

## БОЛАЛАРДА ГИРШПРУНГ КАСАЛЛИГИДА ЖАРРОҲЛИҚДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАРНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ

Оллабергенов О.Т., Теребаев Б.А., Нематов А.Ш., Тожиев Ж.Ш.  
Тошкент давлат тиббиёт университети

### РЕЗЮМЕ

**Цель исследования.** Определить причины послеоперационных осложнений при болезни Гиршпрунга у детей.

**Материал и методы исследования.** Наше исследование основано на результатах лечения 266 пациентов с болезнью Гиршпрунга.

**Результаты.** Анализ первично проведенных брюшино-промежностных проктопластик показал, что основными осложнениями после их выполнения являлись: стеноз анастомоза (24 случая), ретракция кишки (10 случаев), Гиршпрунг-ассоциированный энтероколит (14 наблюдений), анальная инконтиненция (14 пациентов), частичная несостоятельность анастомоза (6 случаев) и хронический колостаз (20 случаев).

**Заключение.** Выбор метода хирургического лечения у пациентов с болезнью Гиршпрунга должен быть строго индивидуальным и определяться формой и стадией заболевания.

**Ключевые слова:** болезнь Гиршпрунга, послеоперационные осложнения, хирургическое лечение, дети.

Болалардаги Гиршпрунг касаллиги йўғон ичакнинг кенг тарқалган оғир туғма нуқсони бўлиб, аксарият холларда мураккаб ва баъзан катта реконструктив пластик коррекцияловчи жарроҳлик операцияларини талаб қилади. Ҳозирги кунда дунёнинг кўплаб етакчи клиникаларида болаларда Гиршпрунг касаллигини даволашнинг турли усуллари ва услублари қўлланилишига қарамай, операциядан кейинги яқин ёки узок муддатда жарроҳлик қилинган беморларда нажасни тутолмаслик, туширилган ичакнинг ретракцияси, анастомоз соҳасининг стенози ёки етишмовчилиги, анал каналнинг чандикланиши каби асоратлар юзага келади [1,5,6,12-15].

Операциядан кейинги асоратларни коррекция қилиш учун қайта реконструктив-пластик жарроҳлик аралашувлари ва реабилитация талаб этилади. Болаларда Гиршпрунг касаллигининг шаклидан қатъий назар, колостаз ва ич қотиши, шунингдек операциядан кейинги юқорида қайд этилган асоратлар болаларнинг нормал жисмоний ривожланишига тўсқинлик қилувчи омиллардир [2,3,4,7-11].

Адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, болалар жарроҳлиги амалиётига замонавий кам инвазив технологияларнинг кенг ва мунтазам жорий этилиши Гиршпрунг касаллигида амалга ошириладиган

### SUMMARY

**Objective of the study.** Determination of the cause of postoperative abortions in Hirschsprung's disease in children.

**Materials and methods.** Our study was based on the treatment outcomes of 266 patients with Hirschsprung's disease.

**Results.** Analysis of primary abdominoperineal proctoplasty procedures revealed the following main complications: anastomotic stenosis (24 cases), bowel retraction (10 cases), Hirschsprung-associated enterocolitis (14 cases), anal incontinence (14 patients), partial anastomotic dehiscence (6 cases), and chronic colostasis (20 cases).

**Conclusion.** The choice of surgical treatment method in patients with Hirschsprung's disease should be strictly individualized and determined by the form and stage of the disease.

**Keywords:** Hirschsprung's disease, postoperative complications, surgical treatment, children.

жарроҳлик аралашувларнинг травматик хусусиятини сезиларли даражада камайтирди ва операциядан кейинги асоратлар даражасини камайтирди.

### ТАДҚИКОТ МАҚСАДИ

Болаларда Гиршпрунг касаллигида жарроҳликдан кейинги асоратларни сабабини таҳлил қилиш.

