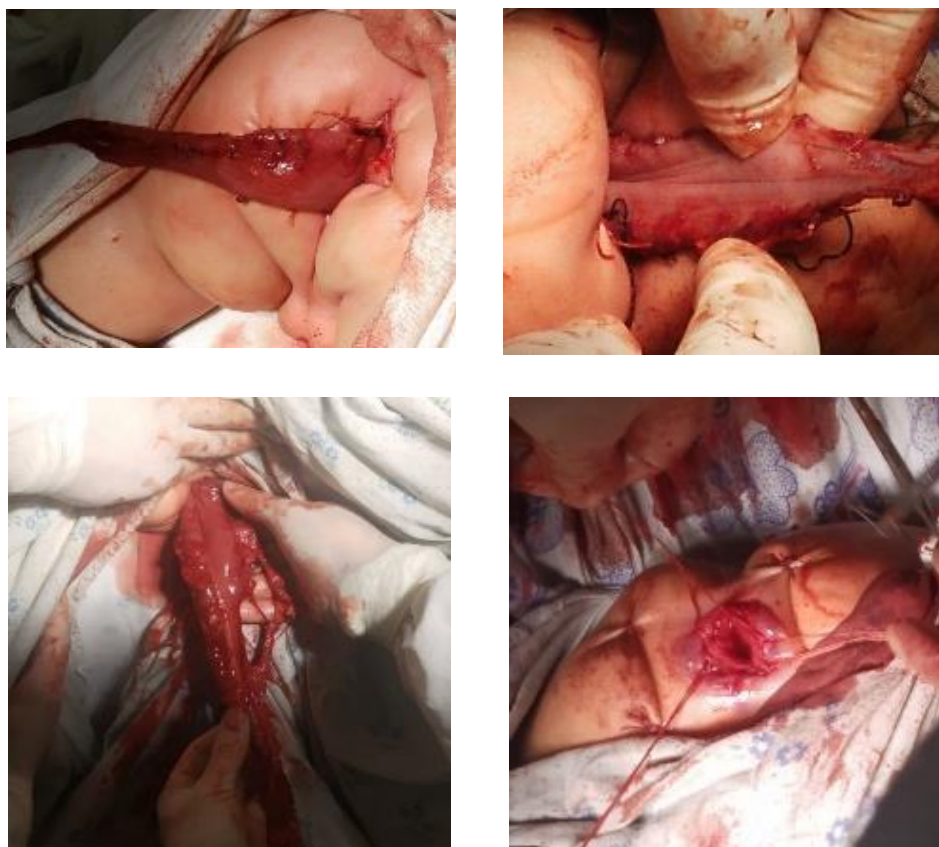
Мобилизациядан сўнг йўғон ичак таранглашувсиз бўшатишди, пастга тушириш тахминий анастомоз чизиғидан анча пастроқда амалга оширилди, мобилизация қилинган ичак заҳираси қолдирилди, сўнгра пастга туширилган қисм қайтадан орқа пешоб каналига, тахминий анастомоз чизиғига қадар тўғриланди. Орқа пешобдан 3 см юқорида ичакнинг деворига 4 томондан сероз-мускул чоклари қўйилди ва филофнинг атрофидаги тўқималарга маҳкамланди, бу эса ичакнинг ҳаракатсизлигини таъминлади. Чамбар ичакнинг чок чизиғидан



юқоридаги эркин қисми “гофрланган” шаклга кирди, резервуар ҳосил қилди, ичакдаги субстанцияларни қисмлаб ташлаб беришни таъминлади, бу эса келгусида, амалиётдан кейинги энг яқин даврда фекал инконтиненциянинг олдини олди. Сўнгра орқа пешобдан 0,5 см юқорида тери-шиллик қават колоанал анастомози қўйилди. Янада кўпроқ маълумот бериш учун ўтказилган амалиётнинг асосий босқичларини тақдим қиламиз (7, 8, 9-расмлар).



