

U.SH. MAMAJANOV

**BOLALARDA YO‘G‘ON ICHAK
XIRURGIK KASALLIKLARI**

O‘QUV QO‘LLANMA

Andijon-2022

O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi
Andijon davlat tibbiyot instituti rektorining 2022 yil "1" dekabrda
"760-Sh"-sonli buyrug'iga asosan

U.Sh.Mamajanov

(muallifning familiyasi, ismi-sharifi)

Pediatriya - 5510200

(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))

_____ ning
talabalari (o'quvchilari) uchun tavsiya etilgan.

***Bolalarda yo'g'on ichak xirurgik kasallilari
nomli o'quv qo'llanmasi***

(o'quv adabiyotining nomi va turi: darslik, o'quv qo'llanma)

_____ ga

O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasi tomonidan
litsenziya berilgan nashriyotlarda nashr etishga ruxsat berildi.



Rektor *M.M. Madazimov* M.M. Madazimov

(imzo)

Ro'yxatga olish raqami:



100086



**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O‘RTA MAXSUS TA‘LIM
VAZIRLIGI VA SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI**

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

BOLALAR JARROXLIGI KAFEDRASI

“BOLALARDA YO‘G‘ON ICHAK XIRURGIK KASALLIKLARI”

O‘quv qo‘llanma

(Tibbiyot oliy o‘quv yurtlari talabalari uchun o‘quv qo‘llanma)

Andijon-2022

Tuzuvchi :

Mamajanov U.SH. - Andijon Davlat tibbiyot instituti Bolalar jarroxligi kafedrası katta o‘qituvchisi

Taqrizchilar:

1.Gafurov A.A - Andijon davlat tibbiyot instituti Bolalar jarroxligi kafedrası t.f.d, professor

2. Ergashev B.B. - RPM qoshidagi respublika neonatal xirurgiya o‘quv –davolash metodik markazi rahbari t.f.d., professor

Bolalarda yo‘g‘on ichak kasalliklariga olib keluvchi xastaliklar nomenklaturasi juda ham ko‘p. Ularning etiologik, patogenetik mexanizmi, bularda o‘tkaziladigan davolash taktikasi, nuqtai nazoratdan biri ikkinchisidan katta farqlanuvchi xastaliklar bo‘lib bu xastaliklarni birini ikkinchisidan qiyosiy tashxislashni talab etadi. CHunki bularda o‘tkaziladigan davolash tadbirlaring biri ikkinchisidan chuqur farqlanadi. Ayrim holatlarda noto‘g‘ri davolash taktikasini qo‘llanilishi bemorning xayotiga xavf tug‘diradi. Yo‘g‘on ichak kasalliklari bilan kechadigan xastaliklar ko‘p bo‘lishiga qaramasdan, xayotga xavf soluvchi kuchi uncha yuqori emas. Ishlab chiqilgan diagnostik standartlar va protokollar, ishlab turgan pediater va bolalar xirurglariga yuqoridagi xastaliklarni asoratlari bilan davolashga yaxshi natijalar ko‘rsatmoqda

Номенклатура болезней толстой кишки у детей разнообразно. Этиология и патогенез и разнообразные тактики лечения при каждом заболевании различаются друг от друга. Лечение при каждом заболевании разное. Случаи неправильной лечебной тактики и не своевременной

диагностики может привести к тяжелым последствиям или к инвалидизации детей. Частые запоры у новорожденных и у детей раннего возраста может быть одним из основных симптомов при ранней стадии заболевания на который родителям стоит обратить внимание. На сегодняшний день своевременная ранняя диагностика позволяет практикующим педиатрам и хирургам довольно успешно бороться с данной болезнью.

The nomenclature of diseases of the colon in children is varied. The etiology and pathogenesis and various treatment tactics for each disease differ from each other. Treatment for each disease is different. Cases of incorrect treatment tactics and untimely diagnosis can lead to serious consequences or disability in children. Frequent constipation in newborns and young children can be one of the main symptoms in the early stages of the disease that parents should pay attention to. To date, timely early diagnosis allows practicing pediatricians and surgeons to quite successfully deal with this disease.

KIRISH

Bolalarda uchraydigan yo'g'on ichak kasalliklari a'zo va tuzilmalar strukturasi va funksiyasining buzilishi bilan namoyon bo'ladi. Bemor bola yoki ota-onasi shikoyati mazmuniga qarab, shifokor patologik jarayonning joylashishi va xarakteri hakida oldindan fikr yuritadi. Bemorni sinchiklab ko'rikdan o'tkazish, kasallik sababini to'g'ri aniqlab, tashxisini to'ldirishga imkon beradi. Yo'g'on ichak kasalliklarining klinik belgilari xilma-xil bo'lib, patologik jarayonning boshlang'ich bosqichlarida hamma vaqt aniq ifodalanmagan bo'ladi. Katta odamlarda bu kasallikning ilk bosqichlari ichak diskomforti bilan o'tadi. Kichik yoshdagi bolalar esa bu holatni ifodalay olmaydi. Bu holat yosh bolalarda tashqi ko'rinishi, qiligi o'zgarishi bilan namoyon bo'ladi. Bola injiqlashib, sevimli o'yin va mashg'ulotlari bilan shug'ullanmay qo'yadi, harakatchanligi yo'qoladi. Vaqti vaqti bilan kasallik belgilari aniqroq yuzaga chiqib, qichishish, orqa chiqaruv teshigidan qon kelishi bilan namoyon bo'lib, ko'pincha tana haroratining ko'tarilishi, ichdan zaharlanish bilan qo'shilib keladi.

CHaqaloqlik davrida ahlatning o'tkir tutilishi ko'pincha ovkat xazm qilish yo'li biror bo'limi yoki to'g'ri ichak atreziyasi, Girshprung kasalligi, ichakning chala buralishidan dalolat beradi. Bunda mekoniy umuman chiqmaydi yoki juda kam miqdorda shilliq (chiqindi shaklida) orqa chiqaruv teshigi orqali, torgina oqma bilan oraliqda, jinsiy yoriqqa yoki uretraga ajraladi. Ovqatlantirish boshlangandan keyin esa ichak aralashmalari ichak bo'shlig'ida to'plana boshlaydi, qorin shishadi; ichak peristaltikasi kuchayib bola qayt qiladi va ichak tutilishi belgilari paydo bo'ladi.

Ahlatning o'tkir tutilishi kattaroq yoshli bolalarda ham kuzatilib, surunkali qabziyat yoki yo'g'on ichakning xurujlanuvchi qisman tutilishi va qayta takrorlanib turuvchi koprostaz bilan ifodalanadi. Ko'pincha bunday xollarda tashxis oldindan qo'yilgan bo'lib, o'tkir ichak tutilishi bemor bola parvarishining etarli, o'z vaqtida bo'lmaganligi yoki oqmalar, anorektal atreziyalar va Girshprung kasalligi, dumg'aza oldi dermoidi, teratoma va shunga o'hshash patologiyalar oqibatida yuzaga keladi. Ahlat tutilishining o'tkir korin og'rig'i bilan qo'shilib kelishi sigmasimon ichakning buralib kolishi yoki invaginatsiyasida ko'pincha bo'lishi mumkin.

Surunkali qabziyat yo'g'on ichakning organik va funksional buzilishining belgisidir. Uning ifodalanish darajasi va davolanish har xil bo'lib, hamma yoshdagi bolalarda kuzatiladi hamda mustaqil yozilmaslik bilan ifodalanadi, ayrim hollarda ahlat umuman mustaqil kelmaydi va ichakning bo'shashi uchun tozalovchi huqna va surgi dorilar qo'llash lozim bo'ladi. Ba'zi xollarda esa ahlat

uzoq vaqtda bir keladi (2 dan 5~6 sutkagacha), boshqa hollarda qabziyat qisqa muddatli bo'lib, oddiy muolajalar bilan yo'qotiladi.

Surunkali qabziyatda ahlatning ko'rinishi va massasi bir xil bo'lmaydi. Ba'zan ota-onalar xuddi kattalarniki kabi katta katta ahlat moddasi chiqishini kuzatishadi. Bu narsa to'g'ri ichak va sfinkterlarning atonik holatida kuzatiladi. Boshqa xollarda esa «qo'y ahlati» kabi qattiq dona-dona kelishi rektosigmoidal sohaning spastik holatida kuzatiladi. Va, nihoyat, ahlat odatdagi qattiqlikda bo'lib, tasma shaklida yassilanib chikadi. Bunday ahlat orqa chiqaruv kanalining patologik hosilalar (kista, o'sma) bilan siqilganida vujudga keladi, ingichka oqma shaklidagi ahlat rektoanal segmenti strukturasi xosdir.

Ayrim ota-onalar ahlatni orqa chiqaruv teshigidan emas, balki diloq yoki yorg'oq ildizi oldidan chiqishiga shikoyat qilishadi, bu anorektal rivojlanish nuqsonlariga xosdir.

Ahlat tarkibida turli xil aralashmalar uchrashi mumkin. Surunkali qabziyat bilan ahlatda siydik yuqi uchrashi to'g'ri ichak bilan siydik chiqarish sistemasi orasida oqma borligini ko'rsatadi, ahlatda qon yuqining uchrashi ayrim hollarda orqa chiqaruv kanalining mexanik shikastlanishidan bo'lsa, ayrim holda esa ichak divertikuli, kolit patologiyalari bilan bog'liq bo'ladi.

Surunkali qabziyat 5-7 kun davom etadigan paradoksal ich ketish bilan almashinishi, undan so'ng yana qabziyat kaytarilishi mumkin. Bu megakolonning hap xil turlari uchun xos bo'lib enterokolit va disbakterioz belgilari sifatida yuzaga chiqadi.

Ahlat va gazni tuta olmaslik odatda to'g'ri ichak sfinkterlarining tug'ma yoki hayotda orttirilgai anatomik va funksional nuqsonlari uchun xosdir. Anorektal anomaliyaning teshikli shaklida, odatda oqma orqali ahlatning kichik hajmda muntazam chiqib turishi kuzatiladi, oqmaning torligi yo'g'on ichak distal qismini butunlay bo'shaliishga halaqit beradi. natijada ahlat ko'p miqdorida yigilib qoladi, sfinkterlarning yo'qligi ahlat ortiqchasini g'ayri ixtiyoriy ravishda muntazam ajralishi uchun sharoit yaratib beradi. SHunday qilib ahlat tuta olmaslik surunkali qabziyat bilan qo'shilib keladi.

Bunday hodisa ko'pincha boladagi orqa chiqaruv teshigi odatdagi joyida bo'lib, xech qanday anatomik o'zgarishlar bo'lmasa ham, anal sfinkterlari qoniqarli ishlasa ham uchrashi mumkin. Bu markaziy va periferik (shu jumladan ruxiy) reflektorlarning buzilishi natijasida yuzaga keladigan funksional ahlat tuta olmaslikdir.

Ahlat tuta olmaslik holati anorektal sohada xirurgik muolaja yoki jarohatlanishdan keyin ham bo'lishi mumkin. Bu bolalar aloxida guruhni tashkil qiladi.

Ich ketish — suyuq ahlatning tez-tez kelib turishi yo'g'on ichakning bir qancha yuqumli bo'lmagan kasalliklari uchun xos belgidir. Bunda ich ketishi odatda tenezm ahlat ajralmasidan yoki ozrok miqdorda qon, shilimshiq qo'shilgan ichak aralashmalari ajralishi bilan boradigan soxta defekatsiya bilan qo'shib keladi. Tenezm yallig'lanish jarayoni natijasida to'g'ri ichak ampulasi osti va orqa chiqaruv teshigi shilliq qavati sezgi maydonlari ko'zgalib, reflektor ravishda yo'g'on ichak distal qismlarning harakat faoliyati oshib ketishi natijasida paydo bo'ladi.

Yiring va shilimshiqning orqa chiqaruv teshigidan ajralishi doimiy yoki faqat defekatsiyada bo'lishi mumkin. Muntazam yiring va shilimshik ajralishi perianal soha terisini ta'sirlab, juda ogriqli eroziyalarni keltirib chiqaradi. Bu holat odatda shilliq qavat osti paraproktitida va yarali kolidda uchraydi.

Orqa chiqaruv teshigi va oraliq sohasida og'riq va qichishish vaqtinchalik yoki doimiy bo'lishi mumkin. Ular odatda defekatsiya paytida orqa chiqaruv kanali yorig'i yoki perianal soha yallig'langan terining ta'sirlanishidan paydo bo'ladi. Ta'sirlangan terini surtma dorilar bilan davolash, og'riq va qichishish xissini birmuncha kamaytiradi. Ahlat tutilishi natijasida hosil bo'ladigan o'tkir ogriq, o'tkir paraproktit va bivosilda kuzatilishi mumkin (kattaroq yoshli bolalarda).

To'g'ri ichakdan qon ajralishi har qanday yoshdagi bolalarda, shu jumladan chaqaloqlarda ham uchraydi. Qon ajralishi yoki ahlatda qon yuqining uchrashi to'g'ri va chambar ichak kasalliklarining eng ko'p uchraydigan belgilaridan biri hisoblanadi. Ammo shuni ham qayd etib o'tish lozimki, qon oqish sabablari juda xilma-xil bo'lib, proktologik bo'lmagan kasalliklarda ham uchraydi. SHuning uchun avvalo qon oqishi sabablarini aniqlash muhimdir. Kuzatishlardan shu narsa ma'lum bo'ldiki, ovqat hazm qilish yo'lining pastki qismidan, ya'ni to'g'ri va chambar ichakdan qon oqish jami ichdan qon ketishning 56 foizini tashkil qiladi.

Ahlatda qon bo'lishi defekatsiyaga ko'ra har xil nisbatda bo'lishi, boshqa belgilar bilan qo'shib kelishi mumkin. Rektal qon oqish sabablarini aniqlashda bularni hisobga olish zarur. Quyida bolalarda rektal qon oqish sabablari va tashxisni engillashtiruvchi ma'lumotlarni keltiramiz.

Ichdan kelayotgan qonning sifati va miqdori o'zgaruvchandir. Qon rangiga qarab qon oqish joyi haqida fikr yuritish mumkin. Qoramtir qon odatda me'da, o'n ikki barmoqli ichak va och ichakning yuqori qismidan keladi, och

qizil va qoramtir qon ichakning pastki qismidan, yonbosh ichak ileotsekal burchakdan chiqayotganligidan dalolat beradi. Ovqat xazm qilish kanalining yuqori qismidan qon ko'p miqdorida ketishi ham xuddi shunday ko'rinish berishi mumkin. Bunday holda aniq tashxis qo'yish uchun me'da ichidagilarni ingichka rezina naycha vositasida surib olish kerak, agar naychadan qon chiqsa, demak qon oqish manbai Treys bog'lamidan yuqoriroqda bo'ladi.

Qizilungach, me'dadan qon ketishida bolalarda ichdan qon ketishi, ularning qon qusishiga ko'ra ko'prok uchragani uchun bu usulni tashxislash muhim hisoblanadi.

Turli yoshdagi bolalarda to'g'ri ichakdan qon ketishining ko'p xollarda har xil yoshdagi guruhlar uchun maxsus sabablarga ega bo'ladi, masalan, odatda chaqaloqlarda qonning ivish sistemasi, ichak qon tomirlarining funksional va anatomik jihatdan etuk bo'lmaganligi, K vitamini, qon ivishining VIII-X omillari etishmasligi, ichak shilliq qavati kapillyarlari o'tuvchanligini yuqoridagi me'da va ichak bo'shlig'iga diapedez sizib o'tish yo'li qon ketishiga olib kelib, chaqaloqpar melenasi manzarasini yaratadi. Ichdan qon oqishga olib keluvchi sabablarning kamroq qismini me'da va ichak yaralari, tug'ma o'sma (gemangioma), hamda to'g'ri ichak shilliq qavatini termometr yoki huqna ballonchasi uchi bilan shikastlash sabab bo'ladi. Ko'krak yoshida (1 yoshgacha) ichdan qon ketishga olib keluvchi kasalliklarning asosiy qismini ichak invaginatsiyasi tashkil qiladi. Invaginatsiyada odatda qon kam miqdorda ketadi, ammo ba'zan kuchayishi mumkin, maktab yoshigacha va maktab yoshidagi bolalarda qon ketish sabablari tug'ma yoki hayotda orttirilgai bo'lishi mumkin.

1 yoshdan 3 yoshgacha ichakning rivojlanishi nuqsonlari, Mekkel divertikuli, ichakning ikkilanishi kabilar qon ketishiga ko'prok sabab bo'ladi. 3 yoshdan katta bolalarda esa ichak poliplari, qizilungach venalarining varikoz kengayishi (jigar sirrozida) ko'prok uchraydi. Bu yoshda kolit, peptik yaralar sistemali kasalliklar uchrash ehtimoli ko'payadi.

Qorin sohasidagi og'riq bolalarda proktologik kasalliklar borligidan darak beruvchi belgilardan emas. SHunga qaramay u Girshprung kasalligining dekompensatsiyalashgan bosqichi, me'da-ichak yo'li tarqoq polipozi, nospetsifik yarali kolit, yo'g'on ichak o'smasi borligini ifodalovchi omildir. To'lqinsimon og'riq odatda patologik jarayonlar natijasida ichak bir qismining torayib ketishidan dalolat beradi (yarali kolit, ichak bo'shlig'ining o'smalari).

Ichak invaginatsiyasida ham bu xildagi og'riq kuzatiladi (Peyts-Egers sindromi). Simillab turadigan og'riqning muntazam bo'lishi nospetsifik yarali kolitda ichakning kuchayib boruvchi yallig'lanishda, atrof to'qimalarning

yallig'lanishi bilan boradigan ichak o'smasida kuzatiladi; bunday og'riqning epigastral soxada uchrashi, yo'g'on ichakning tarqoq umumiy polipozida uchrab, me'daning ajratish va harakat vazifasining buzilishidan darak beradi.

Megakolon sindromi. Surunkali qabziyatdan azob chekuvchi bolalarda qorinning muntazam yoki vaqti-vaqti bilan dam bo'lishi kuzatiladi. Kontrast moddalar yuborib rentgen tasviri olinganda yo'g'on ichak distal kismalarining har xil darajada kengayganligini ko'rish mumkin. Bu sindrom odatda anorektal soha rivoji anomaliyasida, to'g'ri ichakning oqmal atreziyasi xamda, hayotda orttirilgan mexanik to'siqlar (chandiqlar, o'smalar) va Girshprung kasalligini mustaqil nozologik birligi sifatida namoyon bo'ladi. Klinik va rentgenologik manzaralari noaniq bo'lgan bir qancha chegara holatlari borki, ular ham shunga o'hshash belgilari beradi. SHunday bemorlarni «idiopatik megakolon», «funktional megakolon», «megadoligosigma», «dolixokolon» tashxislari bilan operatsiya kilish noto'g'ridir. Bunday bemorlarni ixtisoslashgan bo'limlarda har tomonlama to'liq tekshirish maqsadga muvofikdir.

Boshqa a'zolarining vazifasini buzilishi bolalarda proktologik kasalliklar bilan qo'shib keladi.

Qorinning muntazam dam bo'lishi va ichakning to'liq bo'shamasligi natijasida o'pkaning nafas oluvchi yuzasi kamayishi nafas olish a'zolari va vazifasini buzilishiga olib keladi. Bu kichik yoshdagi bolalarda ko'karish xuruji kattaroq yoshdagilarda esa surunkali kislorod etishmasligiga sabab bo'lib, qaytalovchi bronxit, zotiljam kabi asoratlarni keltirib chiqaradi, Kuchli ifodalangan megakolon sindromi ko'pincha subkompensatsiyalangan nafas etishmasligiga sabab bo'ladi. Bunda o'pkaning umumiy nafas olishi kuchaygani bilan alveolaparda havo almashinuvi kamayadi. Bu o'zgarishlar asosan kengaygan ichak qovuzloklari bosimi ostida diafragma harakatchanligining zaiflashgani sabab bo'ladi. Tarqoq polipozli bemorlarda doimiy qon yo'qotish natijasida surunkali kislorod etishmasligi kuchli ifodalangan bo'ladi, bu holat «nog'ora tayoqchalari» shaklidagi barmoqlar orqali namoyon bo'ladi.

Diafragma ko'tarilishi oqibatida yurakning surilishi ahlatdan surunkali zaharlanish, rivojlanishning uyg'unlashgan nuqsonlari tez fursatda yurak qon-tomir sistemasi etishmasligiga sabab bo'ladi. Bu esa klinik jihatdan yurak urishi, salgina jismoniy zo'riqishdan tez charchash, nafas siqilishi bilan namoyon bo'ladi. Ko'p hollarda EKG ham o'zgaradi.

Gis tutami o'ng oyoqchasining qisman EKG to'lqinlari pasayishi, qorin va bo'lmachalar miokardidagi o'zgarish, sinus taxikardiyasi va aritmiyasi aniqlanadi.