### ТАДҚИКОТ МАТЕРИАЛЛАРИ ВА УСУЛЛАРИ

Бизнинг тадқиқотимиз гиршпрунг касаллигининг турли шакллари билан текширилган ва даволанган 266 беморнинг натижаларига асосланган. Беморлар 4 ойликдан 18 ёшгача бўлган бўлиб, 2018 йилдан 2024 йилгача Тошкент педиатрия тиббиёт институти клиникасида стационар шароитида даволанганлар. Беморларнинг жинси ва ёши бўйича тақсимланиши 1-жадвалда келтирилган.

1-жадвалдан кўришиб турибдики, Гиршпрунг касаллигининг турли шакллари бўлган беморлар орасида болаларнинг аксарияти 4 ойликдан 3 ёшгача (165 (62,0%) бемор) аниқланган, 12 ёшдан 18 ёшгача бўлган болаларда касаллик фақат 3 (1,1%) кузатувда аниқланган. Қизлар ва ўғил болалар ўртасидаги касалликнинг нисбати 1:4 ташкил этди, бу касалликнинг ўғил болалар орасида кенг тарқалганлигини кўрсатади.

**Беморларнинг жинси ва ёши бўйича тақсимланиши**

Жинси	Возраст								Жами	%
	4 ойдан-3 ёшгача		4-7 ёш		8-11 ёш		12-18 ёш			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Ўғил бола	122	45,9	68	25,6	15	5,6	2	0,8	207	77,8
Қиз бола	43	16,2	13	4,9	2	0,8	1	0,4	59	22,2
Жами	165	62,0	81	30,5	17	6,4	3	1,1	266	100

Гиршпругн касаллиги билан даволанган (266 нафар) беморнинг умумий сонидан 57 нафариди (21,4%) яшаш жойига қараб турли ҳажмдаги паллиатив ва бирламчи радикал хирургик операциялар амалга оширилган. Неонатал ва гўдаклик даврида 21 (7,9%) нафар беморларга илеостомия ёки колостомия амалиёти бажарилган. Ушбу беморларнинг касаллик тарихидан олинган кўчирмалар шуни кўрсатдики, илеостомия касаллиқни жарроҳлик даволашнинг биринчи босқичи бўлиб, чақалоқлик даврида ичак тутилиши ва йўғон ичакнинг тешилиши клиникаси билан боғлиқ кўрсатмалар бўйича беморларга колостомия қилинган. Қузатувларда 36 (13,5%) нафар беморда яшаш жойида нуқсонни бартараф этиш мақсадида, анъанавий қорин-оралиқ проктопластикалари (ҚОП) ўтказилган: О. Swenson усули бўйича ҚОП – 12 нафар беморда, Soave усули бўйича ҚОП– 6 нафарда, Soave-Лёнюшкин усули бўйича ҚОП – 13 қузатувда, De la Torre усули бўйича трансанал эндоректал йўғон ичакни тушириш амалиёти – 5 нафар беморларда амалга оширилган. Ушбу беморларда операциядан кейинги даврда турли хил асоратлар қузатилгани сабабли, улар бизнинг клиникамизга қайта реконструктив коррекция учун мурожаат қилишган.

ТошПТИ клиникасида Гиршпругн касаллиги билан 230 (86,5%) беморда бирламчи радикал операция

амалга оширилган. Шулардан 197 (85,7%) беморга ичак стомаси қўйилмасдан, 33 (14,3%) беморга эса дастлабки ичак стомаси орқали операция бажарилган. Юқорида таъкидланганидек, 21 нафар беморда стома яшаш жойида қўйилган бўлиб, 12 нафар беморда ичак стомаси бизнинг клиникамизда амалга оширилган. Амалга оширилган 266 нафар бирламчи операциянинг 211 (79,3%) тасини анъанавий қорин-оралиқ проктопластика, 38 (14,3%) нафарини трансанал эндоректал проктопластика ва 17 (6,4%) нафарини эса кам инвазив лапароскопик ассистентлик орқали бажарилган хирургик муолажалар ташкил этди (2-жадвал).