7-расм. Ректал мукозэктомия, орқа пешоб каналини яланғочлаш ва тўғри ичак шиллик қаватининг тишли чизиғидан 1-1,5 см пастроқда, орқа пешобга яқин жойда айлана кесилма ўтказиш йўли билан

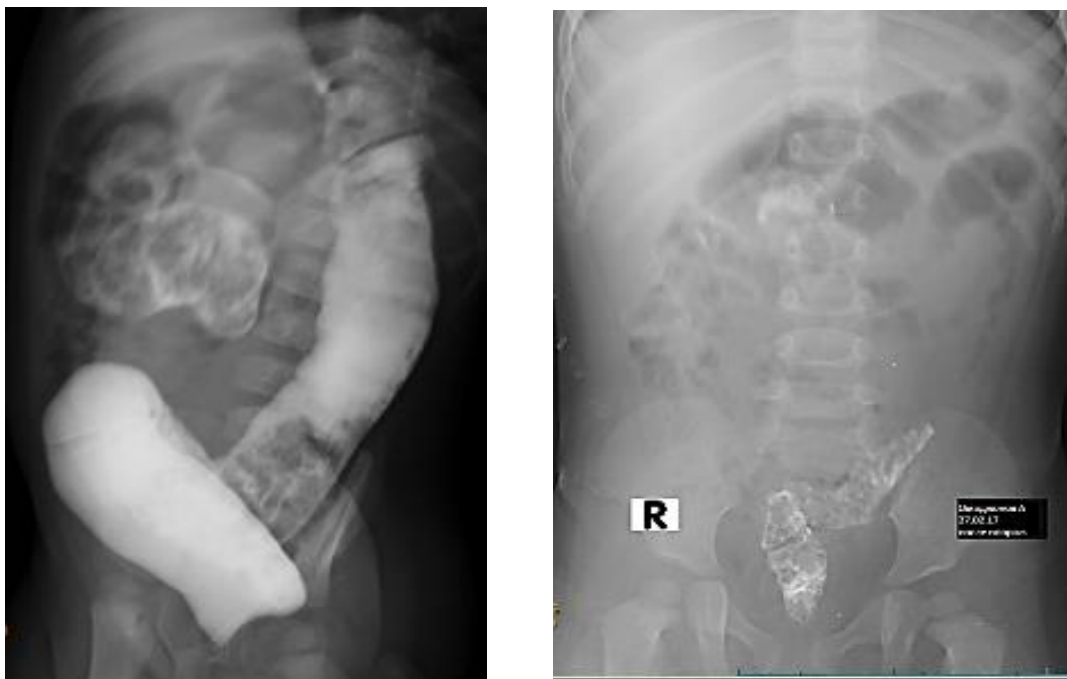


8-расм. Йўғон ичакни таранглашувсиз мобилизация қилиш, тахминий анастомоз чизиғидан анча пастроқда пастга тушириш, анастомоз қўйиш.





9-расм. Макропрепарат. Аганглионар ва ўтиш зоналари, ҳамда йўғон ичакнинг супрастенотик кенгайган қисми олиб ташланган. Амалиётнинг яқунланган тури.



10-расм. Амалиётдан 6 ой кейинги ирригография (бўшанишга қадар ва ундан сўнг). Йўғон ичак кенгайган қисмининг камайиши, резервуар кўринишидаги «гофрланган» қисм кўринмоқда.

Интраоперацион асоратлар бўлмади. Йўғон ичакнинг 30 сантиметри резекция қилинди. Амалиётдан кейинги давр кўнгилдагидек ўтди, бола сутка давомида реанимация ва интенсив терапия бўлимида бўлди. Оғриқсизлантиришнинг физиологик функцияларга таъсири тўхтагандан сўнг ва бола мудроқдан тўлиқ чиққандан сўнг суюқ озуқа билан овқатланишга рухсат берилди. Ичак бўйлаб пассаж амалиётдан кейинги 1-суткада тикланди. Амалиётдан кейинги 7-суткада қониқарли ҳолатда рухсат берилди. Амалиётдан кейинги чоклар мустақил равишда, 15-суткада йўқ бўлиб кетди.

Болани 3 ой кузатиш давомида ич қотишлар бўлмади, кунига 5-6 марта анал инконтиненция аломатлари кузатилди, уларнинг маротабалиги вақт ўтиши билан камайди. 6 ойдан сўнг тўғри ичакнинг назорат УТТ ва ирригографияси ўтказилди. Назорат ирригограммаларида (3.12-расм) нормал ўлчамдаги, кенгаймаган йўғон ичак кўринади, гаустрация сақланган, ич келиш актидан сўнг контрастли модданинг ушланиб қолиши кузатилмайди, йўғон ичак кенгайган қисмининг камайиши кузатилади, резервуар кўринишидаги «гофрланган» қисм кўринмоқда.