YUqorida tilga olinganlardan tashqari bolalarda anemiya, disproteinemiya, bo'y o'sishi va tana oshishi tengqurlaridan orqada qolishi kuzatilishi mumkin. Bularning barchasi, operatsiyaga tayyorgarlik ko'rishda, og'riqsizlantirishda va operatsiyadan keyingi parvarishda hisobga olinishi shart.

1. BEMORNI TEKSHIRISH USULLARI

Bolalar yo'g'on ichak kasalliklarida tashxisni o'z vaqtida qo'yish va davo usulini to'g'ri tanlash ko'p hollarda tekshirish sifati va hajmiga bog'liq. Bu usullarni qo'llashning eng to'g'ri yo'li «sodda usullardan murakkabiga o'tish» qonuni asosida bo'ladi.

U anamnez, umumiy klinik va ixtisoslashgan tekshirish usullaridan iborat va quyidagicha bo'lishi lozim.

Anamnez - rivojlanish (tug'ilish) tarixi, yashash sharoiti, odatlari, kasallikning boshlangach belgilari va rivoji, qo'llangan muolajalar.

Klinik rentgen va laboratoriya tekshirish — ko'rik, antropometriya, auskultatsiya, palpatsiya, perkussiya, qonning va siydikning umumiy hamda biokimyoviy tahlili, qonning ivish xususiyatlari, ko'krak qafasi rentgen tasviri, EKG.

Ixtisoslashgan va qo'shimcha tekshirishlar: to'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish, anal refleksini chakirish, rektoromanoskopiya, kolonofibroskopiya, yugon ichakka kontrast modda yuborib rentgen tasvirini olish, fistulografiya, ekskretor urografiya, uretrotsistografiya, ahlat tahlillari, ichak mikroflorasi va rektoanal segment faoliyatini tekshirish. Har bir holda bola yoshini, kasallikning og'irlik darajasi va xususiyatlarini hisobga olib va yuqoridagi sxemaga asoslanib bemorni tekshirish lozim.

1.1. ANAMNEZ

Anamnez har qanday yoshdagi, shu jumladan ichak tutilishi gumoni bilan jarrohlik stasionariga keltirilgan chaqaloqlar proktologik kasalliklari tashxisi uchun zaruriydir. Eng mayda tafsilotlarni ham e'tibordan qoldirmaslik kerak. Onada homiladorlik va tug'ruqning kechishi, birlamchi ahlat meqoniyning chikishi kancha muddatga kechikkanligi, tug'ruqhonada chiqqan ichak aralashmasi xususiyatlari, necha marta va qanday holda qayt kilganligi, rangi, qorin devori orqa ichak peristaltikasi kuzatiladimi-yo'qmi va xokazolar. Bu tafsilotlar shunisi bilan muhimki, ona xomiladordorlik toksikozlari bilan kechib, tug'ruq qiyinlashsa yohud xomila atrofida suvi ko'p bo'lsa, ichak yarim falajligi va shunga mos belgilar kuzatiladi. Boshqa tomonidan esa yo'g'on ichak nuqsonlari bilan tug'ilgan bolalarda kasallikning birinchi manzarasi ichak tutilishiga o'xshab ketadi;

kasalxonada bu manzara yo‘qolishi va bola «tug‘ruq paytida shikastlanish» funksional qayt qilish tashxislari bilan uyiga javob berilishi mumkin.

Bir necha kundan to bir necha haftagacha davom etuvchi kasallikning simptomsiz davrdan keyin ichak bo‘shalishi qiyinlashib qoladi. Kasalxonaga qayta murojaat qilinganda yuqoridagilarning hammasi kasallik tarixi ko‘chirmasida qayd etilgan bo‘lsa, tashxis qo‘yish ancha engillashadi.

Rivojlanishning ko‘pchilik nuqsonlari irsiy ahamiyatga moyilligini hisobga olib karindosh-urug‘larda xuddi shunday kasalliklar bor yo‘qligini tekshirib ko‘rish katta ahamiyatga egadir. Bola kasalxonaga qayta tushsa yoki ilgari boshqa davolash muassasida operatsiya qilingan bo‘lsa, anamnez operatsiyagacha bo‘lgan davrdan tashqari, operatsiya va undan keyingi davr tafsilotlarini ham mufassal o‘rganish lozim bo‘ladi. Agar kasallik tarixi ko‘chirmasida bu holatlar qayd etilmagan bo‘lsa, bemor davolangan tegishli kasalxonalarga so‘rov berib ma‘lumot olish kerak, har bir bemorga chuqur yondoshish va vaziyatni mufassal baholash bemor taqdirini hal qiluvchi navbatdagi qadamni to‘g‘ri qo‘yish imkonini yaratadi.

SHifokor anamnez yig‘ishda bolaning yashash sharoiti, fe‘l atvori, odati va ishtiyoqlari, ovqatlanish rejimi haqida batafsil ma‘lumot olishi lozim. Bular ichdan qon ketish, qabziyat, ahlat tuta olmaslik sabablarini aniqlashda muhim ahamiyatga ega. Masalan, burun qovlashga odatlangan bolalarda ko‘pincha burun tomirlari shikastlanib qon ketishi va bu ahlat rangining qoramtiriligiga sabab bo‘lishi mumkin. Bolaga qo‘shimcha ovqat sifatida lavlagi va ayrim maxsulotlar berish ham shunday holatni keltirib chiqaradi. Ba‘zan yo‘g‘on ichak rivojlanishi nuqsoni shubhasi bilan statsionarga yuborilgan bolalar anamezini yigish, surunkali qabziyatning sababi orqa chiqaruv teshigi yorig‘i ekanligi aniqlanadi. Boshqa hollarda esa, uzoq vaqt yozilmaslik sababi bolalar muassasiga qatnovchi go‘dakning uyatchanligi, tarbiyachilarning e‘tiborsizligi hamda bir xilda ovqatlanishi bo‘lishi mumkin.

Aniq va batafsil yigilgan anamnez tashxisini oldindan qo‘yishga hamda shifokor fikrlarini to‘g‘ri yo‘lga solishga xizmat qiladi. Anamnez orqali tekshirishning o‘ziga xos va umumiy rejasi tuzib chiqiladi.

1.2. BEMORNI KO‘RIKDAN O‘TKAZISH BATO‘G‘PI ICHAKNI BARMOQ BILAN TEKSHIRISH

Bemorni ko‘rikdan o‘tkazish umumiy tekshirishning muhim qismlaridai biri bo‘lib, makro va mikrosimptomlarni aniklashga imkon beradi. Ko‘rik paytida rezina qo‘lqop, vazelin, yumshoq rezina naychalar, gaz chiqaruvchi trubkalar, tugmachali zond, quloq va qin oynalar, (kichik bolalarda odatdagi rektal oynalarni qo‘llab bo‘lmaydi), doka salfetkalar ishlatiladi.

Bolaning umumiy rivojlanishi me‘yoridan chetga chiqishlarni aniqlash maqsadida umumiy ko‘rikdan o‘tkazish kerak. SHikoyat xususiyatlari va tashqi alomatlariga etiborni jalb etish lozim. Masalan, bemorni tug‘ri ichagidan qon kelishidan shikoyat qilsa-yu, ko‘rik payti teri sariqligi, teriga mayda qon qo‘yilishlar, qorin devori venalarining kengayganligi, jigar va taloqning kattalashganligi aniqlansa, demak bu qon ketish to‘g‘ri va yo‘g‘on ichak kasalliklaridak emas, balki portal gipertenziya sindromi oqibatida bo‘ladi. YUqoridagi belgilarsiz ichdan qon kelishi esa yo‘g‘on ichakni chuqur tekshirish kerakligini ko‘rsatadi. Xuddi shunga o‘hshash, surunkali qabziyatdan azob chekayotgan bemorning qorni kattalashganligi kasallik organik tabiatga ega ekanligidan, bu belgining yo‘qligi esa funksional qabziyatdan darak beradi.

Proktologik kasalliklarga gumon qilingan bemorlar orqa chiqaruv teshigi sohasini batafsil ko‘zdan kechirish lozim. Anorektal anomaliyalari bilan chaqaloqlar va emizikli bolalarda tashxis ko‘p hollarda birinchi ko‘rikdayoq belgilanadi. Boshqa kasalliklar bilan og‘rigan bemorlarda katga patologik jarayonlar, yorilish, to‘g‘ri ichak atrofi oqma yarasidan darak beruvchi belgilarni aniqlash mumkin.

To‘g‘ri ichakni barmoq bilan tekshirish zaruriy qo‘shimcha tekshirish bo‘lib, bemor bunda stolga chalqancha yotqizilib, tizza bug‘imini bukilgan hamda oyoqlarini birmuncha yozgani holda ushlatib turiladi. Ko‘rsatkich yoki kichkina barmoqqa vazelin yog‘ini kalin surtib orqa chiqaruv teshigi ohista ko‘riladi. Juda ehtiyotlik va sekinlik bilan ichak devorini barcha yunalimda paypaslanib, to‘g‘ri ichakning to‘liqligi, shilliq va atrof to‘qimalarida patologik hosilalar bor-yo‘qligiga e‘tiborni jalb etish lozim. Bunda tashqi va ichki sfinkterlar tonusini aniqlay olish muhimdir.

To‘g‘ri ichakni barmoq bilan tekshirish, ichak torayishi, uning chandiqli deformatsiyasi, polip, yot jismi, dumg‘aza oldi o‘smasi yoki kistasini aniqlashga imkon berib, paraproktit, ichakni ikkilanishi, operatsiyadan keyingi asoratlar, Girshprung kasalligidagi mahalliy o‘zgarishlar hakida qimmatli ma‘lumotlar beradi.

1.3. ANAL REFLEKSINI TEKSHIRISH

Bolalar proktologiyasida anal refleksini tekshirish muhim ahamiyatga ega. Bu refleksi 1892 yilda G.I.Rossolimo aniqlagan. Bunda orqa chiqaruv sohasi terisi ta'sirlantirilganda sfinkter mushagi qisqaradi va orqa chiqaruv teshigi ichga tortiladi. Bu refleks qizlarda chaqirilganda qin sfinkterining ham qisqarishi aniq ravshan ko'rinadi.

A.M.Aminov anal refleksini chuqur o'rganib, bu refleksning murakkabligini va teri-mushak xamda xususiy mushak qismlaridan tashkil topganligini ko'rsatdi. Teri-mushak refleksi og'riq va tashqi ta'sirlovchilardan chiqarilib, sfinkterning yuza qismi qisqarishi bilan ifodalanadi va ko'zga ko'rinarli bo'ladi: xususiy mushak refleksi esa sfinkterning chuqur qismi qisqarishi hisobiga yuzaga keladi. Kattalarda ikkala refleks ham o'zaro mos ravishda me'yorda chaqiriladi. Orqa chiqaruv teshigining ichga tortilishi refleksning kuchayganligidan hamda mushaklarning kuchli rivojlanganligidan dalolat beradi. Proktologik kasalliklarda refleksning har xil darajada kuchayishi yoki zaiflashishi kuzatiladi; masalan, orqa chiqaruv teshigi yorilganda kuchayadi, to'g'ri ichakning chiqishi - prolaps, ahlatni uzoq muddatda tutolmasligi hisobiga zaiflashadi.

L.V.Loginova-Katritseva ma'lumotlariga ko'ra, chaqaloq va emizikli davrda bu ikkala refleks alohida bo'lib, keyinchalik (butunlay bo'lmasa ham) yagona anal refleks bo'lib birlashadi. CHaqaloqlarning 50 foizida bu refleks bo'lmaydi.

A.S.Osmolovskiy (1970) fikricha, bir kecha-kunduzlikdan boshlab hamma sog'lom bolalarda teri mushak anal refleksini aniqlash mumkin, CHaqaloqlarda esa teri osti sfinkterning tonusi yuqori» ligi uchun ba'zan bu refleks bo'lmaydi, ammo ikki kecha-kunduzda tonus mo''tadillashib, refleks hosil bo'ladi. Xususiy mushak refleksini esa hamma sog'lom, vaqti-soati etib tug'ilgan chaqaloqlarda ko'rish mumkin. Ammo oraliq sohaning hamma joylaridan bu refleks chaqiriladi (8- rasm).

O'rta chok bo'ylab anal oqmadan 0,5 sm oldinda bu refleksning chaqirilishi ehtimoli ko'prok.

Orqa chiqaruv teshigi atreziyasida anal refleksiing ifodalanish darajasiga qarab, tashqi sfinkterning bor-yo'qligi, joylashgan o'rni aniqlanadi. Bu shu nuqsonni xirurgik yo'l bilan yo'qotish uchun katta ahamiyatga ega. Ko'p hollarda anal refleksining mushak qismida refleks chaqirish mumkin bo'lib, bu orqa chiqaruv teshigi o'rnida terining ichga tortilishi bilan namoyon bo'ladi. Refleks hosil qilish uchun muolaja ignasining uchini teriga tekkizish lozim.

Orqa chiqaruv teshigi yo‘q bulib tug‘ilgan bolalarda anal refleks bo‘lmaydi, bu ayniqsa umurtqa pog‘onasi oxirgi qismining uyg‘unlashib keluvchi norosoligida teri innervatsiyasining buzilishi hisobiga bo‘lishi mumkin. Bunday hollarda, operatsiya vaqtida galvanik tok bilan ixtiyoriy sfinkter tolalarini ta’sirlab, qisqarishini chaqirish lozim. Bu esa jarroxta sfinkter markazi va uning joylashgan o‘rnini aniqlash imkonini beradi.

Klinik amaliyotning ehtiyojlari orqa chiqaruv teshigi atreziyasida tashqi sfinkterning saqlanib qolgan qismini aniqlash va qayd qilishning aniq usullarini ishlab chiqishni talab qiladi.

Bolaning mushak orasiga 50 foizli analgin va seduksen eritmasi yoshiga qarab qilinadi. 10 daqiqadan so‘ng bemorni chalqancha holatda yotqizib, sfinkter joylashishi mumkin bo‘lgan joy terisini yod yoki spirt eritmasi bilan artilgandan so‘ng (anal refleks tekshirib kuriladi), navbatma-navbat chetdan markazga qarab har xil nuqtalarda ikkita perpendikulyar chiziq bo‘ylab, soat 11 dan va 13 dan 19 ga qadar teri ostiga 0,5 sm chuqurlikka sterillangan bipolyar monografik ignali elektrod kiritiladi.

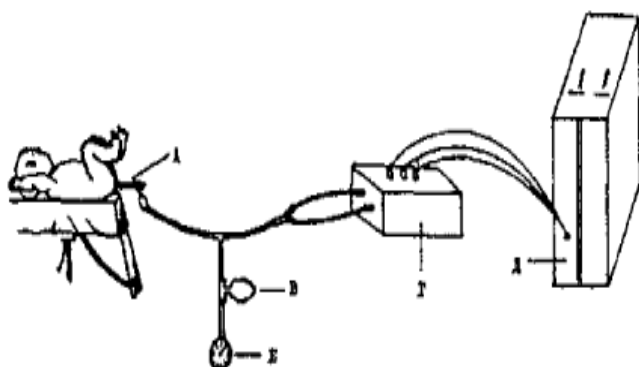
Elektromiogrammadan ko‘ndalang targ‘il mushakning bioelektrik faolligi eng yuqori bo‘lgan nuqtalari aniqlanadi. Bu nuqtalarning joylashgan o‘rniga qarab, bemorning operatsiyada terisi kesilib, orqa chiqaruv teshigini hosil kilinishi lozim bo‘lgan sfinkter xalqaning markazi va tashqi sfinkterning chegaralari aniqlanadi.

1.4. REKTOANAL SOHA FUNKSIONAL HOLATI VA YO‘FOH ICHAKNING HARAKAT FAOLLIGINI ANIQLASH

Proktologik kasalliklari bor bemorlarni kompleks tekshirishda chambar ichak va rektoanal sohaning funksional holatini to‘g‘ri baholash muhim ahamiyatga ega bo‘lib bu to‘g‘ri tashxis qo‘yish va aniq davolashda katta rol o‘ynaydi.

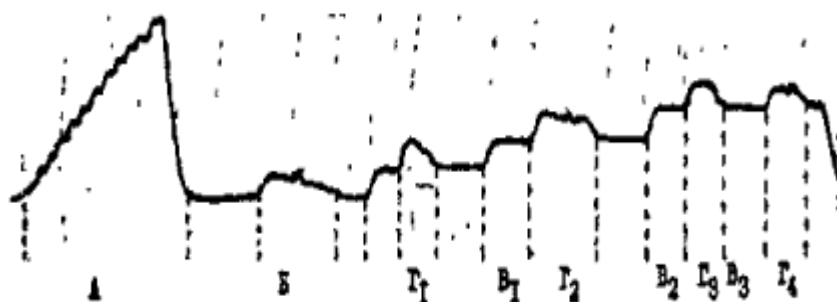
Sfinkterometriya — to‘g‘ri ichak sfinkter apparati kuchini aniqlashdir. Bu maqsad uchun ko‘plab asbob va aslahalar, ko‘rsatmalar tavsiya qilingan bo‘lib, faqat ba’zilar bolalarda qo‘llab ko‘rilgan. Eng sodda va qulay asbob A.M.Aminevning yaratgan sfinkterometriyasi hisoblanadi, u kundalik amaliyotda qo‘llanilib kelinmoqda. Ammo bolalarda o‘tkaziladigan ancha nozik va aniq tekshirishlar distal uchiga lateks manjeti kiydirilgan metall nay modellarining ancha mukammalligini ko‘rsatmoqda va shu sababli ulardan amaliyotda ko‘p foydalanishni taqozo etadi. Nayning diametri chakaloq va emizikli bolalar uchun 0,6 sm, maktab yoshigacha bolalar uchun 0,8 sm, maktab yoshidagilar uchun esa 1 sm atrofida bo‘lishi lozim. Nay ichida bir-biri bilan qo‘shilmagan ikkita kanal bo‘lib, bittasi orqali anal sfinkterining qisqarishi natijasida siqilgan lateks

manjetdan past bosimni elektr potensialiga aylantirib beruvchi asbob — sfegmografik qurilmaga (064-model), so'ngra qayd qiluvchi qurilmaga impulslar o'tadi (1- rasm).



1-rasm O'lchovchi qurilmani qayd qiluvchi apparatga ulash ketma-ketligi

A — o'lchovchi qurilma,
 J — manometr,
 V — damlovchi moslama;
 G — sfegmografiya qurilmasi (model-064);
 D — qayd qiluvchi apparat.



2- rasm. 10 yoshli coglom bola sfinkterometriyasn

Anal sfinkter kuchini aniqlash usuli quyidagilardan iborat: o'zi yozuvchi asbobdagi o'lchovchi lateks manjetga rezina nay vositasida 20 mm simob ustuniga teng havo kiritish yo'li bilan kalibrovka o'rnatiladi. Bunda kalibrovka pillapoyasi hosil qilinadi, uning har bosqichi 20 mm simob ustuniga teng bo'ladi. Tozalovchi huqna qilingandan 30-40 daqiqa o'tib, bemorni litotomik holatda yotqizib, to'g'ri ichakka nayning lateks manjetli pastki uchini bevosita anal yo'lida joylashadigan qilib tiqiladi. 5 mm/sek tezlik bilan harakatlanuvchi qog'ozda, nay tiqilgan sfinkterning reflektor qisqarishi qayd etiladi (2-rasm). Reflektor qisqarish yo'qolib sfinkterlar moslashganidan so'ng, bolaga orqa chiqaruv teshigini ixtiyoriy qisqartirish buyuriladi va bu ham qog'ozda qayd etiladi. Anal sfinkter ixtiyoriy qisqarishining maksimal kuchini yanada ishonchlirok aniqlash uchun o'lchovchi manjet ichiga havo kiritilib qarshi bosim hosil qilinadi, qarshi bosimni bosqichma-bosqich kuchaytirib, har bir bosqich

qog'ozda qayd etiladi (Vr V2, V3 chiziqlar). Qisqarish kuchi ham qog'ozga bitiladi. Bola orqa chiqaruv teshigini qisqartira olmay qolgungiga qarshi bosim beriladi. Bola orqa chiqaruv teshigini qisqartira oladigan oxirgi kuch anal sfinkterining maksimal kuchi hisoblanadi.

Bemor shifokor ko'rsatmalarini bajara olmaydigan darajada kichik bo'lsa yoki orqa chiqaruv teshigini qisqartirishga mone'lik kiluvchi biror sabab bo'lsa, u holda to'g'ri ichak ampulasiga lateks ballonchasini kiritish uchun ikkinchi ichki kanal ishga solinadi. Pufakchani shishirib orqa chiqaruv teshigini g'ayri ixtiyoriy qisqartirishga olib keluvchi anal refleksini chaqirish mumkin. Anal sfinkter kuchini aniqlash va kayd qilish yuqorida aytib o'tilganiday amalga oshiriladi.