2-жадвалда келтирилган маълумотлардан кўришиб турибдики, анъанавий очик усулда бажарилган қорин-оралиқ проктопластика амалиёти асосан йўғон ичакнинг аганглионар соҳаси сезиларли даражада узун бўлган беморларда қўлланилган. Жумладан, Soave усули бўйича ҚОП – 62 (23,3%) беморда, Soave-Лёнюшкин усули бўйича – 82 (30,8%) беморда, Soave-Болея усули бўйича – 19 (8,3%) ҳолатда ва О. Swenson усули бўйича – 48 (18,1%) қузатувда амалга оширилган. 17 (6,4%) нафар беморда эса лапароскопик ассистентлик орқали пастга туширилган ичакнинг О. Swenson усули бўйича резекцияси бажарилган.

**Гиршпругн касаллигини шаклига қараб ўтказилган бирламчи хирургик операциялар сони ва турлари**

№	Операция услуги	Касаллик шакли					
		Ректал		Ректо-сигмоидал		Субтотал	
		n	%	n	%	n	%
1.	О. Swenson ҚОП (n=48)	43	16,2	5	1,9	-	-
2.	Soave ҚОП (n=62)	59	22,2	3	1,1	-	-
3.	Soave-Болея ҚОП (n=19)	18	6,8	1	0,4	-	-
4.	Soave-Лёнюшкину ҚОП (n=82)	10	3,8	69	25,9	3	1,1
5.	De la Torre усулида эндоректал трансанал проктопластика (n=38)	21	7,9	17	6,4	-	-
6.	Swenson усули ёрдамида лапароскопик ассистентлик орқали ҚОП (n=17)	7	2,6	10	3,8	-	-
ЖАМИ (n=230)		158	59,4	105	39,5	3	1,1

Аганглионар соҳани резекция қилиш орқали De la Torre-Mandragon усулида эндоректал трансанал проктопластика касаллиқнинг ректосигмоид шакллари бўлган 33 (14,3%) беморда, шунингдек 3 ёшгача ва 7 ёшгача бўлган ҳамда касаллиқнинг қисқа ва ультра қисқа ректал шаклларида амалга оширилган.

**НАТИЖАЛАР ВА МУҲОКАМА**

Гиршпругн касаллиги билан касалхонага ётқи-

зилган беморларнинг умумий сони (266 ҳолат) орасида 98 (36,8%) нафар беморда нуқсонни бирламчи коррекциясидан кейин асоратлар қайд этилган. Уларнинг 36 (36,7%) нафариди бирламчи операция яшаш жойида, 62 (63,3%) нафар беморда эса бирламчи хирургик муолажа бизнинг клиникамизда амалга оширилган. Гиршпругн касаллигида бирламчи хирургик операциянинг яшаш жойида ёки клиникамиз-

да бажарилганлиги инобатга олинган ҳолда аниқланган асоратларнинг умумий натижалари 3-жадвалда

келтирилган.

3-жадвал

**Гиршпругн касаллигида беморларга бажарилган бирламчи хирургик операциялардан кейин юзага келган асоратлар нисбати**

Операциядан кейинги асоратлар	Операция услублари					
	Soave бўйича ҚОП (n=62)	O. Swenson бўйича ҚОП (n=48)	Soave-Болея бўйича ҚОП (n=19)	Soave-Лёнюшкин бўйича ҚОП (n=82)	De la Torre операцияси (n=38)	ЛА орқали ҚОП (n=17)
Анастомоз соҳа стенози (n=24)	6	8	2	5	3	-
Туширилган ичак ретракцияси (n=10)	-	1	4	4	-	1
Энтероколит (n=14)	6	2	1	3	1	1
Анал инконтиненция (n=14)	6	8	3	6	1	-
Анастомоз етишмовчилиги (n=6)	3	-	1	-	1	1
Сурункали колостаз рецидиви (n=20)	4	5	-	9	2	-
Жами	25	24	11	27	8	3

3-жадвалда келтирилган маълумотлардан кўришиб турибдики, болаларда Гиршпругн касаллигида аниқланган асоратларнинг умумий сонидан (98 ҳолат), энг кўп асорат 25 (25,5%) нафар кузатувда Soave қорин оралик проктопластикасидан кейин кузатилган, O. Swenson - 24 (24,4%) нафар ҳолатда ва Soave-Лёнюшкин - 27 (27,5%) кузатувда аниқланган.