Шундай қилиб, ГК билан оғриган болаларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг ишлаб чиқилган усули De La Torre-Ortega амалиётининг техник жиҳатларини модификациялаштиришга асосланган, бу жиҳатлар колоанал анастомозни мобилизация қилинган йўғон ичакни орқа пешобдан 3 см юқорида сероз-мускул чоклари билан филоф ҳосил қилган ҳолда маҳкамлаш йўли билан мустаҳкамлашдан иборатки, бунда ичакнинг ҳаракатсизлиги тери-шиллик қават чокларини анастомозни шакллантирган ҳолда орқа пешобдан 0,5 см юқорида қўйиш билан таъминланади.

#### Фойдаланилган адабиётлар:

1. Говорухина ОА. Болезнь Гиршпрунга у детей. Новости Хирургии. 2017; 25(5):510-517
2. Джорджсон К., Мюнстерер О., Козлов ЮА. Болезнь Гиршпрунга - лапароскопическое эндоректальное низведение. Детская хирургия. 2016; 20(6):54-61

3. Дронов АФ, Смирнов АН, Холостова ВВ, и др. Амалиёт Соаве при болезни Гиршпрунга у детей - 50-летний опыт применения. Детская хирургия. 2016;20(6):62-68.
4. Морозов ДА, Пименова ЕС, Филиппов ЮВ, и др. Амалиёт О. Swenson - базовая технология хирургии болезни Гиршпрунга. Детская хирургия. 2016; 20(4); с.52-59.
5. Саввина ВА, Варфоломеев АР, Николаев ВН, Охлопков МЕ. Результат проктологических операций у детей по материалам хирургического отделения педиатрического центра Якутска. Детская хирургия. 2010; 6: 15-18.
6. Салимов ШТ. Определение функциональных показателей анальной зоны у детей при мегаколоне. Актуальные вопросы детской колопроктологии: матер. всеросс. симп.-Н.Н. 2005; 21-22.
7. Смирнов АН, Дронов АФ, Холостова ВВ и др. Повторные операции при болезни Гиршпрунга у детей. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2013; 3(4):42-49
8. Хамраев АЖ, Эргашев ББ, Хамраев УА. Особенности клиники, диагностики и хирургического лечения болезни Гиршпрунга у новорожденных и грудных детей. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2013; 3-4: 59-62.
9. Bufo AJ, Chen MK, Shah R, et al. Analysis of the costs of surgery for Hirschsprung's disease: one-stage laparoscopic pull-through versus two-stage Duhamel procedure. Clin Pediatr. 2019;38:593–596
10. Cass DT. Neonatal one-stage repair of Hirschsprung's disease. Pediatr Surg Int. 1990;5:341–346.
11. De la Torre-Mondragón L, Ortega-Salgado JA. Transanal endorectal pull-through for Hirschsprung's disease. J Pediatr Surg. 1998 Aug;33(8):1283-6. doi: 10.1016/s0022-3468(98)90169-5. PMID: 9722005.
12. Gosemann JH, Friedmacher F, Ure B, Lacher M. Open versus transanal pull-through for hirschsprung disease: a systematic review of long-term outcome. Eur J Pediatr Surg. 2013 Apr; 23 (2): p. 94 - 102.
13. Hackam DJ, Superina RA, Pearl RH. Single-stage repair of Hirschsprung's disease: a comparison of 109 patients over 5 years. J Pediatr Surg. 2017;32:1028–1031.
14. Holcomb George W., Murphy J. Patrick, St. Peter Shawn D. (eds.) Holcomb and Ashcraft's Pediatric Surgery.-7th edition. - Elsevier, 2020. – 1317 p. ISBN: 978-0-323-54940-0

15. Langer JC, Fitzgerald PG, Winthrop AL, et al. One vs two stage Soave pull-through for Hirschsprung's disease in the first year of life. *J Pediatr Surg.* 2016;31:33–37.
16. So HS, Schwartz DL, Becker JM, et al. Endorectal 'pull-through' with-out preliminary colostomy in neonates with Hirschsprung's disease. *J Pediatr Surg.* 1980;15:470–471. 1
17. Swenson O. Hirschsprung's disease: a review. *Pediatrics.* 2002;109:914–918.
18. Visser R, van de Ven TJ, van Rooij IA, et al. Is the Rehbein procedure obsolete in the treatment of Hirschsprung's disease? *Pediatr Surg Int.* 2018;26:1117–1120.