Kuch grammalarda ifodalanadi, buning uchun mm simob ustuni bo'yicha olingan ma'lumotlarni Rk formulasiga binoan grammlarga aylantiriladi. Bunda R-bosim, simob ustuni balandligi bo'lib, solishtirma og'irlikdir, xona sharoitida simobning solishtirma og'irligi 13,5 ga teng, shunga binoan mm simob ustunida olingan ma'lumotlarni 13,5 ga ko'paytirish kerak.

Kalibrovkaning bir bosqichi 20x13,5x1890 grammga teng bo'ladi.

To'g'ri ichak sfinkteri maksimal kuchining har xil yoshli bolalarda o'rtacha ko'rsatkichlari 1- jadvalda o'z aksini topgan.

1- jadval

Ёши	Анал сфинктернинг максимал кучи, граммларда
1-3 ёш	400-800
4-8 ёш	900-1600
9-14 ёш	1700-2500

Anorektal sohaning funksional holatini tekshirishda sfinktermetriyadan boshqa to'liq ma'lumot beruvchi usullar ham bor. Ammo bu usullar qimmat jihozlarni talab keladi.

Xozirda yirik ixtisoslashgan davo muassasalari va ilmiy markazlarda rektoanal bosimni tinch holatda va ixtiyoriy qicqartirilganidagi muntazam profilometriyasi, to'g'ri ichak va sfinkterlarning harakat faoliyati, tashqi va ichki sfinkterlarning bir vaqtning o'zida uyg'unlashtirilgan elektrometriya va monometriyasi, anal reflekslarini aniqlash imkonini beradigan DISA-2100 (Daniya) va «Kolodinamik» (Rossiya) asboblari ishlatilmoqda. Ushbu o'lchamlar kasallikning patogenetik asosini chuqur anglab etishga, kasallikning organik yoki funksional tabiatga ega ekanligini taqqoslashga hamda samarali davolanishga yordam beradi.

To'g'ri va sigmasimon ichak harakat faoliyatini ballonografiya yoki elektromonografiya yordamida tekshirish mumkin.

Ballonografiya usuli quyidagi qonuniyatga asoslangan: ichakka yupqa devorli bir yoki bir necha rezina pufaklar bilan ta'minlangan zond kiritilib, uning ikkinchi uchi yozuv qurilmasiga ulanadi.

Ballonografik usulning kamchiliklaridan biri shuki, pufak ichak devori mexanoretseptorlarini ta'sirlab qo'yishi mumkin. Bundan tashqari, qorin ichi bosimining xususiyatlarining ta'siri, yaqinroqda joylashgan ichak qovuzloqlarining qisqarishi yozuvlarning o'qilishida qiyinchiliklarga sabab bo'ladi, bu esa yuqoridagi usulning qimmatini bir qadar tushiradi.

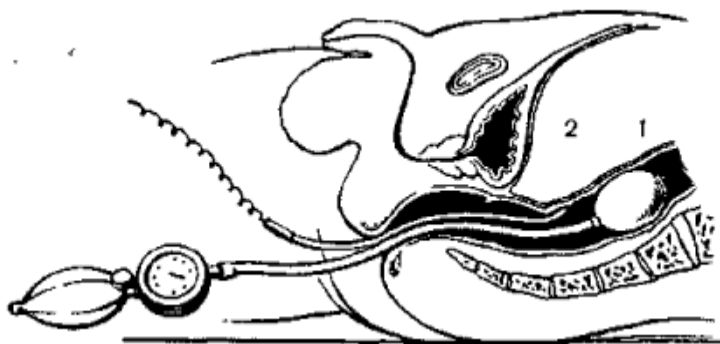
Ballonografik va rentgenologik (kontrast moddaning harakatini rentgen asbob vositasida kuzatish va ta'sirini olish) usullarni uyg'unlashtirib qo'llash vazifani ancha engillashtiradi.

Elektromiografik usul ichak devori mushaklaridagi elektr potensial chayqalishini qayd etishga asoslangan. Biotoklarni qayd qilish va uzatish ikkita yo'nalish bo'yicha olib boriladi.

Ichak bo'shlig'iga kiritilgan elektrodlar yordamida biotoklarni tekshirish. Qorin old devoridan uzatilgan biotoklari o'rganiladi, Amaliyotda qo'llash uchun birinchi usul qulayroqdir. Quyida sinab ko'rilgan usullardan birini keltiramiz. Yo'g'on ichakning harakat vazifasini elektromiografik tekshirish bir elektrodli yo'l bilan sigmasimon ichak shilliq qavatining orqa chiqaruv teshigidan 10—20 sm ichkarirog'iga o'tkaziladi.

ZL-SR-600-400 qotishmasidan ishlangan, maydoni 1,0x1,5 sm bo'lgan faol elektrod egiluvchan uzun, izolyasiyalangan sim uchida joylashadi, u yo'g'on ichakka rektal anoskop yordamida kiritiladi. Rektoskopning tubusi olingandan so'ng indifferent ikkinchi elektrod o'lchamlari 60x40 mm bo'lgan kurg'oshin varaq o'ng son sohasining ichki yuzasiga, izotonik eritma bilan xo'llangan ikki qavatli taglik ustiga biriktiriladi, qarshilik ko'prigi muvofiqlashtirilgandan so'ng biotoklar qiyshiq chizikli koordinatalar bo'yicha qog'oz lentaga qayd etiladi. Lenta 1 sm daqiqa tezlik bilan harakatlanadi. Bunda yo'g'on ichak biopotensiallarini yozish qoidalariga mumkin qadar ko'proq javob beruvchi N-373-3 mikroampervoltmetr ishlatiladi, ikkita shakldan 5 mm da 4 MB va 4 mm da

1 MB foydalaniladi. 3-rasm. Sigmasimon ichak harakatiga mexanik ta'sirchanligini tekshirish.



1 - rezina ballon.

2 - elektrod.

Qiyshiq chiziqlar o'lchanib, uzunligiga qarab bir xil vaqt oralig'ida (10 daqiqa) EMG usullari

bo'yicha baholanadi.

Tekshirishlar och qoringa o'tkazilishi kerak. Yo'g'on ichakni tekshirish sifatli huqna bilan tayyorlanadi.

Ichak devori biopotensiallarini qayd etishga elektrod kiritilgandan so'ng 5—10 dakika o'tgach kirishish kerak. Mikroampervoltmetr ko'rsatkichining og'ishi bundan darak beradi. Mushak tonusi o'lchangandan so'ng mikroamper voltmetrni 15 MB shaklga o'tkazish lozim. So'ngra ichak devori silliq mushakning bir maromdagi faoliyati 15~20 daqiqa mobaynida o'lchanadi hamda, prozerin eritmasi kiritilganda harakat faoliyatning o'zgarishi o'rganiladi. Prozerin bola yoshiga qarab teri ostiga yuboriladi. Mexanoretseptorlarni ta'sirlab, ichak peristaltikasini o'zgartirish quyidagicha amalga oshiriladi orqa chiqaruv teshigidan 20-26 sm ichkariga yupqa devorli rezina pufak kiritiladi, elektrod esa 10 sm ichkarida joylashishi kerak (3- rasm).

Bosim 3540 mm simob ustunigacha ko'tarilib, 10 daqiqa ushlab turiladi.

Sog'lom bolalar EMG ko'rsatkichlari 2- jadvalda keltirilgan.

2- jadvaldan kurinib turibdiki, 1 yoshdan katta bolalarda orqa chiqaruv teshigidan 20 sm chuqurlikda sigmasimon ichak potenciallari chayqalishining o'rtacha voltaji 1,24-0,26 MB, 10 sm da esa 2,54—0,50 MB dir. SHuni ham aytib o'tish kerakki, faqat o'rtacha voltaj emas, balki sigmasimon ichak devorining tonusi va harakat faolligi uning distal qismidan balandroq bo'lib, bu narsani ichak bo'shalishidan shu joyning alohida o'rni bilan tushuntirish mumkin.

2 - jadval

Sog'lom bolalarda sigmasimon ichak EMG ko'rsatkichlarnishshg miqdoriy

xususiyatlari

Ўлчамлар, МВ	Альпидан масофаси, см ларда	
	20	10
Тонус	38,6—5,50	45,1—5,10
Фаоллиги	22,8—5,60	39,2—7,20
Ўртача вольтаж	1,24—0,26	2,53—0,50
Прозерин киритилгандан кейинги фаоллик	23,2—2,10	34,2—10,25
Пуфак билан таъсирлангандан кейинги фаоллик	44,8	11,20

Sogʻlom bolalarda odatda prozerin eritmasi qilinganida ichak harakati oʻzgarmagan, ammo bir qancha hollarda susayishi kuzatiladi, Buni dori inʼeksiyasidagi ogʻriq bilan izohlash mumkin. Rezina pufak bilan mexanoretseptorlarni tasirlashga javoban harakatning sezilarli oʻzgarishi kuzatiladi; dastlabki vaqtda qiyshiq chiziq voltaji quqqisidan 10—15 MB gacha zaiflashadi, 30—90 soniyalardan soʻng qayta tiklanadi; tebranish chuqurlashib, sekinlashib, kichik toʻlkinlar yoʻqoladi. Taʼsirlash toʻxtagandan 2—3 daqiqa oʻtib, biopotensiallar tebranishi avvalgi holiga qaytadi.

1.5. RENTGENOLOGIK TEKSHIRISHLAR

Yoʻgʻon ichakni rentgenologik usulda tekshirish ambulatoriya va statsionar sharoitida koʻp ishlatiladi. Uning rentgenoskopik va rentgenografik turlari boʻlib, odatda bir-birini toʻldirib keladi.

Bemorga rengenologik tekshirishni taklif qila turib qanday axborot olinishi kerakligini vrach aniq bilishi, tekshirish natijasi rentgenolog bilan kelishilgan holda va rentgenolog bilan birgalikda izoxlanishi kerak.

Rentgenologik tekshirishga zarurat koʻproq potologiya xususiyatlarini aniqlash uchun rivojlanish nuqsonlariga, oʻsma va poliplarga gumon qilinganda tugʻiladi.

Ichak tutilishi belgisi bor bolalarda tekshirishni koʻkrak qafasi va qorin boʻshligʻining umumiy rentgenografiyalarining bir tekisda shishganligini, ayrim xollarda esa ichak ichida suyuqlikning gorizontaal satxi koʻzga tashlanadi. Bu belgini aniqlash umumiy rentgenogramma maʼlumotlarini toʻldirib, keyingi tekshirishlarga xojat qoldirmaydi va bolada nurlanishni kamaytiradi.

Umumiy rentgen tasvirida doimo yoʻgʻon ichak holati toʻliq koʻzga tashlanmaydi, bunday xollarda tekshirishning rentgen – kontrast usullaridan foydalaniladi (bariyli huqna yoki havo kiritish yoʻli bilan). Tekshirish arafasida bolani tayyorlashda tozalovchi yoki sifon huqnalar vositasida ichakni imkoni

boricha ahlatdan to‘liq tozalash kerak bo‘ladi. Kechasi to‘g‘ri ichakka 50—100 ml isitilgan vazelin moyi, yoki sovun eritmasini kiritish ham yaxshi tozalovchi vosita hisoblanadi.

Kontrastlash uchun quyuq bariyli pasta suyultirilib, Esmarx idishiga yoki Jane shprintsiga solinadi. Kontrast moddaning miqdori bola yoshi va yo‘g‘on ichakning kengayish darajasiga ko‘ra har xil bo‘ladi, taxminiy miqdor chaqaloqlarga: 30—50 ml; 1 yoshgacha bolalarga 50—100 ml; 3 yoshga 100—300 ml; 4—7 yoshga 400—700 ml, 7 yoshdan katta bolalarga 700—1000 ml. Bola chanogi ko‘tarilgan holda o‘ng holatda traxoskopga yotqiziladi. To‘g‘ri ichakka 4—6 sm chuqurlikda haydovchi nay tiqib u orqali past bosimda oz-ozdan kontrast modda yuboriladi. Bariy eritmasining o‘tishi nazorat ekran orqali har xil proeksiyalarda olib boriladi. Bunda yo‘g‘on ichak har bir qismining joylashgan o‘rni, uning o‘lchamlari, patologik jarayon gumon qilingan joylar to‘laroq o‘rganiladi. Aniqlangan yoki gumon qilingan patologiyaning turli proeksiyalarda ekrandagi holati o‘zgartirilib, aniq o‘rganilib, uning o‘lchamlari aniqlanib mo‘ljall rasm olinadi.

Bolalarda yo‘g‘on ichakni kontrast modda bilak zichlab to‘ldirishga hojat yo‘q. Aksincha, bu narsa yo‘g‘on ichak distal qismini kengayishiga va natijada tashxis qo‘yishdagi xatoliklarga olib kelishi mumkin (Girshprung kasalligi, «Idiopatik megakolon»ga gumon tug‘dirishi mumkin).

SHilliq qavat relifini batafsil o‘rganish zarurati tug‘ilganda kontrastlashning murakkab usullaridan foydalaniladi. Bariyli huqna va havo kiritib tasvirga olish usuli shular jumlasiga kiradi. Avvalo kontrast aralashma kiritilib, bemorga defekatsiya taklif qilinadi. So‘ngra to‘g‘ri ichak orqali ehtiyotlik bilan havo jo‘natiladi. Bu usul bilan shilliq qavatning yaxshi kontrastlashgan aniq tasvirini olish mumkin, tekshirishning boshqa usullari ham mavjud.

Fistulografiya va irrigografiya ayrim murakkab sharoitlarda bir vaqtning o‘zida qo‘llanilishi mumkin. Ular birgalikda ajratib qo‘yilgan ichak holati, uning qo‘shni a‘zolar bilan o‘zaro munosabatlari to‘g‘risida to‘liq tushuncha beradi. Irrigografiya qo‘shimcha ravishda ba‘zan ajratib qo‘yilgan bo‘limni anus orqali endoskopiya qilinadi va ishlab turgan stomani ayni vaqtda ajratib qo‘yilgan morfofunktsional holatini o‘rganish uchun shilliq pardasidan devor oldi biopsiya qilinadi. Bu usul ajratib qo‘yilgan ichak holatiga baho berishda (tonusi, yallig‘lanishi, deformatsiyalar borligi va b.), shuningdek qo‘shimcha polioplalar limfofolikulyar giperplaziya kabi o‘zgarishlarni topish imkonini beradi.

Proktografiya

To'g'ri ichakning aniq ko'rinishini, uning qov-dumg'aza chizig'iga nisbatan joylashuvini, tos tubining holatini balonli proktografiya yordamida tekshirish mumkin. Buning uchun aloxida gaz chiqargich nay uchiga prezervativ kiydiriladi va germetik boylab to'g'ri ichakka kiritiladi. 50-100 ml suyuq bariy eritmasi nay orqali yuborilib, qisqich bilan qisiladi va ballonning bo'yni anal kanalini to'ldirgunga qadar u orqaga tortiladi. Keyin bemorni maxsus stulga o'tqazib, tinch va kuchangan holda yonidan rentgen tasviri olinadi. Bunda olingan proktogrammaga asoslanib tos tushish darajasi aniqlanadi.

Defekografiya.

Bunda bola kushetkaga, beli bilan chanoq sohasi ko'tarilgan holatda yotqiziladi. Bobrov apparati yordamida to'g'ri ichakni tekshirish maqsadida bemor yoshiga qarab 100-200 ml kontrast modda(bariy sulfat) yuboriladi. Keyin bemor maxsus stulga o'tkazilib, rentgen ekrani ostida yonboshdan tinch va defekatsiya aktining boshlanishidan tugashi vaqtigacha bir necha rentgen tasviri o'tkaziladi. Bunda anorektal burchakdagi o'zgarish, chanoq tubining tushish darajasi, rektotsele va anal kanalining kengayish darajasining defekatsiya akt davomidagi o'zgarishi aniqlanadi, Defekografiya usuli orqali to'g'ri ichakning dinamik o'zgarishini akt davomidagi holati baholanadi.

1.6. SONOGRAFIYA

Sonografiya boshqa bir necha kasalliklarda yuqori informativ usul bo'lgani singari, koloproktologiyada ham katta ahamiyat kasb etadi. Buning uchun bemorga yoshiga mos ravishda ikki sutka oldin faollashgan ko'mir beriladi va tekshirish oldidan kechkurun va ertalab tozalovchi huqna qilinadi. Bundan tashqari, UTT tekshirish uchun qovuq to'lgan bo'lishi shart. Bu manipulyasiyagacha bemorga 200—300 ml suyuqlik ichirish yoki kateter orqali qovuqqa furatsillin eritmasini yuborish zarur. Sonografiya tekshiruvida, ko'pincha, 50 mGs chastotalik datchigi bo'lgan aloqa apparati ishlatiladi.

Tekshiruv usuli. Datchik qov sohasiga o'rnatiladi. Bu esa bo'ylama va ko'ndalang kesimlarni olishga imkon beradi. UTT tasvirlari fiksatsiyalanib, termopechat va videosuratlar yordamida xujjatlanadi. Tekshirish 4 bosqichda olib boriladi.

Tekshiruvning birinchi bosqichi suyuqlik bilan to'lmagan ichakda o'tkaziladi (umumiy exoskopiya). To'g'ri va sigma ichaklarda esa to'lgan qovuq orqali o'tkaziladi. Bu esa «akustik oyna» sifatiga ko'maklashadi. Exogrammada to'g'ri

ichak ko'ndalang kesimi o'rta exogenlikdagi ingichka devorli aylana shaklda namoyon bo'ladi. Ichak yorug'lanishi esa yaxshi ko'rinmaydi. Ichak bo'ylama kesimida patologik holat qovuq orqali ko'rinadi.

Keyingi tekshiruvlar suyuqlik orqali o'tkaziladi. To'g'ri ichakka suv yoki 200-400 ml 36—37 °S li fiziologik eritma kiritiladi. Suyuqlik orqali tekshiruvda ichakning yorug'lanish satxi kengayadi, ichak devorining yuqori va pastki chegaralari aniqlanadi

Navbatdagi bosqich — ichak bo'shalishi bilan o'tkaziladigan tekshiruv. Ich kelishi yaxshi bo'lganda ichak aniqlanmaydi

YAkunlovchi bosqich — bu trubkalarni olib tashlagandan keyin to'g'ri ichakda o'tkazuvchi apparat orqali o'tkaziladigan tekshiruv, sfinkter vizualizatsiyasi uchun datchik o'z yo'nalishida qov sohasida maksimal egiladi, bu to'g'ri ichak yorug'lanishi uchun xizmat qiladi. Sfinkter bir jinsli gipoexogen ko'rinishida, ichakdan aniq ajralib turuvchi oval shaklida namoyon bo'ladi. Bu rasm ichakning ko'ndalang va bo'ylama kesimlarida ham o'zgaraydi.

Maxsus rektal ichak datchigi yanada aniqroq ma'lumot olishga imkon beradi.

Sonografiya sigma va to'g'ri ichak ampulasi diametri, sfinkter ichak devori qalinligi, Pirogov-Bern—Mute sfinkterini funksional ahamiyati, anal kanali holati, yo'g'on ichak shilliq pardasi holati anorektal burchak kengayganligi haqida ma'lumot beradi.

Sonografiyada ekspress diagnostik usulni ham qo'llash mumkin. Bu esa o'z navbatida yangi tug'ilgan chaqaloqlarda to'g'ri ichak atreziyasini, katta yoshdagi bolalarda gamartom polipozida (Peyts—Egere sindromi) ichak invaginatsiyasini aniqlashga yordam beradi.

Urologik tekshirish usullarn

Anorektal soha rivojlanish nuqsoni tashxisi siydik yo'llarini ham rentgenologik tekshiruvdan o'tkazish kerakligini ko'rsatmoqda. Chunki anorektal soha anomaliyasi 40-45 foiz hollarda siydik yo'llari nuqsonlari bilan qo'shilib keladi. Bunday hollarda urologik tekshirishning ahamiyati beqiyosdir. Rektosigmoidal soha operatsiyasida shifokor bo'yрак siydik nayini bog'lab qo'yganligi va bu juda fojeali natija bilan tugagan voqealar ma'lum. Agar shifokor qo'shilib keluvchi anomaliyalarni avvaldan bilsa, bunday qo'pol xatolarga yo'l qo'ymagan bo'lar edi.

CHaqaloq va katta yoshli bolalarda yo'g'on ichak va siydik yo'llari qo'shilganligi gumon qilinsa, qo'shimcha uretrotsistografiya o'tkazilishi lozim.