Шундай қилиб, бирламчи амалга оширилган қорин-оралик проктопластикалар таҳлили шуни кўрсатдики, улардан кейин аниқланган асосий асоратлар куйидагилардан иборат: анастомоз соҳасининг стенози – 24 ҳолатда, ичак ретракцияси – 10 ҳолатда, Гиршпругн касаллиги билан боғлиқ энтероколит – 14 кузатувда, анал инконтиненция – 14 нафар беморда, қисман анастомоз етишмовчилиги – 6 ҳолатда ва сурункали колостаз – 20 нафар беморда қайд этилган.

Асоратлар сабаблари таҳлил қилинганда куйидаги ҳолатлар аниқланди:

- Анастомоз соҳасининг стенози асосан анъанавий қорин-оралик проктопластикалардан кейин кузатилган бўлиб, бунга бирламчи анастомоз қўйилганда тикилган чокларнинг етарли даражада қўйилмагани, яъни кам қўйилгани, ичакда энтероколит ҳолатларининг мавжудлиги ва эрта бужлаш жараёнининг ўз вақтида олиб борилмагани сабаб бўлган, деб ҳисоблаймиз.

- Туширилган ичак ретракцияси 4 та ҳолатда Soave–Болея усули бўйича ҚОПдан кейин аниқланган бўлиб, бунга туширилаётган ичакни озиклантивучи артерия томирларининг нотўғри диссекция қилиниши ва ичакнинг тортилиб қолиши сабаб бўлган. Яна 4 нафар беморда Soave–Лёнюшкин усули бўйича ҚОП бажарилганда ретракция кузатилган бўлиб, ушбу беморларда операциянинг эрта даврида туширилган ичак чўлтоғининг некрозга учраши қайд этилган.

- Энтероколит кўпчилик ҳолатларда туширилган ичакда гипо- ёки агангилионар соҳанинг қолиб кети-

ши натижасида нормал дефекациянинг бузилиши фонидида ривожланган. Сифон клизмалар қўлланилганда беморларнинг умумий аҳволи яхшиланган.

- Анал инконтиненция асосан анъанавий ҚОП операцияларидан кейин кузатилган. Олиб борилган инструментал текширувлар (сфинктерометрия, баллонопроктография, МРТ) натижаларига кўра, бу ҳолат ички ва ташқи сфинктер мушакларининг жараҳатланиши билан боғлиқ экани аниқланган.

- Анастомоз етишмовчилиги 6 нафар беморда бирламчи қўйилган анастомознинг 1/3 ёки 2/3 қисмида кузатилган бўлиб, бунга анастомозит ва маҳаллий қон айланишининг бузилиши сабаб бўлган.

- Сурункали колостаз эса анастомоз соҳасидаги стеноз ва туширилган ичакда гипо- ёки агангилионар сегментнинг қолиб кетиши оқибатида ривожланган.

Бизнинг фикримизча, мазкур асоратларнинг келиб чиқиши, биринчи навбатда, жарроҳлик аралашувининг принципиал муҳим жиҳатларига тўлиқ риоя этилмаганлиги, шунингдек, беморларни операцияга етарли даражада тайёрламаслик ва операциядан кейинги даврдаги парваришнинг тўлиқ ва тўғри олиб борилмаганлиги билан боғлиқ. Шу билан бирга, операциядан кейинги асоратларнинг аксарияти йўғон ичак нуқсонининг мураккаблиги, бирламчи аралашув усули, техникаси ва вақтига ҳам боғлиқдир.