Buning uchun ingichka rezina naycha uretraga kiritilib, barmoq bilan ushlab turgan holda, naycha orqali 15—20 ml isitilgan kontrast modda sekin uretraga yuboriladi. Kontrastning yarmi yuborilgach, rentgen tasviri olinadi (ko‘tariluvchi uretrografiya), qovuq to‘lganidan so‘ng holatini o‘zgartirmay turib bolaga siyish taklif qilinadi va ikkinchi tasviri olinadi (tushuvchi uretrografiya).

Kichqina bolalarda qov usti sohasiga bosish bilan siyishni keltirib chiqarish mumkin. Kontrast moddaning ichak bo‘shlig‘iga oqib ketishiga qarab rektouretral yoki rektovezikal oqma borligi xakida xulosa chiqarish mumkin.

1.7. REKTOROMANOSKOPIYA

Rektoromanoskopiya (proktosigmoskopiya) endoskopik tekshirish usullari ichida eng keng tarqalgan va kulay usul hisoblanadi. CHunki bu usulni ham statsionar, ham ambulatoriya sharoitida qo‘llash mumkin. Tajribali mutaxassis qo‘lida bu mutlaqo xavfsiz muolaja bo‘lib, sigmasimon ichakning distal qismigacha ichak shilliq qavatini holati, tonusi, venoz gemoroidal qon tomirlari hakida ham kerakli ma‘lumot beradi.

Rektoromanoskopiya odatda to‘g‘ri ichakni barmoq bilan tekshirishga hamda rektal oynalar bilan tekshirishni imkoni bo‘lmaydigan darajada ichkaridagi qismini o‘rganish uchun ishlatiladi. Uni qo‘llashga zarurat ko‘proq orqa chiqaruv teshigidan qon kelganida, qabziyatda, ahlat xususiyatlari o‘zgarganda, ichak yarasi, shilliq qavat shikastlanishi va poliplar gumon qilinganida tug‘iladi. SHu jumladan, qopqa va gemoroidal kollateral vena tugunda bosim oshganida, pastki hamda yuqori gemoroidal venalar kengayishi darajasini aniqlash maqsadida qo‘llaniladi. Rektoromanoskopiyaning qo‘llanishiga monelik qiluvchi sabablar juda kamdir.

Tekshirishga tayyorlash. CHaqaloqlar va emizikli bolalarda tekshirishdan 20 va 30 daqiqa oldin 50—150 ml qaynagan suv bilan ikki marta tozalovchi huqna kilinib, to‘g‘ri ichakka gaz chiqaruvchi nay kiritiladi. Kattarok yoshdagi bolalarda esa muolaja arafasida kechqurun va ertalab 1,5—2 soat ilgari 300—700 ml suv bilan tozalovchi huqna kilinib, 20—30 daqiqadan keyin yon teshikli haydovchi nay tiqiladi.

SHuni nazarda tutish kerakki, bemorni muolajaga tayyorlashda ichakdan «toza suv» chiqqunicha obdan yuvish, hamma vaqt ham haqiqiy ma‘lumotni olishga kafolat beravermaydi. CHunki katta hajmda suv bilan ichakni ko‘p martalab yuvish shilliq qavatidagi bo‘shgina birikkan shilimshiq va patologik moddalarni yuvilib ketishiga olib kelib, patologik o‘zgarishlarning haqiqiy ahvolini yo‘qolishiga olib keladi. Bunga misol tariqasida nospetsifik yarali kolitda ichak

to'liq yuvilmasligi zarur bo'ladi, aksincha poliplar hisobiga qon oqqanida va o'smalarga gumon qilinganida ichak to'liq yuvilishi kerak bo'ladi. Bu ko'rsatmalarning ahamiyati muhim bo'lib, har bir holatda o'ziga xos yondoshishni talab qiladi va ularga amal qilmaslik tashxislashda noaniqliklarga sabab bo'lishi mumkin, bundan tashqari ko'p xollarda bitta bemorni alohida ikkita shifokor tekshirganda, ikki xil xulosaga kelishi yoki ota-onalarga har xil ma'lumotlarni berilishi, bu faqat shifokorlardagi bilim va tajribalarning har xilligidan emas, balki operatsiyaga kasalni bir xil tayyorlamaslik natijasida kelib chiqadi. Bunday misollar kundalik amaliyotida ko'p uchraydi.

Bemorni muolaja vaqtidagi holati va asbob tanlashda bolaning yoshi bilan birga «ruhiy holati» ham hisobga olinishi kerak.

CHaqaloqlar va emizikli bolalarni tekshirishda navbatdagi ovqatlantirishdan oldin kichik tubusli, yoritkichli rektoskop vositasida o'tkazish maqsadga muvofiqdir, 3 yoshdan katta bolalarni tekshirishda kattalar uchun ishlatiladigan tubusdan foydalanish yaxshi natija beradi. Rektoromanoskopiyada kichik yoshli bolalar uchun chalqancha yotish afzalroq bo'lib, bu birinchidan bolani tizza-tirsak holatini ushlab turishning iloji yo'qligidan bo'lsa, ikkinchidan kichkina bolalar to'g'ri ichagi qayrilmalari kamroq ifodalanganligi, to'g'ri ichak vertikal joylashganligi sabablidir. Katta yoshli (10—14 yosh) bolalarda xuddi katta odamlarniki kabi hamma talabga javob bera oladigan tizza-tirsak holati qo'llanishi maqsadga muvofiqdir.

Muolaja davrida bemorning holati uchta talabga javob bera oladigan bo'lishi kerak:

— tekshirish uchun zarur vaqt mobaynida bolani charchatmaslik va qulay sharoit yaratish;

“tubusni to'g'ri ichakka osonlikcha kiritish;

— tanlangan holatda ichakning tekshirilayotgan qismining reliefi yaxshi ko'rinishini ta'minlash.

Tekshirishning muvaffaqiyati ko'p hollarda bolaning muolaja vaqtidagi tinch turishidir. SHifokor va yordamchi xodimlar katta yoshli bolaga bu tekshirishning zarurligi va maqsadni to'g'ri tushuntirishlari va tekshirish mobaynida bola sezishi mumkin bo'lgan ta'sirlar haqida ogohlantirishlari zarur. Tekshirish jarayonida bolaning diqqati suhbatga jalb qilinishi maqsadga muvofiqdir. Rektoromanoskopiya odatda hech qanday og'riqsizlantirishsiz o'tkaziladi. Faqat yosh va injiq bolalardagina qisqa muddatli umumiy anesteziya o'tkazishga to'g'ri keladi.

Rektoskop nayini kiritish va sigmasimon ichak shilliq qavatini ko'zdan kechirish. Rektoromanoskopiya, rektoskoplar to'plami (bolalar uchun mo'ljallangan M-170, kattalarga qo'llaniladigan R-185 tolali yorug' o'tkazuvchi rektoskop), paxta va doka salftkali bikslar, vazelin yog'i solingan shishali tubuslarni zararsizlantiruvchi va saqlovchi sterillizatorlar, elektrli so'rg'ich hamda tekshirish o'tkaziladigan stollar bilan jihozlangan maxsus xonada o'tkazilishi shart. Tekshirishdan avval rektoskopning ichakka kiritiladigan qismlari (tubus, oliva) 20 foizli soda eritmasida kaynatilib sterillanadi, So'ngra qismlari ajratilgan holda steril yopkich to'shalgan stolga joylashtiriladi. Asbobni yig'ib, ishga yaroqliligi tekshirilib ko'rilgan bevosita muolajaga kirishiladi (4-a rasm).

Tubus oliva o'tkazgichga yaxshilab vazelin moyi suriladi va ehtiyotkorlik bilan to'g'ri ichakka 3—4 sm chuqurlikka tiqiladi. So'ng o'tkazgich olib tashlanib, okulyar kiyiladi va ichak bo'shlig'i aniq ko'ringandan keyin muolaja amalga oshiriladi. Agar ko'ruv maydoni ichak devoriga to'g'ri kelib qolsa, u havo kiritish orqali uzoqlashtiriladi hamda tubus yo'nalishi ichak o'qiga nisbatan o'zgartiriladi. Bunda to'g'ri ichakni tabiiy bukilmalarini hisobga olish muhimdir (4-b, v rasm).

Rektoromanoskop tubusini kiritish chuqurligi bolaning yoshi va sigmasimon ichak chanoq qismining joylashish variantiga bog'liq. Tubusni kiritish vaqtida ichak devori qarshiligi sezilsa, demak ichakning 4—6 sm lik oxirgi qismini tekshirish mumkin.

SHifokor tekshirish o'tkazayotganda shifokor ichak shilliq qavatining me'yordagi tasviri, burmalarning joylashish o'rnini hakida to'liq ma'lumotga ega bo'lishi kerak. Tekshirish chuqurligiga qarab, ularning o'zgarishini ham unutmaslik muhimdir. Sog'lom odamlarda ichki sfinkterdan o'tilgan zahotiyok to'g'ri ichakning bo'ylama burmalari ko'zga tashlanadi, undan ichkarirokda esa ampulaning ko'ndalang burmalar bilan o'ralgan ochiq qismi ko'rinadi. Uning orqasidan esa sigmasimon ichakning chanoq bo'shlig'iga kirgan qismi bo'lib, bo'shliqning torligi va burmalarning kichikligi bilan to'g'ri ichak ampulasidan farq qiladi. Yo'g'on ichak quyi segmentining shilliq qavat yuzasi pushti rangga ega bo'lib, mayda qon tomirlarning tarmoqlari ko'zga tashlanadi (4-g, d rasm),

Tubusni ichkariga kirita turib, shilliq qavat burmalarini faqat chamalab ko'zdan kechirish mumkin. Kiritish mobaynida shifokorning diqqat-e'tibori muolajaning texnik tomonlarida, uni chiqarishda esa shilliq qavatni mukammalroq o'rganishda bo'lishi darkor. Ko'p hollarda patologik hosilalar (polip, yara) burmalar orasida ko'rinmay qolishi mumkin. SHuning uchun nayni oldinga va orqaga yunaltirib, ko'rikni 2~3 marta takrorlash maqsadga muvofiqdir.

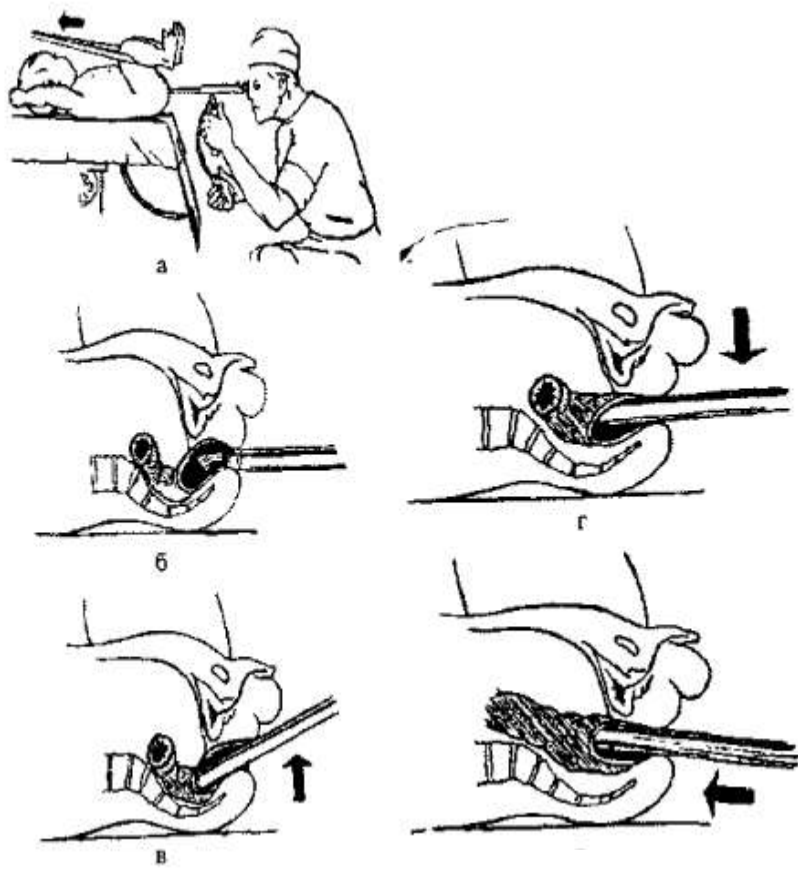
Rektoromanoskopiya patologik jarayonlar haqida to'liq ma'lumotlar berib, tashxis qo'yishning eng mukammal usullardan qolishmaydi. Ichakdan qon ketish sabablari ko'p hollarda shu usul yordamida aniqlanadi.

Bundan tashqari, rektoromanoskopiya ma'lumotlari asosida angioma (angiomatoz)ni aniqlash, ichakdagi patologiya haqida xulosa chiqarish mumkin, bu esa operatsiya usulini tanlashda qo'l keladi. Ayniqsa, nospetsifik yarali kolit, o'tkir va surunkali dizenteriyalarda shilliq qavatdagi tiklash jarayonlarini o'rganimda rektoromanoskopiyaning foydasi katta.

SHuni unutmaslik lozimki, orqa chiqaruv teshigidan qon kelganda, rektoromanoskopiya ko'rigi polip, angioma va boshqa patologiyalarni aniqlamasa, shunday jarayonlar yo'q ekan deb, xulosa chiqarish kerak emas. Bunday hollarda ichakning yuqori qismlarini tekshirish lozim bo'ladi.

1.8. KOLONOFIBROSKOPIYA

Kolonofibroskopiya — yo'g'on ichak qismining shilliq qavatini to'liq tekshirish, undan biopsiya olish va lozim bo'lganda davo tadbirlarini o'tkazishga imkon beradigan usuldir. Uning yordamida qon to'xtatish, poliplarni kuydirish mumkin. Tashxisdagi ulkan imkoniyatlari uchun bu usul pediatriya amaliyotida keng qo'llanilmoqda. Asbob tarkibidagi fibrotolaning xossalari asbobning imkoniyatini kengaytiradi. Asbobning egiluvchan elastik ishchi qismini yo'g'on ichakning hamma bo'limiga, xatto yonbosh ichakka ham



4 - rasm
Rektoromanoskopiya.

kiritish mumkin. Ishchi qismi egilib, ichakning tabiiy bukilmalarini takrorlab, qovo'zloq hosil qilishiga karamay, tasvir buzilmasdan ko'rinadi.

Bolalarni tekshirishda eng qulay kolonoskop «Olimpus» firmasini bo'lib, shu jumladan SR-TV32

uzunligi 1035 mm, kiritiladigan nay diametri 13,7 mm, kuruv maydoni kengligi 100 foiz, asbob distal qismining 4 yoʻnalishda egilishi: yuqori va pastga 180°, chap va oʻngga 160°. Kolonoskopiya oʻtkazishga asosiy koʻrsatmalar;

1) ichdan qon ketish belgilari; 2) rektoromanoskopiyada polip aniqlanmagan boʻlsa; 3) nospetsifik yarali kolit gumon qilinsa va hokazo.

Tekshirshiga tayyorlash. Tekshiruvdan bir kun oddin bemorga 15—20 ml kanakunjut yogʻi yoki forlaks kukuni ichiriladi, tekshiruvga 1 va 2 soat qolganda 400—500 ml suv bilan 2 marta tozalovchi huqna qilinib, 15 daqiqa oldin spazmolitik dorilardan yuboriladi.

Maktab yoshigacha boʻlgan bolalarda kolonofibroskopiyaning ftoratan yoki ketamin narkozi ostida oʻtkazish kerak. 6-12 yoshdagi bolalarda ogʻriqsizlantirish bemorning ruhiy emotsional holatiga qarab oʻziga xos hal qilinadi. Muolajani atropin va promedol promedikatsiyasidan keyin oʻtkazish oʻrinlidir. Zaruriyat tugʻilganda bu yoshdagi bolalarda ham qisqa muddatli umumiy anesteziya oʻtkaziladi. 12-15 yoshli bemorlar odatda narkozsiz tekshiriladi.

Kolonoskopiyaning usullari orasida eng afzali rotatsiya boʻlib, u kolonoskopni oldga aylanma harakatlar bilan yoʻnaltirish, shu bilan birga ichak burmalarini tekshirish vaqtida ichak qovuzloklari haddan tashqari kengayib ketmasligi uchun qorin old devori orqali bosishdan iboratdir. Bu usul bilan 98-99 foiz hollarda koʻrichak gumbazigacha tekshirish mumkin (G.M.Gershman).

Tekshirish vaqtida bola chalqancha yoki chap yonida yotishi lozim, muolaja jarayonida holatni oʻzgartirishga ham toʻgʻri keladi. Vazelin yogʻi surtilgan fibroskop nayini ehtiyotlik bilan orqa chiqaruv teshigiga tiqib, anusdan oʻtgandan soʻng tekshiruv boshlanadi. Muolaja mobaynida shifokor yordamchisi qorin old devori orqali harakatlanayotgan yorugʻlikka qarab nay uchi joylashgan oʻrinni nazorat qilib turadi. Ichakni haddan tashqari damlash ichak burtmalari koʻruvini qiyinlashtiradi.

Oʻzgarmagan sigmasimon ichakka havo kiritilganda osongina yozilib ketadigan boʻylama hamda yarim oysimon baland, koʻndalang burmalar aniqlanadi. CHambar ichakning koʻtariluvchi qismiga yaqinlashgan sari burmalar balandlashib aylana shaklga ega boʻladi. Sigmasimon ichakdan chamber ichakning tushuvchi qismiga oʻtish joyida murakkab 2 ta boʻgʻimli boʻlib, ulardan oʻtish muolajaning eng murakkab va maʼsuliyatli qismi hisoblanadi. Ichak boʻshligʻi shaklining va burmalarning oʻzgarishi bu muhim sohadan chamber ichak boʻshligʻi chetlari yumaloqlashgan uchburchak boʻlib, burmalari aylana shaklda boʻladi.

CHambar ichakning taloq burchagi xaltasimon boʻlib, chiqish qismi koʻndalang burmalar bilan yopilgan. Fibroskop uchi bilan ichak chetlari

surilganda ko'ndalang chamber ichakning uchburchak shaklidagi bo'shlig'i ochiladi.

CHambar ichakning o'ng burchagiga taqalib turgan jigar hisobiga shilliq qavat ko'kimtir bo'lib ko'rinadi. Ko'tariluvchi ichak diametri ko'ndalang ichakka nisbatan kattaroq bo'lib qiyinchiliksiz o'tadi. Ko'richak gumbazida chugalchangsimon o'simtaning chetlari ko'tarilgan voronka shaklidagi kirish teshigi ko'rinadi. Kuruv maydonining chap qismida labsimon yoki tirqishsimon Baugin to'sig'i kurinib turadi. Ko'tariluvchi ichakka qaraganda Baugin to'sig'i va atrofi shilliq qavatlarining rangi to'qroq bo'ladi. Agar fibrokolonoskopiya to'g'ri o'tkazilsa hech qanday qiyinchiliksiz yonbosh ichakka o'tib, oxirgi qismidan 15-30 sm lik ichakni ko'rikdan o'tkazsa bo'ladi. Xuddi rektoromanoskopiyadagidek shilliq qavatni mufassal o'rganish kolonoskop nayini chiqarish vaqtida amalga oshiriladi.

1.9. XIRURGIK BIOPSIYA

Yo'g'on ichakning tug'ma aganglioziga tashxis qo'yish va uni differensiyalashda ichak devoridan biopsiya olish usulini birinchi marta O.Swenson taklif qilgan va amalda qo'llagan. Ichak devoridan biopsiya olishdan asosiy sabab Girshprung kasalligiga gumon qilinish va konservativ davoning befovdaligidir. Biopsiyaga olingan to'qimani tekshirishdan maqsad, ko'ndalang va bog'lama mushak tolalari orasidan Auerbax chigallarini hosil qiluvchi nerv hujayralarini izlab topishdir. Tekshirilgan to'qima tarkibida nerv hujayralarining yo'qligi, rentgenologik tekshirishlar ma'lumoti qanaqaligiga qaramasdan tug'ma aganglioz tashxisini qo'yishga imkon beradi. Xuddi shu to'qimadan atsetil xolinesteraza (AXO) faolligini ham aniqlash mumkin.

Tekshirishga tayyorlash. Tekshirishdan bir kun avval kechasi kasalga sifonli, ertalab esa tozalovchi huqna qilinib ichak tozalanadi. To'g'ri ichak devoridan biopsiya olish qisqa muddatli umumiy og'riqsizlantirish ostida o'tkaziladi. Bola xuddi oraliq tosh olish operatsiyasidagi kabi holatda bo'ladi. Barmoq yod nastoykasi yoki spirt bilan artib sterillanadi va orqa chiqaruv teshigi kengaytirilib to'g'ri ichak oynasi kiritiladi. Ichak tutilishiga antiseptik eritma bilan xo'llangan dokali tiqin kiritilib ichak aralashmalari tushishining oldi olinadi. SHilliq qavatdan biopsiya olish uchun mo'ljallangan qismdan ikkita ip o'tkazilib pastga tortiladi. Anal nayidan 4—5 sm yuqorida orqa yuza bo'ylab shilliq qavat 2,5—3 sm uzunlikda kesiladi, shilliq qavat o'tmas usul bilan mushakdan ajratilib, o'tkazilgan iplar vositasida chetlari uzoqlashtiriladi.

Qaychi bilan mushakning bir qismi ajratilib 2x1 sm maydonda bo‘ylama va aylana mushak tolalaridan biopsiya olinadi.

Biopsiyaga mushakning ikkala qavatidan o‘ta olinishi lozim. Muolajadan so‘ng mushak qavati kemtigi ingichka kapron ip bilan, shilliq qavat esa ketgut bilan tikiladi. Olingan to‘qima neytral formalinda qotirilib, laboratoriyaga yuboriladi. Tayyorlangan kesimning barchasi tekshirilishi lozim, chunki hamma qavatni to‘la tekshirishgina patologiyaning aniq ifodasini beradi (YU.F.Isakov). Bioptatning qay darajada balanddan olinganligi (hamma vaqt ichki sfinkterdan yuqori bo‘lishi kerak) va etarli miqdorda bo‘lishi tashxisga aniqlik kiritadi. Muolajaning hamma qonun-qoidalarga asoslangan holda o‘tkazilishi kasallikning asoratsiz kechishining asosiy omilidir.

2. KOLOSTOMIYA

Ahlatni muntazam yoki vaqtincha chiqarib turish uchun mo‘ljallangan, yo‘g‘on ichakning biror qismida xirurgik yo‘li bilan hosil qilingan sun‘iy orqa chiqaruv teshigi kolostoma deb ataladi. Bu vaqtinchalik davo maqsadida yaratilgan sun‘iy oqma bo‘lib, kasallik natijasida paydo bo‘lgan asoratlarda, jumladan: appendikulyar peritonit, ichak invaginatsiyasi, ichak jarohatlanishlarida hayotiy ko‘rsatma tariqasida qo‘llaniladi.

Joylashgan o‘rni va xilidan qat’iy nazar kolostomiya qo‘yishdan 2 ta maksad ko‘zlanadi: a) ichak tutilishini vaqtinchalik yo‘qotish; b) yo‘g‘on ichakning pastki qismidan ahlat chiqishini yo‘lga qo‘yish. Operatsiyaning bu turi bolalar proktologiyasida vaqtinchalik chora sifatida keng qo‘llaniladi.

Xirurgiya amaliyotida kolostomiya xususida qarama-qarshi fikrlar mavjud. Ikkala tuguncha ostida yo‘g‘on ichakni ochish va uni tashqi olam bilan tutashtirish ma’nosi tushuniladi. «Kolostomiya» so‘zi yo‘g‘on ichak bo‘g‘imlarining birida sun‘iy orqa chiqaruv yo‘li shakllantirish xirurgik muolajasini ifoda qilib, u ahlatni vaqtincha yoki doimo chiqarib turishni anglatadi. «Kolostoma» deganda tashqariga ahlat massasining bir qismi tushadigan yo‘g‘on ichak teshigi tushuniladi, ayni vaqtda ahlatning kolgan qismi ilgarigi kabi yo‘g‘on ichakning quyida joylashgan bo‘limlariga tushadi. Bunga qarama-qarshi ravishda g‘ayritabiiy orqa chiqaruv yo‘li ichakning ichidagi hamma ahlat massasini tashqariga chiqaradigan oqmadir. Kolostomiya yo‘g‘on ichakning har qanday harakatchan qismiga qo‘yilishi mumkin va joyiga qarab sekostomiya, transverzostomiya, sigmostomiya deb nomlanadi.

Kolostomiya quyidagi talablarga javob berishi lozim;

— operatsiyaning oson usul bilan tezroq bajarishini ta’minlash;

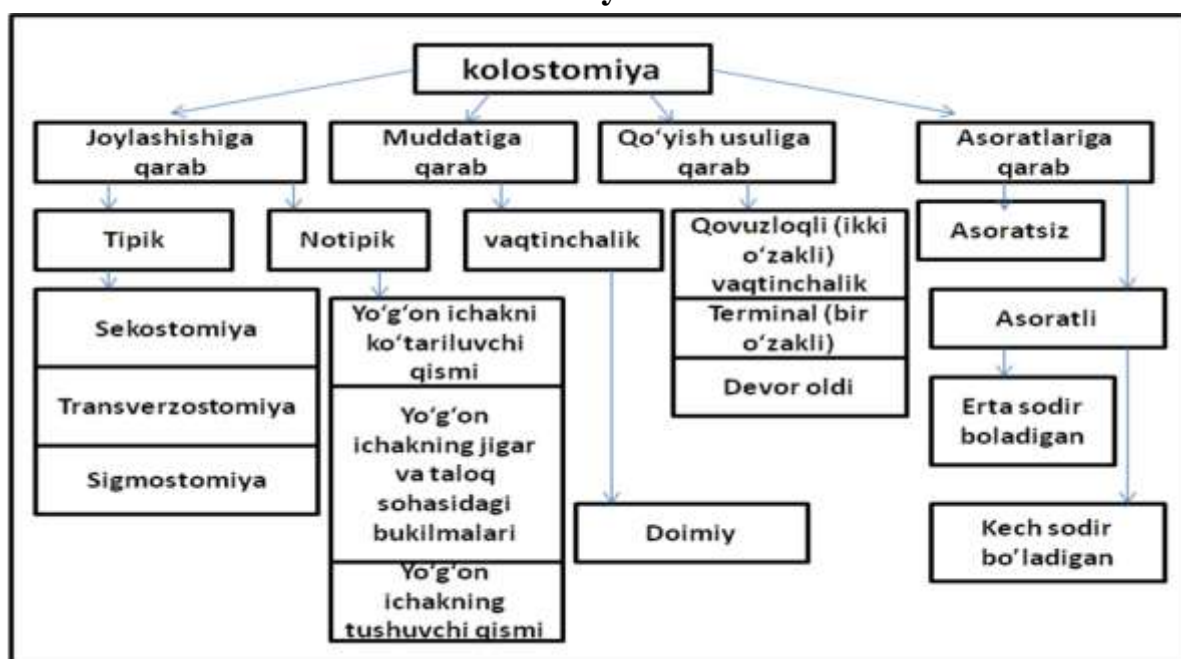
—kolostoma qo'yish va bekitish bosqichlarining ketma-ketligiga asoratsiz erishish;

—ichak distal bo'limiga ahlat tushib ifloslanishdan maksimal darajada saqlanish;

—kolostomani bekitishda xavfsizlik choralari va radikalikka erishish kabi muxim talablar bajarilishi lozim.

Bolalarga doimiy kolostoma qo'yish mumkin emas, biroq og'ir hollarda juda kamdan-kam qo'llaniladi. Bolalarda kolostomaning vaqtinchalik va qisqa muddatli ekanligini hisobga olib, uning eng oddiy turlari: qovuzloqli, terminal va devorga qo'yilgan turlari ishlatiladi. Bunday taqsimlash ichakni meyorida ishlashini kolostomani shakllantirish texnikasi, shuningdek tiklovchi operatsiya usulini tanlashga olib keladi. Kolostomiyani ko'p sonli texnik variantlari va usullari ishlab chikilgan. Xozirda uning yuzga yaqin usullari va shakl o'zgarishlari mavjud. Bu usullarning ko'pligi ularni klinik jihatdan tartibga solish zaruratini keltirib chiqarmoqda. SHularni hisobga olib bolalarda qo'yiladigan suniy yo'g'on ichak oqmalarini boshqa mualliflar tasniflariga asoslangan holda stoma, ish tasnifini sxematik tarzda ilova kilinadi (Hamraev A.J., 1993) (1-sxema).

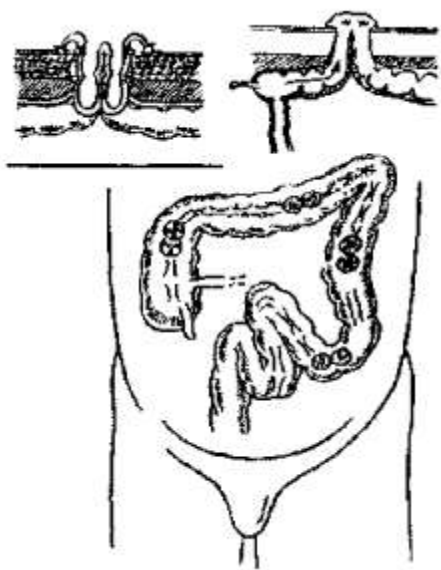
Kolostomiya tasnifi



Qovuzloqli kolostoma qorin oldingi devori jarohatidan chiqarilgan, tirkakka mahkamlangan chamber ichak qovuzloqdan iborat. U chiqarilgan ichak tutqichidagi darcha orqali olib egiladi va qorin pardasiga va teriga tikib qo'yiladi. Bunda ichakning chiqaruvchi tizzasiga ahlat tushishiga to'sqinlik qiluvchi to'siq hosil qilinib, ichakning orqa devori qirqilmaydi, bunday stoma yo'g'on

ichakda, aksariyat sigmasimon yoki ko'ndalang chamber ichakning uzun tutqich bo'lgan joylariga qo'yilishi mumkin.

Sun'iy orqa chiqaruv yo'li hosil qilish usuli. Buning uchun qorin devori mo'ljallangan joyidan kesiladi. Qorin bo'shlig'i ochilib, so'ng qorin pardasi Mikulich qisqichlari bilan tutiladi. Kerakli yo'g'on ichak qismi tizza qilib chiqariladi. Agar yo'g'on ichakning o'ng yarmiga va ko'ndalang chamber ichakka sun'iy orqa chiqaruv yo'li qo'yish lozim bo'lsa ichak odatda tumtoq yo'l, ya'ni tupfer va barmoqlar bilan to'g'rilanadi. Bunda ichak tizzasi chuqqi sohasidan, tomirlar bo'lmagan joyda ichak tutqichi teshiladi va ingichka dokali yupqa tutqich o'tkaziladi (5- rasm).



5- rasm Sun'iy orqa chiqaruv yo'li qo'yish joylari.

Natijada T -hosil qilingan ichak qovuzloqlari, ya'ni ikkala ichak bir-biriga tutqich chekkasiga yaqin joyda seroz-mushak kapron choklar bilan tizzasi uzunligi 8—10 sm dan kam bo'magan holda tiqiladi.

Oldingi qorin devorlari, mushaklari pardasi aponevrozga qisilib qolmaydigan ichak qovuzlokini teri yuzasiga 2—3 sm chiqariladi va qorin pardasiga shu choklar

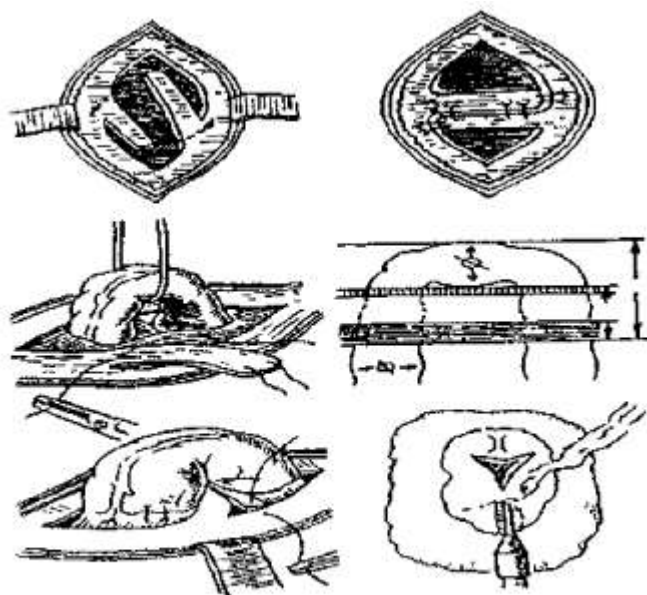
bilan mahkamlanadi. Agar qorin devorining kesmasi katta bo'lsa u qavatma-qavat qilib tiqiladi, teridagi choklar yo'lga parda hosil keladigan dori suyuqlik ko'p miqdorda surtiladi. Chiqarilgan ichak uzunasiga kesilib ichak ochildi. Ahlat chiqib bo'lgandan keyin kesma chetlari teriga tugunli kapron choklar bilan kesmadan 7—10 mm qoldirilib tikiladi.

Sun'iy orqa chiqaruv yo'li hosil qilish operatsiyasining bu turi yillar davomida shifokorlar tomonidan o'zgartirilgan va takomillashtirilgan. Go'daklik yoshiga mos bo'lgan ko'p qo'llaniladigan operatsiyaning bir necha turlarini keltiramiz.

Girdaladze usuli. Bunda sun'iy orqa chiqaruv yo'li hosil qilish operatsiyasining usuli bir xil, biroq qorin tashqi qiyshiq mushagining ikkita tor mushak aponevrotik laxtaklarda to'siqlik shakllantiriladi, ular ichak qovuzlogi ostidan perpendikulyar o'tkaziladi va aponevrozning karama-qarshi sohasiga tikib qo'yiladi. Bu usuli bo'yicha taklif qilingan to'siklar ajratilgan segmentni ahlat

massalari tushishidan to'liq himoya qila olmaydi. SHuning uchun G.A .Bairov, A .S .S ulaymonov va boshqalar (1968) g'ayritabiiy orqa chiqaruv yo'lini birmuncha o'zgartirilgan variantda hosil qilishni tavsiya etadilar. Bu Girdaladze usulining (LPMI) modifikatsiyasi deb ataladi.

Girdaladze usulining modifikatsiyasi. Qorinning tashqi qiyshiq mushagining uchdan bir pastki qismi sohasi ustida o'ng tomonidan 5-6 sm keladigan kesma qilinadi. Aponevroz ochilgandan keyin ikkita muqobil laxtak qirqilib keyin ular ko'ndalang yotqiziladi (chiqarilgan ichakni fiksatsiya qilish uchun). Laxtak uchlari tutqichlar bilan tikiladi. So'ngra qorin pardasi ochiladi, ko'tariluvchi ichakning o'rta bo'limi chiqariladi. Ichakka yaqin tutqichda aponevroz laxtaklarini o'tkazish uchun darcha ochiladi, o'ngga tutqich kiritiladi, cho'ziladi va qorin pardasiga tikib qo'yiladi. Tutqich cheti jarohat sathida joylashishi lozim. So'ngra ichak tutqichdaga oqma orqali hosil bo'lgan mukobil laxtaklar o'tkaziladi, ular o'zaro bir necha choklar bilan aponevrozdagi ichak chetlariga tiqiladi. Ichakni qatlam-qatlam qilib qorin mushaklari, aponevroz va teriga mahkamlanadi. Ichakni elektr pichoq bilan ichak chizig'i bo'ylab uzunasiga kesib, ichak ochiladi (6-rasm). Bu usulning kamchiligi



aponevroz tezda cho'kib qovuzlokli kolostoma devor oldi ichak oqmasiga aylanadi.

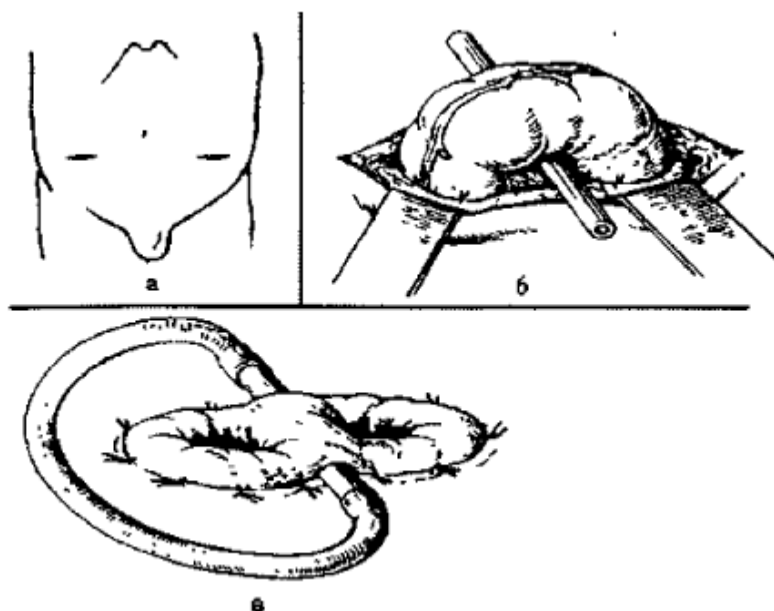
5-rasm. Girdaladze usulining LMPI bo'yicha takomillashtirilgan shakli.

Maydl usuli bo'yicha qovuzloqli kolostomiya. Buni hosil

qilish osonligi va qulayligi tufayli tajribada ko'p qo'llaniladi. Biroq uni hosil qilishda va bekitishda anchagina asoratlar ro'y berib turadi. Operatsiya usuli quyidagicha bo'lib, bunda oldingi qorin devori sohalari qavatma-qavat ochiladi. Parietal qorin pardasi safarbar qilinadi va teri jarohatiga tiqiladi, qorin bo'shlig'idan sigmasimon yoki ko'ndalang chambar ichak qovuzloklari chiqariladi, Parietal qorinpardasiga avval seroz-mushak qavat kapron choklar bilan tiqiladi va keyin ular orasiga 4-5 mm masofada qo'shimcha choklar

qo'yiladi. Ichak chizigi bo'yicha kesib ochiladi, jarohat chetlari teriga tugunli kapron choklar bilan tikiladi, Oqma atrofidagi teriga, tushgan ahlat suyuqligini teriga tasir qilishi va yallig'lanishni oldini olish maqsadida, indifferent pasta yoki himoya parda hosil qiluvchi suyuqlik modda yoki malham bilan qoplanadi. Kolostomaning bu usuli qo'yishga kulay bo'lsada, bekitishda texnik nuqtai nazardan olganda, muayyan qiyinchiliklarga sabab bo'ladi. Bundan tashqari, bu usulda yaratilgan sun'iy yo'g'on ichak oqmasi keyinchalik har xil ko'p sonli asoratlar ro'y berishiga olib keladi va bu asoratlar kolostomani yopishda yana o'ziga xos texnik qiyinchiliklarga sabab bo'ladi. Ushbu kamchiliklarni bartaraf qilish maqsadida takomillashtirilgan Maydl usuli taklif qilingan. Ushbu usulning klassik usuldan farqi shundaki, qorin devorining hamma qatlamlari ichakka qavatma-qavat qilib tiqiladi, bu holat ahlat va mikrobn qorin bo'shlig'iga tushishiga qarshi ko'p qatlamli to'siq vujudga keltiradi.

Takomillashtirilgan Maydl usulining texnikasi. Sun'iy oqma hosil qilish uchun lozim bo'lgan qorin devori sohasiga kichkina qilib teri kesilib qorin bo'shlig'i qavatma-qavat qilib ochiladi. Jarohat orqali chambar ichakning tegishli bo'limi qovuzloqsimon qilib chiqariladi va ichak tutqichdan ochilib, ichakni erkin holatda fiksatsiya qilish uchun shisha naycha o'tkaziladi (6- rasm). Naycha ostiga, ichak tirsaklari orasida ikkala tomondan seroz choklar solinadi. «Ikki stvolli» ichakni seroz kapron choklar bilan qorin pardasiga, mushaklarga, aponevrozga va teriga qavatma-qavat qilib fiksatsiya qilinadi. SHisha naycha gardish ko'rinishida



6-rasm. Maydl usulining takomillashtirilgan shakli.

rezina naycha bilan mahkamlanadi, operatsiya tugallangandan keyin chiqarilgan ichakka Vishnevskiy malhami shimdirilgan steril doka yopib qo'yiladi.

To'qimalar yumshab yopishgandan keyin 20-24 soatgacha ochiladi. Agar og'ir

ahvoldagi bemor ichakni zudlik bilan bo'shatishi zarur bo'lsa, ichak muddatdan ilgari ochiladi. Kasma ichak aylanmasining 2/3 qismidan taxminan 45° burchak ostida qiyshiq yo'nalishda skalpel yoki qaychi bilan ochiladi. Ma'lum vaqt o'tgach ichak devori teri bilan qo'shib bitadi. Qovuzloq kiritib qo'yilgan naycha 13-15 kundan keyin olib tashlanadi. Bu muddat ichida kolostoma qorin devori to'qimalari bilan mahkam birikib, to'liq bitadi va qorin bo'shlig'i tomoniga chiqib qolmaydi.