#### ХУЛОСА

Гиршпругн касаллигида беморларда жарроҳлик даволаш усулини танлаш индивидуал бўлиши керак ва ҳар бир беморда касалликнинг шакли ва босқичига қараб қатъий индивидуал ёндашув талаб қилинади. Яхши натижа асосан куйидагиларга боғлиқ: тўғри қўйилган ташҳис, туширилаётган ичакдан кўтариш биопсия орқали нормал анатоμοфункционал етук сегментни аниқлаш ва тушириш, операция услубини тўғри танлаш, техник жиҳатдан аниқ бажариш ҳамда операциядан кейинги даврда реабилитация жараёнларини ўз вақтида ва тўлиқ олиб бориш. Агар

ушбу босқичларнинг биттасида хатолик юз берса, кутилган натижага эришиш имкони чекланади.

#### АДАБИЁТЛАР

1. Абайханов Р.И. Оптимизация хирургического лечения коротких форм болезни Гиршпрунга у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва. – 2020.
2. Ахпаров Н.Н. Избранные вопросы детской колопроктологии // Алматы. – 2018. – С.244.
3. Говорухина О.А. Диагностика и лечение болезни Гиршпрунга у детей на современном этапе // Новости хирургии. – Том 25. – № 5. – 2017. – С. 510-517.
4. Дронов А.Ф., Смирнов А.Н., Холостова В.В., Залихин Д.В., Маннанов А.Г. Операция Соаве при болезни Гиршпрунга у детей - 50-летний опыт применения // Детская хирургия. – 2016. – №6. – С. 25-31.
5. Ионов А.Л., Гогина А.А., Сулавко Я.П., Кушнир Б.Л. Поэтажная биопсия толстой кишки в диагностике болезни Гиршпрунга у детей // Детская хирургия. – 2017. – Т. 21. – №6. – С. 291-294.
6. Лёношкин А.И., Баранов К.Н., Саруханян О.О., Кабанова И.Н. Современные критерии диагностики и показаний к хирургическому лечению хронического колостазы у детей и подростков // Детская хирургия. – 2002. – №1. – С. 4-8.
7. Хамраев А.Ж., Акмоллаев Д.С., Хамроев У.А., Эргашев Б.Б. Операция Делаторе как метод выбора при дистальных формах болезни Гиршпрунга у детей // Таврический медико-биологический вестник. – 2018. – Том. 21. – №4. – С. 87-90.
8. Шамсиев А.М., Зайниев С.С., Арзикулов С.Э. Лечение болезни Гиршпрунга у детей // Проблемы биологии и медицины. – 2020. – №1 (116). – С. 294-298.
9. Aliev M. M., Terebaev B. A., Abzalova S. R. A comparative study of the surgical procedures to treat Hirschsprung disease in children //European Journal of Molecular and Clinical Medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 2. – С. 3142-3146.
10. Aliev M. M., Terebaev B. A., Abzalova S. R. A comparative study of the surgical procedures to treat Hirschsprung disease in children //European Journal of Molecular and Clinical Medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 2. – С. 3142-3146.
11. Bischoff A., Bealer J., Pena A. Critical analysis of fecal incontinence scores // *Pediatr Surg Int.* – 2016. – 32. – P. 737-741.
12. De la Torre-Mondragon L., Ortega-Saldago J.A. Transanal endorectal pullthrough for Hirschsprung's disease // *J. Pediatr. Surg.* – 1998; 33(8): P. 1283-1286.
13. Levitt M.A., Martin C.A., Olesevich M. et al. Hirschsprung disease and fecal incontinence: diagnostic and management strategies // *J. Pediatr. Surg.* 2009; 44(1): P. 271-272.
14. Peña A., Elicevik M., Levitt M. A. Reoperations in Hirschsprung disease // *Journal of pediatric surgery.* – 2007. – Т. 42. – №. 6. – С. 1008-1014.
15. Terebaev B., Abzalova S. Correcting postoperative anal incontinence in children //European Journal of Molecular and Clinical Medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 2. – С. 997-1003.