Ba'zan shoshilinch hollarda ichak dekompressiyasi lozim bo'lib qolsa, operatsiya mobaynida ichak devori teshilib, rezina naycha orqali intubatsiya qilinadi va kiset chok bilan mahkamlanadi. Bir sutka o'tgach naycha chiqariladi va ichakdagi jarohat kengaytiriladi. Bu esa kolostoma yopilganda ichakni teridan, aponevrozdan, mushaklardan osonlikcha qavatma-qavat qilib ajratish va uni qorin pardasi tashqarisida anastomoz qilib bekitish uchun imkoniyat yaratadi.

So'nggi paytlarda kolostomiyaning ayrim turlari va usullaridan maqsadsiz ravishda keng foydalanish va proktologik xizmatning rivojlanishi, shuningdeq urgent xirurgiyasida ko'pincha malakasiz xirurglar tomonidan qo'llanilishi natijasida ayrim texnik va taktik xatoliklar kuzatilmokda. CHunonchi qovuzlokdi kolostoma qo'yishda to'siq paydo qilish texnikasi bilan bog'liq xatoliklar ko'p uchraydi. Bu xatoliklar joylardagi xirurglarning operatsiyaning ayrim texnik usullarining chuqur bilmasligi, ichak devoriga etarlicha mahkamlay olmaslik hamda sterjenni erta olib tashlash sabab bo'ladi. Bunday stomada to'siq retraksiyasi yuz berib, oqma devor oldi kolostomasiga aylanadi.

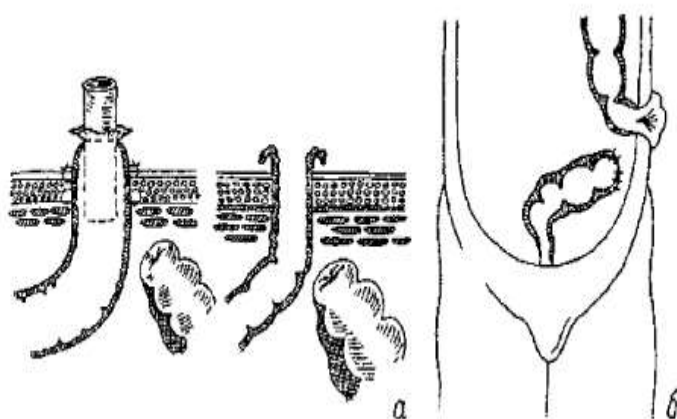
Bir o'zakli (terminal) kolostoma ichak qovuzlogini batamom kesib va uning proksimal uchini qorinning oldingi devoriga chiqarish yo'li bilan hosil qilinadi. U saraton kasalligi tufayli to'g'ri ichak ekstirpatsiya qilingandan keyin yakunlovchi bosqich sifatida yoki yo'g'on ichakning turli xil kasalliklarida va shikastlarida rekonstruktiv tiklovchi operatsiyaning bosqichlaridan biri sifatida qo'llaniladi. Bunday usulda chambar ichakning istalgan segmenti qorin devoriga chiqariladi va yo'g'on ichakning qaysi qismi zararlanganiga ko'ra bir o'zakli kolostoma shakll antiriladi.

Hozirda ko'pchilik xirurglar bir o'zakli kolostomani afzal ko'rmoqdalar, chunki bunday oqmalar birlamchi tez bitishiga va bu o'z navbatida kolostomaning «etilish» jarayonini tezlashtirishga olib keladi. Uning yana afzalligi, ichak xosilalarining pastki ichak segmentiga tushmasligini va uning to'lik sanatsiya qilishni ta'minlaydi.

Terminal kolostomaning kamchiliklari: yo'g'on ichakning uzluksizligini tiklashda, ichak segmentini joylashishi va qon ta'minoti jihatidan yangi

sharoitlarga safarbar etish va joyini o'zgartirish bemorda plastik tiklovchi rekonstruktiv operatsiya o'tkazishga majbur qiladi, ichakning olib keluvchi va olib ketuvchi qovuzloklarining diametriga mos kelmasligi kolostomani bekittirishda bir oz texnik qiyinchiliklarni vujudga keltirishi va juda og'ir holatlarda peritonitga olib kelishi mumkin.

Terminal kolostomiya qo'yish texnikasi. Ichak chiqarish mo'ljallangan joylarda qorin devorining yonbosh yoki o'rta chizik sohalarida, ko'ndalang chambar ichakka sun'iy oqma qo'yishda kichik kesimlar qilinadi (7- rasm). Kesimning uzunligi odatda chiqariladigan ichak diametriga mos kelishi



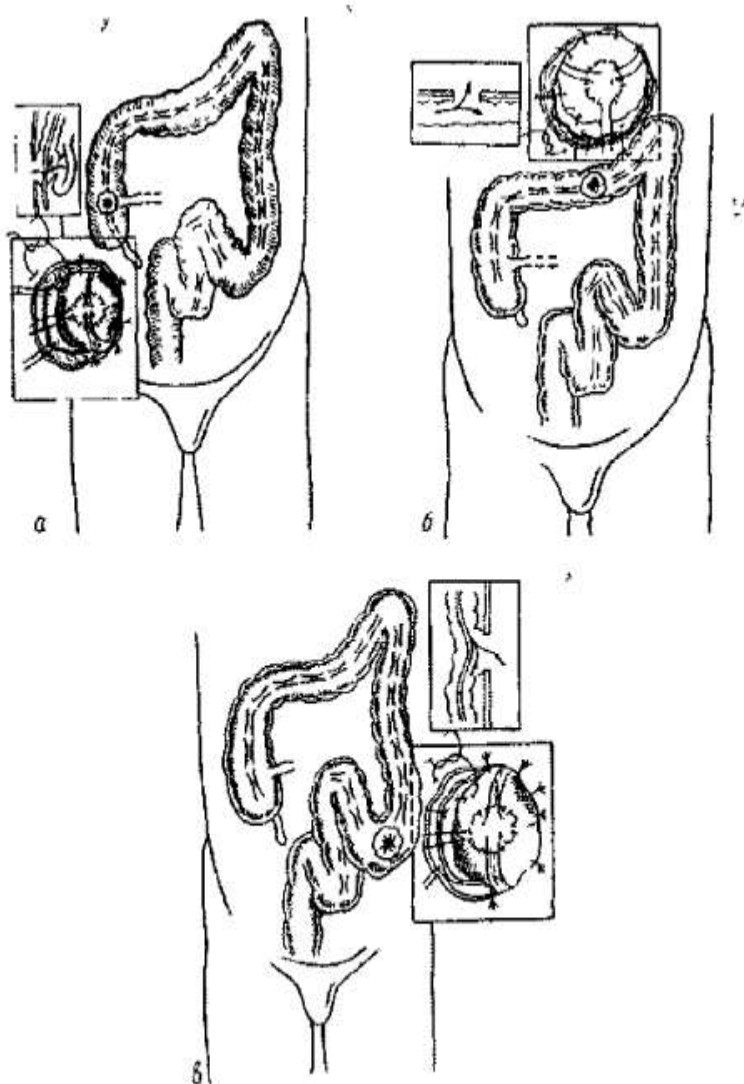
7-rasm. Terminal kolostoma qo'yish usuli.

kerak. Avvaliga provizor choklar bilan bir vaqtning o'zida qorin pardasi, mushaklar va aponevrozning jarohat cheti tikiladi. Bu ichakning jarohatdan

chiqarilishini va uni keyinchalik fiksatsiya qilishni osonlashtiradi, ichak qovuzlog'i safarbar qilinib qirqiladi. Keyin ketuvchi ichak qismi qo'shimcha tugunli seroz-mushakli choklar bilan tiqilib, tumtoq uchi qorin bo'shlig'iga tushiriladi. Ichakning olib keluvchi qismi 1,5—2 sm masofada qavatma-qavat seroz-mushakli choklar bilan terigacha tikiladi. Keyin qorindan tashqariga chiqarib qo'yilgan ichak oxiriga kiset qo'yilib, ichak bo'shlig'iga diametri 1—1,5 sm bo'lgan yumshoq naycha kiritiladi va kiset chok naychaga mahkam bog'lab qo'yiladi. 5—7- kunga kelib, kiset chok chizig'i sohasidan chiqarilgan ichakning ortiqchasi nekrozlanib tushib va sun'iy terminal oqma shakllana boshlaydi. 10—12- kunga kelib ichakning seroz-mushak qavati asta-sekin qisqarib, shilliq parda o'z-o'zidan ag'darilib labsimon oqma hosil bo'ladi.

Devor oldi kolostomasi. Bunda ichak teshigi chetlari oldingi qorin devori jarohati chetlariga labsimon oqma shakllantirish yo'li bo'yicha tikiladi. U yo'g'on ichak devorining biror joyida nekroz yoki teshilish bo'lganda, shuningdek shoshilinch hollarda bolaning ahvoli og'irlashib, qorin katastrofasida birlamchi rezeksiya o'tkazishga imkoniyat bo'lmagan og'ip hollarda, bemorning hayotini

saqlab qolish uchun poliativ birlamchi muolaja sifatida qo'llaniladi. Bunda devor oldi kolostomasi qorin bo'shlig'i tashqarisiga chiqariladi.



8-rasm. Devor oldi A-sekostoma, B-transverzostomiya, V-sigmastoma

Devor oldi, sekostoma, transverzostoma va sigmostomiya usuli. Bunda qorinning o'ng chanoq sohasi appendikulyar kesim bilan qavatma-qavat ochilib, ko'richak gumbazi jarohatga chiqariladi. 2 sm yuzaga kiset chok solinadi, ko'richakni qorin bo'shlig'idan chiqarilib, sero-seroz choklar bilan parietal qorin pardasiga doirasimon qilib tikiladi va sekopeksiya operatsiyasi amalga

oshiriladi (8- rasm). Ko'ndalang chambar (8-rasm) va sigmasimon (8- rasm) ichaklardan ham ana shunday operatsiya o'tkaziladi. Ichak suyuqligi qorin devori qatlamlari orasiga tushib qolmasligi uchun xuddi shu iplar bilan teri jarohatining chetlari tikiladi. Agar ko'richakni zudlik bilan ochish talab etilmasa, uning atrofida salfetkalaridan xalqa qilinib, unga bog'lam qo'yiladi va 1 kun o'tgach ichak ochiladi.

Bunday oqma ichak to'lish alomatlarini qisqa muddatga to'xtata olsada, kolostoma talablariga to'liq javob bera olmaydi, bunday kolostoma qisqa muddatda o'z vazifasini yo'qotib tez bitib qolish yoki evaginatsiya kabi asoratlar ko'p bo'lishi sababli, devor oldi kolostomasi bolalarda yo'g'on ichakka sun'iy oqma qo'yishda birdan bir usul bo'la olmaydi.

2.1. KOLOSTOMIYAGA KO'RSATMALAR

Yo'g'on ichak va anorektal sohasi rivojlanishning tug'ma nuqsonlar va shikastlarini davolashda bolalarda kolostomiyaning o'rni va ahamiyati juda katta. Vaqtinchalik kolostomiya yosh bolalar proktologiyasida muhim ahamiyatga ega va aksariyat davolash natijalarini belgilab beradi. Ba'zan bolalar xirurglarining amaliy faoliyatida kolostomiyaning o'rniga etarlicha baho bermaslik holatlarini taassuf bilan tasdiqlashga to'g'ri keladi va aksariyat xollarda undan to'g'ri, oqilona foydalanilmaydi. Bunga odatda ota-onalarning bolada «ichakni» yonboshidan chiqarishga qarshilik ko'rsatishlari va xirurgning kichik polliativ operatsiya bilan chegaralanib «o'z obro'sini» yo'qotib qo'yishdan qo'rqishi sabab bo'ladi. Biroq tajribalar shuni ko'rsatadiki, bunday noo'rin asossiz holatlar ustun kelmaganida bemor birmuncha qulay sharoitlarga ega bo'lishiga va eng muhimi davolashning uzoq funksional natijalarini yaxshi bo'lishiga olib keladi.

Orqa chiqaruv yo'li atreziyasi va to'g'ri ichakning oqmasiz anorektal anomaliyalari, pastki ichak tutilish holatlari, shoshilinch kolostoma qo'yishga ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Orqa chiqaruv yo'li va to'g'ri ichakning atreziyasiga va birlamchi radikal operatsiyadan keyingi retsidiv holatlarda, oraliq va qorin-oraliq proktoplastikasining har xil turlarida operatsiyadan oldingi tayyorgarlik maqsadida kolostoma rejali tartibda qo'yiladi. Kolostomoni o'z vaqtida qo'yish siydik ajratish sistemasi tomonidan og'ir yallig'lanish jarayoni (pielonefrit pielotsistit, sistit) rivojlanish ining oldini olish, shuningdek yo'g'on ichakni ahlat massalaridan kolostoma orqali sifon huqnalar yordamida mexanik tozalash imkoniyatini vujudga keltiradi. Anorektal nuqsonlarni birlamchi korreksiya qilishda keyin 60 foiz xollarda asorat kuzatiladi (A.I, Lyonyushkin, 1978), aksariyat yiringli yallig'lanish asoratlari paydo bo'ladi (ND.Qush va b., G.A. Bairov, A.S.Sulaymonov, 1983). Ilk radikal operatsiyalarning muvaffaqiyatsiz chiqishini nazarda tutib, anorektal rivojlanish nuqsonlarida xirurgik birinchi bosqichi sifatida kolostoma qo'yish taklif qilinadi (YUR.Isaqov, 1982; A.J.Hamraev, 1993), Kolostomani rejali qo'yish ichakning zararlangan bo'limlarida funksional osoyishtalik yaratib, ularni ahlat massalari tegishidan saqlaydi, yiringli jarayonining engil kechishini ta'minlaydi, yiringlashgan o'choqlarni tez sanatsiya qilishga yordam beradi va konservativ davolash natijalarini yaxshilaydi. Aks xolda, oldindan kolostoma qo'yilmay radikal operatsiya qo'llanilganda, ayrim bolalarda operatsiyadan keyingi davrda, quyidagi har xil asoratlar kuzatilishi mumkin: operatsiya jarohat va pararektal to'qimasini yiringlashi, ko'p sonli pararektal oqmalar hosil bo'lishi, anastomoz choklari bo'shab ketishi va peritonit rivojlanishi, ichaklararo absesslar paydo bo'lishi

natijasida ingichka ichakda oqma hosil bo'lishi shular qatoriga kiradi. SHunday sharoitda bunday bemorlarga kolostomani o'z vaqtida shoshilinch ravishda qo'yish yallig'lanish jarayonini tez tugatish, shuningdeq yiringli o'choqlarning sanatsiya qilishga imkon beradi.

Girshprung kasalligi bilan og'rikan bemorlarga shoshilinch kolostoma qo'yishga ko'rsatmalar quyidagicha bo'ladi: kasallikning total va subtotal turlarida dekompensatsiya kechishi va ahlatdan og'ir zaharlanish, ichakning mexanik tutilishi va radikal operatsiyadan keyingi hayotiy xavf tug'diruvchi asoratlar (Dyuamel operatsiyasida anastomoz choklarning sutilib ketishi) bilan kechadigan peritonit, pararektal to'qimaning yiringli yallig'lanishi, orqa chiqaruv yo'li stenozini vujudga kelishi, Svenson operatsiyasida anastomoz choklari ajralib chiqishi bilan birga peritonit, kichik chanoq flegmonasi, to'g'ri ichak stenozini hosil bo'lishi; Saove operatsiyasida g'iloqlararo abscess, chiqarilgan ichak chultog'i nekrozi, havo va ich kelishining qiyinlashuvi; Rebayn operatsiyasida anastomoz choklarining qisman sutilib ketishi, kichik chanoq abscessi va qovuq infiltrati) sabab bo'lishi mumkin. Bunday xollarda kolostoma, yo'g'on ichakning zararlangan bo'limlariga ahlat kelishini) o'z vaqtida to'xtatishda, maxalliy yiringli jarayonni cheklash va uni bartaraf etishda, peritonit rivojlanishining oldini olishda, bemorni og'ir axvoldan qutqarishda va bemorni rekonstruktiv hamda korreksiyalovchi operatsiyalar uchun tayyorlashga shart-sharoit yaratadi.

Girshprung kasalligini xirurgik davolashning birinchi bosqichi sifatida kolostoma qo'yishga rejalik ko'rsatmalarga: yo'g'on ichak aganglionar usti sohasida birmuncha dilatatsiya bo'lib, megakolon sindromi bilan birga kelishi, yo'g'on ichakning kengaygan qismi bilan uning distal bo'limi o'lchamlarining mos kelmasligi sababli birlamchi operatsiyani bajarish uchun muayyan qiyinchiliklar, to'g'ri ichakning sfinkter apparata oraliq soha va yo'g'on ichakning distal qismining chandiqli ko'p o'zgarishlari sharoitida operatsiya o'tkazishni g'oyat qiyinligi va mahalliy yallig'lanish jarayoni borligi kiradi.

Bolalarda anorektal sohadagi jarohatli shikastlanishlarida (six kirish, nomusga tegish, o'q otadigan quroldan yaralanish) ham vaqtinchalik shoshilinch sigmostoma qo'yish talab qilinadi. Bularga oraliq va to'g'ri ichakning yirtilishi, bachadon bo'yinining yiringlab qorin pardasi parietal varavshing zararlanishi, chap dumba sohasining teshib kirgan yaralanishda to'g'ri ichak tashqi sfinkterining to'liq shikastlanishi, qorin bo'shlig'ining ochiq va yopiq jarohatlari, oraliq va chanoq a'zolari sohasining shikastlanishi va to'g'ri ichak va sigmasimon ichak shilliq pardasining kimyoviy kuyishi hisoblanadi. Bunda kolostoma, jarohat sohasiga ahlat massalarini tushib ifloslanishining oldini olishga, jarohatlarni

maxalliy xirurgik davolashga, zararlangan organning to'liq funksional tinch holatda bo'lishiga va radikal operatsiya bajarishga imkon yaratadi.

Bundan tashqari, shoshilinch kolostomaga chaqaloq bolalardagi nospetsifik yarali kolit ko'rsatma bo'lib xizmat keladi.

SHunday qilib, bolalarda kolostomiyaga shoshilinch ko'rsatmalar quyidagicha:

— orqa chiqaruv yo'li va to'g'ri ichak yuqori hamda o'rta atreziyasining oqmasiz turlarida;

— kech diagnoz qo'yishi va bola umumiy ahvolidan og'irligi, yo'ldosh og'ip patologiyalar mavjudligi, og'ir ichak parezida;

— bemorlarni radikal davolashda xirurgda tajriba kamligi;

— sifonli huqna bilan korreksiya qilib bo'lmaydigan Girshprung kasalligining dekompensatsiya bosqichida yoshdan kat'iy nazar:

— Girshprung kasalligida radikal operatsiyaga tayyorgarlik davrda sifonli huqnatsan og'ir shok reaksiyasi bo'lgan xollarida;

— rektosigmoid sohaga qo'yilgan anastomoz choklarining bo'sh ekanligi to'g'risida ishonchsizlik bo'lgan takdirda radikal operatsiya bilan parallel ravishda;

— yo'g'on ichakning mexanik kimyoviy va boshqa jarohatlarida;

— Qorin bo'shlig'iga teshib kiradigan jarohatlanishlarda;

— chanoq a'zolari shikastlanib, suyaklarning ochiq va yopiq sinishlarida;

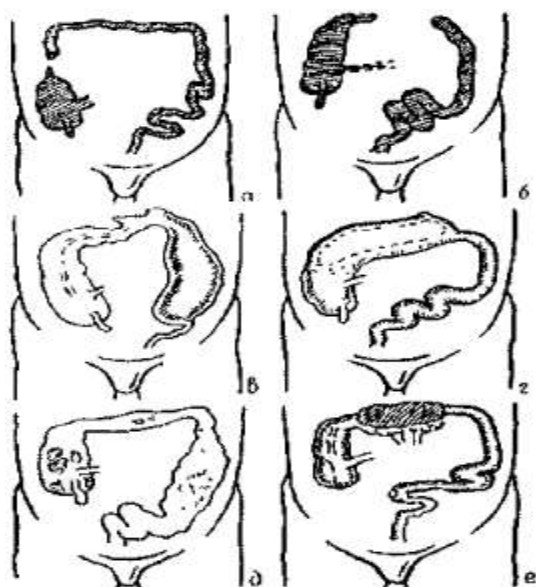
— yo'g'on ichakning o'qdan yaralanishlarida;

— ichak ageneziasidan kelib chiqqan pastki ichak tutilishda (9-a, b rasm);

— konservativ davolash naf bermaydigan yo'g'on ichakning ikkilanishida (9-v, g rasm);

— yarali nekrotik enterokolit yoki peritonitda (9-d rasm);

— ichak tuthich qon aylanishining buzilishida (9-e rasm).



9- rasm. CHaqaloqlarda yo'g'on ichak tug'ma nuqson kasalliklarida kolostomaga shoshilinch ko'rsatmalar.

CHaqaloqlarda kolostomiya qo'yish masalasi alohida tushuntirishni talab etadi. YUzaki qaralganda ularda radikal

operatsiya o'tkazgan afzalroqtuyuladi, chunki jarohat go'dakni og'ir xastalikdan forig' qiladi. Biroq tajriba shuni ko'rsatadiki, radikal operatsiyalar ixtisoslashgan markazlarda malakali kadrlar tomonidan bajarilishi uzoq asoratlarning kamayishi va davo natijalarining yaxshilanishining birdan-bir yo'lidir. Aks holda birlamchi radikal operatsiyani etarlicha bajarmaslik davo uslubini optimal holatini sharoitdan kelib chiqqan holda tanlamasliq anesteziya o'tkazishga va operatsiyadan keyingi parvarish qilishga tegishli sharoitlar bo'lmasligi, bemor bolani umrbod nogiron bo'lib qolishiga olib kelishi mumkin. Buning uchun tutilishi paytidan boshlab shoshilinch kolostoma qo'yishni to'g'ri tanlash bolani ko'p jihatdan nogironligining oldini oliyda asosiy o'rin tutadi.

Bolalarda rejali kolostomiyaga ko'rsatmalar quyidagicha hisoblanadi:

- anorektal atreziyalarning oqmal turlari;
- orqa chiqaruv yo'li va to'g'ri ichakning tug'ma stenoz;
- agar tor oqma teshik orqali ichakning bo'shalishi qiyinlashgan bo'lsa, ichak tutilishi belgilari bo'lgan ahlat to'plamlari (ahlat tosh) vujudga kelsa;
- ichakni sifonli huqna bilan bo'shatish qiyin bo'lgan Girshprung kasalligining subkompensatsiyalangan turlari yoki ahlatdan zaharlanish yuz berishi va og'ir gipotrofiya;
- ichakning distal bo'limida va oraliq sohasida takror qilinadigan, ayniksa sfinkteroplastika bilan bog'liq rekonstruktiv-tiklovchi operatsiyalar lozim bo'lsa.

Kolostoma qo'yish usuli va ichak sohasini tanlash.

Kolostoma qo'yish usulini va uning sohasini to'g'ri tanlash bemor uchun xirurg uchun ham juda muhimdir. Kolostomadan ko'p sonli asoratlar yuz berishi sababli, bemor ayrim hollarda kasallikning o'ziga nisbatan ana shu asoratlaridan ko'proq iztirob chekadi.

Kolostoma qo'yish uchun yo'g'on ichak sohasini tanlash turli kasalliklarda katta ahamiyatga ega va yo'g'on ichak patologiyasining tabiatiga ko'p jihatdan bog'liq bo'ladi.

Girshprung kasallishda kolostoma qo'yish sohasini tanlash aganglionar soha uzunligi bilan belgilanadi. Biroq operatsiya vaqtida soha chegarasini hamma vaqt ham aniqlab bo'lavermaydi. Ba'zan kalta aganglionar sohada sigmasimon ichak o'rtasiga qo'yilgan kolostoma keyinchalik sigmasimon ichakni to'liq rezeksiya qilish zaruratini vujudga keltiradi.

Vaholanki, uchdan bir pastki qismiga qo'yilganda uning qisman saqlanib qolishiga imkon yaratiladi.

Asoratlarda va korreksiya qiladigan takroriy katta operatsiyalarda kolostomani yo'g'on ichakning xohlagan joyiga o'ylamasdan qo'yish holatlari

kuzatiladi. Gap shundaki, bunday bemorda yo'g'on ichakning katta yoki kichikroq sohasida rezeksiya qo'llanilib bo'lingan va bu tadbirni takrorlash imkoniyatlari keskin cheklangan. Bordi-yu buning ustiga ustak ichakning qolgan qismiga noratsional kolostoma qo'yilsa, takroriy operatsiyani umuman qilib bo'lmaydi va statsionar g'ayritabiiy orqa chiqaruv yo'lini vujudga keltirish to'g'risidagi masala ko'ndalang bo'lib kolishi mumkin. SHuning uchun birinchi navbatda takroriy operatsiya zarurati hisobga olinadi, amalda biror holda ham bunday imkoniyat istisno qilinmaydi, ichakni imkon boricha saqlab qolish uchun, ya'ni o'ng tomonlama kolostoma vujudga keltirish zarur bo'ladi.

Anorektal anomaliyalari bo'lgan bemorlarda kolostoma qo'yish sathini tanlash atreziya yoki oqmaning shakli (oqmali, oqmasiz) hisobga olinadi. Ko'pincha bunda chap tomonlama kolostomiyadan foydalaniladi, biroq aksariyat hollarda, vaziyatga qarab, ba'zan oqmani o'ng tomonda ham shakllantiradi. Afsuski, doimo ichakni uzoq vaqtgacha uzib qo'yish natijasida uning involyusiyasini keltirib chiqarishi holatini birinchi darajali deb bo'lmaydi, misol keltiramiz

S, ismli bemor, 2 yoshu 9 oyliq orqa chiqaruv yo'li bilan ich ketmasligiga shikoyatlar bilan bo'limga keltirilgan.

Anamnezidan: orqa chiqaruv yo'li atreziyasi bo'lgan bola, hayotining 2 sutkasida oraliq proktoplastikasi bajarilgan, bu operatsiya jarohatning yiringlashi va choklarning bo'shab ketishi bilan tugagan, keyinchalik yangi vujudga keltirilgan orqa chiqaruv yo'lining chandiqli torayishi va uning to'liq bitib ketishi yuz bergan. SHu sababli bolada 8 oyligida ko'richakka qovuzlokli kolostoma qo'yilgan.

Ob'ektiv tekshirib ko'rilganda bolaning umumiy ahvoli qonikarli. Orqa chiqaruv teshigi o'rnida operatsiyadan keyingi chandiqli alomatlari ko'rinadi, ichak kolostoma orqali bo'shaladi.

Yo'g'on ichakning o'ng tomonidan fistulografiya qilib rentgenologik tekshirilgana keskin kengayib qolgan, ahlat toshi bilan to'lgan distal qismning hamma bo'limlari esa ichakning bir tekis torayganligi aniqlangan.

Bu radikal takroriy operatsiya bajarish uchun muayyan qiyinchiliklarni vujudga keltiradi, chunki huqnalar yordamida ichakni uzoq vaqtgacha «chiniqtirishga» to'g'ri keladi. Ushbu kuzatuvga retrospektiv baho berib, kolostomiya sathini tanlashda qo'pol taktik xatoga yo'l qo'yilmagan bo'lsada, biroq uni chap tomonda keskin kengaygan distal kesma bilan sigmasimon ichak o'rtasidagi chegaraga qo'yish maqsadga muvofiq bo'lishini ishonch bilan aytish mumkin,

Bu holda butun yo‘g‘on ichak ishlab turar edi. Travmatik shikastlardan keyin anorektal sohasidagi deformatsiyalarini tuzatishda ko‘pincha chap tomonlama kolostoma qo‘llaniladi.

Kolostoma qo‘yish joyini tanlash muammosini umumlashtirib quyidagi xulosani chiqarish mumkin. Bu masalani hal kiliqda asosiy kasallik mohiyatini, kolostomaning qancha muddat turishini, keyinchalik bo‘ladigan asosiy radikal operatsiyaning turini va hajmini, birinchi navbatda chamber ichakdan olib tashlash zarurligini albatta hisobga olish kerak. Tabiatan pozitiv ham negativ bo‘lgan bizning kuzatuvlarimiz ahlat oqmasi qo‘yiladigan joyning bir necha usullarini ko‘zda tutadigan uslub ishlab chiqish imkoni beradi. Amaliy xulosalardan va bemor manfaatlaridan kelib chiqib, o‘ng (ko‘richak) va chap (sigmasimon) ichak o‘rtasida tanlov o‘tkazishga to‘g‘ri keladi. Bu ko‘rsatma Girshprung kasalligiga ham, anorektal tug‘ma nuqsonlarga ham, rektoanal sohaning shikastlariga ham taalluqlidir.

Bulardan xulosa chiqarib, bemorni birlamchi va korreksiya qilinadigan takror operatsiyaga muhtojlar guruhiga bo‘lish mumkin.

Orqa chiqaruv teshigi oqmasiz turlari bo‘lgan birlamchi bemorlarda va Girshprung kasalligi distal dekompensatsiyalangan turlarida ko‘krak yoshidagi bemorlar uchun chap terminal kolostomiya optimal usul hisoblanadi. Uning afzalligi shundaki, amalda ichak me‘yorda ishlab turadi, uning ajratib qo‘yilgan qismi esa keyinchalik olib tashlanadi. Bola shunday holagda sog‘lig‘iga putur etmagan holda radikal operatsiya o‘tkazilguncha uzoq vaqt yashayveradi. Keyinchalik terminal sigmostoma asosiy radikal operatsiya vaqtida birgalikda olib tashlanadi.

Katta yoshdagi bolalardagi orqa chiqaruv yo‘li atreziyasining oqmali turlarida, Girshprung kasalligining dekompensatsiya va megokolon ko‘rinishidagi kechishida va korreksiyalovchi takroriy operatsiyani rejalashtirishda o‘ng tomonlama kolostoma qo‘yilgani afzalroq, chunki sigmasimon ichak sohasidagi oqma radikal operatsiyaning bajarilishini qiyinlashtiradi va oqma asseptikaning buzilishi ma’nosida xavflidir; odatda uning mavjudligi tufayli ichakning bir muncha kattaroq qismini olib tashlashga to‘g‘ri keladi.

Takroriy aralashuvlarda bundan keyin ichak olib tashlanadimi yo‘qmi degan mulohazalardan kelib chiqish lozim. Agar kolostomadan keyin rektosigmoidal bo‘limni safarbar qilib olib tashlash bilan bog‘liq operatsiya ko‘zda tutilgan bo‘lsa, yaxshisi uni chap tomonga qo‘yish lozim.

Gap vaqtinchalik kolostomiya xususida borayotgan bo'lsada, ba'zan bajarshshshi zarur bo'lgan doimiy (statsionar) kolostomiya to'g'risida ham eslatib o'tishi zarur. Bu odatda, anorektal anomaliyalarning xirurgik korreksiyasi asoratlar bilan kechayotganda yoki kichik chanoq va chov a'zolari hamda to'qimalari travmatik shikastlangandan keyin bo'ladi. Bundan xirurg, birinchidan - g'ayritabiiy orqa chiqaruv yo'lining qay birini ikki stvollikmi yoki terminal kolostomani qo'yish afzalligini qilib olishi va ikkinchidan - yo'g'on ichakning qolgan funksiyasini imkon boricha saqlab qola oladigan va stoma orqali proksimal bo'limlarining evaginatsiyasini ishonchli ravishda oldini oladigan stoma qo'yish sathini aniq bilib olishi kerak. Bundan tashqari, kolostoma turi va uni qo'yish sathi ko'p jihatdan ahlatdan tutib yurishda qulay bo'lishi va bo'lmasligini belgilab beradi.

Doimiy stomani shakllantirishda terminal kolostomani asosiy tanlov usuli deb tan olish kerak. Bunday stoma qovuzloksimon stomaga nisbatan qator afzalliklarga ega, chunki uning o'lchamlari kichkina va unga ahlatdon bog'lash hamda tanlash oson. Terminal kolostomaning muhim afzalligi shundaki, u yo'g'on ichak distal bo'limlarini ahlat massalari tushishidan to'lik saqlab qoladi, bu qin va to'g'ri ichak to'sig'ida katta nuqsoni bo'lgan rektovaginal oqma qaytalanganda muhim davolash usullarining oraliq bosqichi bo'lib xizmat qiladi. Misol keltiramiz,

A. ismli bemor 6 yoshar, anamnezidan: bola tug'ilganidan boshlab qabziyatdan qiynalib yuradi. 2 yoshida tekshirib ko'rilganda Girshprung kasalligi tashxisi va uning dekompensatsiyasi kechish holati aniqlangan. CHambar ichakning yuqoriga ko'tariluvchi bo'limiga devor oldi kolostomasi qo'yilgan. Operatsiyadan keyingi davrda kolostoma keyinchalik o'z-o'zidan beqilib qolgan. Ahlat chiqishi qiyinlashgandan zaharlanish oshib borganligi sababli 8,5 oy o'tgandan keyin operatsiya aganglionar sohasida o'tkazilgan va sigmasimon ichakning toraygan qismiga kolostoma qo'yish amalga oshirilgan, Biroq kolostoma aganglionar sohaga qo'yilganligi uchun tez orada chandiqli torayishga uchragan, natijada uni rekonstruksiya qilishga to'g'ri kelgan.

Bir yil o'tgach Dyumel usuli bo'yicha operatsiya o'tkazilgan. Operatsiyadan keyingi davr bartaraf etilgan ichakning dag'al chandiqli torayishi rivojlanishi bilan asoratlangan. 6 oy o'tgach to'siqni oraliq sohasi orqali chandiqli kesish Bairov qisqichini qo'yishga urinish operatsiyasi natija bermagan. Ichakning torayishi buj bilan kengaytirishga urinib ko'rilishiga qaramay avj olib borgan. Bolada qattiq qabziyat, qorin shishishi va ahlatli intoksikatsiya yana vujudga kelavergan.

Bemor og'ir ahvolda rejali xirurgiya bo'limiga keltirildi. Rentgenologik tekshiruvda olib tashlangan ichak aganglionar sohasi ekanligi aniqlanadi,

konservativ davolashning yordam bermaganligini hisobga olib, rekonstruktiv operatsiya qilishga urinib ko'rdi. Operatsiya jarayoni vaqtida qorin bo'shlig'ida chandiq bitishma jarayoni borligi aniqlanadi. Yo'g'on ichak distal bo'limini ajratishga texnik jihatdan imkon bo'lmadi, chunki kichik chanoq bo'shlig'i amalda yo'q edi. Terminal kolostomani yo'g'on ichakning pastga tushadigan bo'limiga qo'yib, aganglionar soxani rezeksiya qilish bilan chegaralanib qolishga to'g'ri keldi. Operatsiyadan keyingi davrda ahlatdan zaharlanish belgilari tezda yo'qoladi va bemor ahvoli tiklanganidan keyin uyiga javob berilgan.

Bemor 2-5 oy o'tgach qonikarli ahvolda qaytadan kasalxonaga yotqizildi, Onasining gapiga qaraganda kolostomadan hech qanday shikoyat yo'q: bola ahlatdon bilan yuradi, stoma orqali kuniga 2 marta ichi keladi. Kolostoma tomonidan asoratlari ko'rilmaydi.

Biz yana bir marta yo'g'on ichakni bartaraf etishga urinib ko'rdiq biroq bunga texnik jihatdan imkon bo'lmadi. SHundan keyin bemorga terminal kolostoma qo'yish bilan chegaralandiq xolos.

SHunday qilib vaqtinchalik kolostoma qo'yish usuli va sohasini to'g'ri tanlash, parvarish qilish davrining yaxshi o'tishi radikal operatsiyaning asoratsiz o'tishida muhim rol o'ynaydi. O'tkazilgan kuzatuvlar bolalarda ahlat oqmasi yaratishning katta yomdagi bemordagi kabi murakkab usullarining qo'llanishi maqsadga muvofiq emasligidan dalolat beradi. Maydl bo'yicha takomillashtirishgan qovuzloksimon ikki stvolli va terminal kolostomiyani bolalarda tanlangan usullari deb tan olish lozim. Maydning takomillashtirilgan usuli, klassik usuldan birmuncha afzalliklarga ega bo'lib, asoratlar soni bunda juda kam uchraydi.

Devor oldi kolostomiyasi ichak dekompensatsiyaning ta'minlash uchun shoshilinch chora sifatida qo'llaniladi. Bu kasalning umumiy ahvolini yaxshilash va boshqa kolostomiya turlarini bajarish imkoni bo'lmagan hollardagina qo'yiladi.

Kolostomiya sohasiga kelganda shuni aytish kerakki, bunda masala har bir aniq sharoitda o'ziga xos hal qilinadi. Buning uchun avvalo, bo'lajak radikal operatsiya xajmi va turiga asoslanib ish tutmoq lozim. SHuni hisobga olgan xolda hosil qilingan kolostoma va uni qo'yishning optimal sharoitlarini imkon boricha ta'minlab, qo'shimcha qiyinchiliklar vujudga kelishiga yo'l qo'ymaslik kerak.

2.2. KOLOSTOMANI PARVARISHLASH VA UNING ASORATLARI

Kolostomani parvarishlash tibbiy xodimdan va ota-onadan sabr-toqat va kasal bolaga nisbatan doimo mehribonlik ko'rsatishni talab qiladi. Kolostomani

parvarish qilish bu ahlat kelishini tartibga solish, qorin devorini ahlat massalaridan o'z vaqtida tozalab turish, terining matseratsiya bo'lishiga yo'l qo'ymaslikdan iborat. Buning uchun kasalga operatsiyadan keyin ko'p sonli bog'lamlar qo'yiladi va ularni vaqti-vaqti bilan almashtirib turiladi. Ichakning chaqirilgan sohasi atrofiga 1 —2 foizli yod eritmasi surtiladi va ichak yog'li malham shimdirilgan doka salfetka bilan o'rab qo'yiladi. Ustidan doka salfetkalar qo'yiladi. Ifloslanib qolgan paytda ustidagi bog'lam almashtirilib turiladi. Stoma atrofidagi terining ahlat massalaridan ta'sirlanishidan saqlash maqsadida Lassar pastasi yoki lipofuzol yoki oligozol dorilari bir tekis surtiladi.

Kolostoma to'liq shakllanib bo'lgandan keyin ahlatdonni katta yoshdagi bolalarga qo'yishni tavsiya etish mumkin. Bolalarning ahlatdondan doimo foydalanishini qat'iy chegaralab qo'yamiz, chunki uni uzoq vaqt qo'llash evaginatsiya va perikolostomik churraning vujudga kelishiga sabab bo'ladi. SHuning uchun bolalarda ichakni vaqti-vaqti bilan muntazam irrigatsiya qilib turishni afzal deb bilamiz. Yo'g'on ichakning olib keluvchi va olib ketuvchi qismi kolostomik oqma va tabiiy orqa chiqaruv yo'li orqali gipertonik osh tuzi eritmasi bilan yuviladi. Bu usulning afzalligi shundaki, bunda ahlatning uzoq vaqt o'z-o'zidan chiqib turishi chegaralanadi, oqmadan yoqimsiz xid kelishining oldi olinadi.

Muolaja texnikasi: yo'g'on ichakning olib keluvchi qismini yuvishda rezina naycha kolostomik teshik oqma orqali taxminan 5~6 sm ichiga kiritiladi va osh tuzining fiziologik eritmasi bilan oz-oz miqdorda yuvilatsi. Agar bunda suv orqaga chiqsa, demak ichak ahlatga to'lgan bo'ladi yoki suvli eritma oqimi nisbatan kuchli yoki zond diametri kichik bo'ladi. Bunday holda oqma diametrdagi zond ishlatnsh kerak bo'ladi. Suv oqimining tezligi, qisqich yordamida tartibga solib turiladi. Suvli eritma miqdori chegaralanmaydi. Muolaja tugagandan so'ng kolostoma atrofidagi teri tozalanadi va bog'lam bilan salfetka qo'yib bog'lanadi.

Yo'g'on ichakning ketuvchi qismi ham «muqobil» sifon huqna bilan yuviladi. Agar ahlat toshlari bo'lsa, muolajadan avval kechkurun zond orqali 100 ml vazelin moyi yuboriladi va ertasiga kolostomik va orqa chiqaruv teshigi orqali sifon huqna qilib ahlat uyumlari yuvib tushiriladi. Agar ichakning distal qismi berk bo'lib undan narsa o'tmasa, sifon huqna kolostoma orqali qilinib, ahlat yuviladi. Bunday muolaja sutkasiga 1 marta qilinadi. Kichik yoshdagi va chaqaloqlarda muolajani avval tibbiy xodim bajarishi lozim. Agar stomani uy sharoitida uzoq vaqt qo'yib yurishga to'g'ri kelsa uning texnikasini katga yoshdagi bolalarga yoki onaga o'rgatiladi, bunday hollarda bolalarda auto massaj yo'li bilan ich kelishiga refleks hosil qilinadi.

Katta yonidagi bemorlarda yoqimsiz hid va gazlarga qarshi ko‘rash jiddiy muammo hisoblanadi. Muntazam, nazorat yilib turiladigan ich kelishi, har kuni vanna qilish, uning atrofidagi terini sovun bilan artish xidni yo‘qotishga qaratilgan birdan-bir zarur choralardan biri hisoblanadi.

Ayrim mahsulotlar (dudlangan maxsulotlar, marinadlar, piyoz, sarimsok piyoz, konservalar, qovurilgan ovqatlar) ahlal massasiga badbo‘y xid beradi, shuning uchun bemorga kefir va sut mahsulotlaridan ko‘proq berib turish lozim. Odatdagi usullar yordam bermaganda bemorga dezodarent (salol, faollashgan ko‘mir) ichish buyuriladi yoki tashqi qo‘llaniladigan sepma dorilar (vismut, faollashgan ko‘mir kukunlari, metilen yashili) ishlatish mumkin. Ayrim bemorlarda gazlar ko‘pligi va ularning shovqin bilan chiqishi qayd qilinadi, bunga yo‘g‘on ichakning yallig‘lanishi — kolit va gastritlar sabab bo‘lishi mumkin. Kasallikni davolash yordamida bunday xodisalar oldi olinadi.

Kolostoma atrofidagi terining matseratsiyasi, ayniksa, stoma yo‘g‘on ichakning yuqori bo‘limlariga qo‘yilganda ko‘prok bo‘ladi. Stoma atrofidagi terining matseratsiyasi, ya‘ni terining yallig‘lanishi oldini olish uchun bemorda ich muntazam o‘z vaqtida kelib turishi kerak. Agar bolaning ichi suyuq kelsa, ich ketish sabablarini aniqlash va maqsadga muvofiq davolash lozim. Bu davrda kolostomaning gigienik holatiga alohida e‘tibor berish lozim: umumiy vannalar, kolostomada bog‘lamni almashtirib turish, stomaga va teriga vazelin yoki istalgan boshqa neytral yog‘, vazelin surtish shular qatoriga kiradi.

Kolostoma atrofidagi terida yallig‘lanish va matseratsiyasini davolash uchun avval badan terisini vannada iliq sovunli suv bilan yaxshilab yuvish zarur. SHundan keyin zararlangan sohaga sink pastasi yoki quyuq vazelin bir necha marta suriladi, terini lipofuzol yoki oligozol bilan ham himoya qilish mumkin, bu esa yuqoridagi asoratlarning oldini oladi.

Kolostoma asoratlari. Kolostoma qo‘yilganidan keyin asoratlarning umumiy soni turli mualliflarning ma‘lumotlari bo‘yicha operatsiya qilingan bemorlarning umumiy sonining 11-74 foizini (A.A.Narichev 1974), o‘lim 0,6 foizini tashkil etadi.

Kolostoma asoratlarning paydo bulish muddatlari bo‘yicha ularni erta va kechikkan asoratlarga bo‘lish mumkin.

Erta asoratlar odatda operatsiyadan keyin dastlabki 14 kunda qayd qilinadi. Ularga jarohatni yiringlashi, stoma retraksiyasi, eventratsiyasi, shish va yallig‘lanishi, stoma nekrozi, o‘tkir ichak tutilishi kiradi.

Teri osti yog‘ kletchatkasining yiringlashi kolostomiyaning eng ko‘p uchrayditan asoratlardan biridir. U ko‘pincha kolostoma, qorinning chap yarmida

asosan devor oldi va bir stvolli kolostomiyalarda uchraydi. Bundan tashqari erta paydo bo'ladigan asoratlariga bola organizmining areaktivligi oqsilsiz shish va operatsiya vaqtida yo'l qo'yilgan texnik nuqsonlar sabablari, aksariyat bemorlarining og'ir holati va operatsiyadan keyingi davrning qiyin o'tishi bilan tushuntiriladi.

Maydning takomillashtirilgan usulida asoratlar aksariyat uchramaydi. Buning sababi bundan teri bilan ichakning chiqarilgan qismi va shilliq pardasi o'rtasidagi birlamchi bitish «shakllanish» bosqichi chetlab o'tiladi. Bundan asosan ichak chetini teriga tikib qo'yishda ketgut qo'llanishning muximligini alohida qayd qilib o'tish zarur. Ketgutga infeksiya kam tushadi va shu sababli u ostidagi to'qimalarga infeksiya kam o'tkazuvchi bo'lib hisoblanadi. Ipak ishlatish bu jihatdan kam foyda beradi, chunki unga infeksiya oson tushadi. Teri osti yog' to'qimasining tez yallig'lanishiga olib keladi.

Kolostomiyaning boshqa usulida yiringlanishi va choklarning sitilib ketishi har bir ikkinchi bemorda kuzatiladi. Bu holat ichak chaqirilgan qismining shishi va yallig'lanishi, ichakni qorin devori bilan tutashtirib turadigan choklarda doimo infeksiya tushishi (ahlat massalaridan) sababli bo'ladi. Bundan tashqari infeksiya teri osti to'qimasiga to'qimalar ulgurmagan yoriklar bo'ylab ham kirishi mumkin. CHok materiali ham teri osti to'qimasiga infeksiya o'tkazuvchi bo'lib xizmat qiladi. Kolostomada uzoq vaqt kolgan va o'z gidroskopikligini yo'qotgan yara bog'lov materiali ham ko'p holatlarda infeksiya tushishiga sababchi bo'ladi.

Ichakni qorin devoriga fiksatsiya qilishda ro'y bergan teshilishlar, choklarning sitilib ketish, ichakning qisman nekrozi va retraksiyasi, kolostoma devorining teshilishi to'qimalarga mikroba tushishiga kam sababchi bo'lsada, bu ham alohida o'rin tutadi. Ba'zan operatsiya jarayonida ochiq ichak bilan palapartish, qo'pol munosabatda bo'lish, ayniqsa, stvolli terminal kolostomiyada to'qimalarga mikroba tushishiga sabab bo'ladi. SHuning uchun jarohatga mikroba tushishining oldini olish uchun ichakning proksimal kesigi cho'ltog'iga steril toza rezina qo'lqop yoki salftka kiyg'iziladi, bu infeksiya tushishidan saqlaydi va uni oldindan tayyorlab qo'yilgan oqma orqali qiyinchiliksiz olib o'tishga imkon beradi. Kolostomiyada to'qimalarga infeksiya tushishini oldini olish uchun jarohatni antiseptik eritmalar bilan o'z vaqtida yuvish va oqmani imkon boricha yaxshi parvarishlash asosiy va muhim usul bo'lib xizmat qiladi.

Yiringli asoratni profilaktika qilish uchun operatsiya vaqtida asseptikaga qunt bilan amal qilish, chiqarilgan ichakni ochishni kechiktirish, operatsiyadan keyingi davrda to'g'ri va sinchiklab parvarishlash juda muhimdir (brilliant yashili eritmasi surtish va ularni dastlabki 4—5 kungacha SHostakovskiy malxami

shimdirilgan tampon bilan bekkitish va h.k), bundan tashqari kolostomadan ajralib chiqayotgan moddalarni nazorat qilib borish ham ahamiyatga ega.

Stoma retraksiyasi — operatsiyadan keyingi dastlabki davrning eng jiddiy asoratidir. Aksariyat u ko'ndalang chamber ichakning va taloq burchaklarida joylashgan ikki stvolli qovuzloksimon va terminal kolostomiyada kuzatiladi. Operatsiyadan keyingi davrda bolaning chuqur nafas olishi, yig'lashi va bezovtalanishi vaqtida yo'g'on ichakning bu qismlaridagi jigar chamber boylamining (o'ngda) va diafragmal chamber boylamining (chapda) ichga tortilishiga aloqador anatomo-fiziologik xususiyatlar bu asoratlarga sabab bo'ladi.

Asoratning og'ir-engillik darajasi ichga tortilish darajasiga va kolostomaning qaysi qismi retraksiyaga uchraganligiga bog'liq. Buning uchun retraksiya ichak devori teriga yopishgunga qadar yuz berdimi yoki kolostoma shakllanib bo'lgandan keyin sodir bo'ldimi, ana shuni aniqlash muhim ahamiyatga ega.

Stoma retraksiyasmda ichakning qorin bo'shlig'i ichiga ketishi joyi xususiyatiga qarab: to'siq retraksiyasi va ichak retraksiyasi farqlanadi. Ikki stvolli qovuzloksimon kolostomaning to'siq retraksiyasida, stoma funksional xususiyatiga qarab devor oldi kolostoma shaklini oladi. Natijada ahlat massalarining ko'p qismi ichakning chiqaruvchi bukilma qismidan alohida chiqmasdan, ketuvchi qismiga o'tadi va natijada oqma asta-sekin torayadi hamda amalda ishlamasligi, bu keyinchalik yo'g'on ichakning distal bo'limida ahlat toshlari hosil bo'lishiga olib keladi.

Stoma retraksiyasiga olib keluvchi omillar bu, ko'pincha, operatsiya vaqtida chiqarilgan ichak tutqichining kaltaligi, stoma nekrozi hisoblanadi. Asoratlarni paydo bo'lishiga olib keladigan omillarga esa qorin bo'shlig'i bosimining o'zgarishi, kolostoma jarohati atrofidagi yiringlanish holatlari, to'siq uchun qo'yilgan sterjenni vaqtidan ilgari olib tashlash va bemorda yog' kletchatkasining haddan tashqari rivojlanganligi sabab bo'ladi, bu asoratning jiddiyligini quyidagi misoldan bilib olish mumkin.

F. ismli bemor 8 yoshar. Bo'limga orqa chiqaruv yo'lining chandiqli torayishi natijasida kelib chiqqan qabziyat shikoyatlari bilan kelgan. Anamnezidan; anus atreziyasi bilan tutilgan; shoshilinch ravishda o'z joyida oraliq proktoplastikasi o'tkazilgan, bu operatsiya keyinchalik rektovestibulyar oqma bilan asoratlangan; oqmani bartaraf qilishga urinib ko'rilgan, biroq orqa chiqaruv yo'li torayishi paydo bo'lgan, shu sababli u 6 oylik bo'lganda sigmasimon ichagiga qovuzloksimon kolostoma qo'yilgan. Operatsiyada keyingi davrda asorat to'siq retraksiyasi yuz berib, qovuzloksimon kolostoma devor oldi kolostoma shakliga

ega bo'lgan va yaxshi ishlamagan, natijada ahlat toshlarining bir qismi yo'g'on ichakning distal bo'limida yig'ilib qolgan va ahlat toshi hosil bo'lgan.

Kasalxonaga olib kelinganda bemorning umumiy ahvoli o'rtacha edi. Ahlatdan zaharlanish alomatlari rivojlangan, teri qoplamlari rangi oqimtir, qorin hajmi jihatidan kattalashgan. Paypaslanganda qorinning quyi bo'limining chap tomonida kattaligi 10x2 sm bo'lgan o'smasimon hosila aniqlandi, u harakatchan. CHap tomondagi kolostoma yaxshi ishlamaydi. Oz miqdori badbo'y hidli suyuq ahlat ajralib turadi, orqa chiqaruv yo'lidan narsa ajralib chiqmaydi.

Irrigografiya va fistulografiyani o'z tarkibiga olgan kompleks tekshirish yo'li bilan orqa chiqaruv yo'lining chandiqli torayishi, sigmasimon ichak distal bo'limida katta tosh borligi aniqlangan. Operatsiyadan oldingi tayyorgarlikdan keyin quyidagi ishlar amalga oshirildi: qorin orqali proktoplastikasi bilan birga sigmasimon ichakka kolostomani bir paytda bartaraf etish va sfinkterolevotoroplastika operatsiyasi mo'ljallandi.

Operatsiya jarayonida kolostomik oqmadan tashqarida, yuron ichakning olib ketuvchi qismini keskin kengayishi aniqlangan. Uning distal bo'limida, qorin pardasining o'tuvchi burmasi ustida, o'lchamlari 12x10 sm bo'lgan zich konsistensiyami o'smasimon tuzilma paypaslanadi, u chanoqqa to'liq kirib turadi (ahlat toshi). Sigmasimon ichakning hammasi safarbar bo'lgach ichiga kirib turgan kengaygan qismi va ichakning oqma qovuzloq sohasi rezeksiya qilinib, qopsimon kengaygan rektosigmoidal soha demukozatsiya qilindi.

Orsa chiqaruv yo'li tomonidan anal oqmani hosil qiladigan "voronka» markazida atrofi bo'ylab teri kesmasi bajarildi. Torayishi xirurgik yo'l bilan tugatildi va qorin jarohatidagi teshik orqali teri kesimdan shilliq pardani safarbar qilish yo'li bilan rektovestibulyar oqma (anastomoz) bartaraf qilindi. Natijada to'g'ri ichak yo'li (kanali) o'tkazuvchanligi tiklanib yaxshilandi. U orqali oraliq orasidagi safarbar qilingan sigma uchi chiqarildi, uning chetlari teri kesmasi ichakka tikilib, orqa anal chiqaruv teshigi hosil kilindi. Sfinkter mushagining qolgan tolalarini tikib qo'yish yo'li bilan ushlab turadigan apparat vujudga keltiriladi.

Operatsiyadan keyingi davr silliq kechdi, bola sog'ligi yaxshilanganidan keyin qonikarli ahvolda uyiga jo'natildi.

Bolalarda kolostoma retraksiyasi oldini olish uchun ichakning chiqarilgan qismining tutqich tortishish vujudga keltirmaydigan qilib safarbar etish, stomaning qon bilan ta'minlanishi yaxshi bo'lishini saqlab qolish va qovuzloqsimon

kolostomiyada sterjen (o‘q) operatsiyadan keyin 10—12 kun o‘tmaguncha olib tashlanmasligi kerak.

Retraksiya yuz berganda avval uning turini aniqlab olish lozim, chunki davolash uslubi ana shunga ko‘p jihatdan bog‘liq. Qorin bo‘shlig‘iga infeksiya tushishi (peritonit)ning ilk belgilari paydo bo‘lganda shoshilinch operatsiya qilish asoratni davolashning birdan - bir usuli hsoblanadi. Qorin devori qatlamlarining biri sathigacha bo‘lgan retraksiyada davolash tadbirlari to‘qimalarga infeksiya tushishiga qarshi kurash maxalliy jarayonni to‘xtatish, radikal aralashuvni tezlashtirish yoki retraksiyani bartaraf etish yo‘li bilan stomani rekonstruksiya qilishga yo‘naltirishi lozim.

Stoma eventratsiyasi ingichka ichak qovuzlog‘ini ko‘richakni va sigmasimon ichak jarohatdan joylashgan qovuzloqli ikki o‘zakli va terminal kolostomada ko‘p uchratiladi.

Eventratsiyaga kolostoma atrofida teri aponevrozini va qorinning tashqi qiyshiq mushagini keng miqyosda kesish, shuningdeq qo‘shilib kelgan og‘ir yo‘ldosh kasalliklar jarayonida (gipotrofiyaning 2—3 darajasi, raxit, oksilsiz shish, septik holat, peritonit, umumiy oksil miqdorining pastligi) chok sitilib ketib, jarohatning ochilib ketishiga yoki yiringlanishiga sabab bo‘ladi. Bundan tashqari, ichak parezi va turli xil qo‘shilib keladigan kasalliklar shu asoratlarni paydo kiladigan omillardan bo‘lishi mumkin. Ichak eventratsiyasini oldini olish uchun stoma atrofidagi qorin pardasi devorini chiqarilgan ichak eniga mos keladigan o‘lchamlarda qavatma-qavat tikish zarur. Agar mushak» ning uchdan bir pastki qismida orqa aponevrotik pardasi bo‘lmasa, yiringlanish jarayonida choklarni sitilib ketishiga va ingichka ichak qovuzlog‘i eventratsiyasiga olib keladi. Bu asoratni davolash — ichak qovuzlogiga ishlov berishga va uni qorin bo‘shlig‘iga kiritishga, oldingi qorin devori nuqsonini qavatma-qavat tikib qo‘yishga qaratilgan shoshilinch operatsiya aralashuvidan iborat.

CHiqarilgan ichakning shishi va yallig‘lanish. Kolostomiyaning o‘ziga xos belgisi, qorin bo‘shlig‘idan chiqarilgan ichak devorida qator o‘zgarishlar: qon aylanishining buzilishi, ichak tashqi muxitning odatdan tashqari sharoitlarga tushib kolganda infeksiyaning qo‘shilishi, uning shishishiga va qonga to‘lishiga sabab bo‘ladi. Bunday yallig‘lanish seroz, shilliq parda osti va subseroz qatlam hisobiga boradi. Mushak qatlamining qisqarishi ichakning shilliq pardasining tashqari tomonga ag‘darilib chiqishiga olib keladi. Serozning bujmayish jarayoni esa ichak shilliq pardasining tashqariga agdarshgib chiqishi va shilliq pardaning teriga birikib ketishi bilan bog‘liq, bu holat kolostomaning tabiiy «shakllanishi» deb yuritiladi. Bu jarayon 7—20 kun davom qiladigan yallig‘lanish bosqichi

bilan o'tadi. Bu muddat chiqarilgan ichakning katta-kichikligiga, kolostomaning turiga, organizmning reaktivlik darajasiga, yallig'lanish jarayonining tezligiga va uni davolash samaradorligiga bog'liq.

Kolostomaning tabiiy shakllanish davrini qisqartirish va stomaning serozit asoratini oldini olish uchun chiqarilgan ichak qismini tashqariga ag'darib, seroziga tiqiladi, Bu usul o'z-o'zidan «shakllanish» bosqichini chetlab o'tib stomaning tez shakllanishiga va 7—10 kun mobaynida teri shilliq parda choqining birlamchi bitishiga olib keladi. To'siq mustahkamlangandan keyin 2 hafta o'tgach shisha naycha olib tashlanadi.

Qisman ichak tutilib qolishi bilan o'tadigan serozit belgilari, ba'zan bir o'zakli terminal kolostomiyada ham uchrashi mumkin. YAllig'lanishga qarshi mahalliy davolash o'tkazilgandan keyin jarayon to'xtaydi va ichakning o'tkazuvchanligi tiklanadi.

Stoma nekrozi jiddiy asorat. Asoratning paydo bo'lishiga stomada qon ta'minotining buzilishi sababchi hisoblanib, bu aksariyat terminal va ikki o'zakli kolostomada kuzatiladi.

Kolostoma nekroziga ichakni ko'p safarbar qilish va uning oqibatida ichakning kolostomi uchun foydalaniladigan qismida qon ta'minotining etarli bo'lmasligi, ichak tutqichining qattiq tortilishi va chekka arkad tomirni tikish paytida shikastlanishi sabab bo'lishi mumkin. Bu sabablar bemorning yo'talishida, qayt qilishida va ichakning asta-sekin ortib boradigan parezida, qorin bosimning oshib ketishi bilan yanada kuchayishi mumkin.

Stoma nekrozining oldini olish uchun operatsiya vaqtida chekka arkad tomiriga nisbatan o'ta ehtiyotkor bo'lish, ichak tutqichining ortiqcha tortilishi va siqilishiga, ichak devorida gematoma va jarohatlarni kelib chiqishiga yo'l qo'ymaslik kerak. Operatsiyadan keyin kolostomani har kuni ko'zdan kechirib turish, qon aylanishi buzila boshlayotganini o'z vaqtida payqash va chiqarilgan ichakni yaxshi parvarishlash lozim bo'ladi.

Stomada qon aylanishi etishmovchiligining birinchi belgisi ichak tashqi segmentining shishi hisoblanib uning rangining ko'ng'ir yoki qora bo'lishi bilan namoyon bo'ladi. Ichak shilliq parda rangining o'zgarishiga asoslanib ichakning qancha uzunlikdagi qismi nekrotik jarayonga tortilganligini aniqlash qiyin, chunki u qon aylanishi o'zgarishlariga birmuncha moyil bo'ladi. SHuning uchun hatto ichakning seroz qoplami qorayib qolganda ham ko'pincha ichakni devori yashashga layoqatli bo'lib qoladi. YAltirab turgan shilliq pardaning pushti qizil rangi nekrotik jarayon ichakning qorin bo'shlig'ida biron qismini qamrab olmaganidan dalolat beradi. Bunday hollarda 2—3 ta teri chokini bo'shatishning

o'zi taranglikni kamaytiradi va ichakning chiqarilgan qismida qon aylanishini tiklanishiga sharoit yaratadi.

Stoma tashqi qismining to'liq nekrozida, jarayon qorin pardasidan pastda joylashgan ichak segmentiga kamdan-kam tarqaladi. Bunday xollarda davolash avvalo qorin pardasidan stoma choklarini bo'shatish yo'li bilan amalga oshiriladi.

Ichak devori to'liq nekrozida esa qorin ochilib, ichakning nekrozga uchragan qismi ko'rib chiqiladi, rezeksiya qilinadi, ayni vaqtda qaytadan kolostoma shakllantiriladi.

O'tkir ichak tutilishi kolostoma qo'yilganda keyin yuz beradigan eng xavfli asoratlardan biridir. U ingichka ichak qovuzlog'i, stoma bilan oldingi qorin devori o'rtasidagi yoriqqa kirib qolganda kelib chiqadi. Bunday holat bemorning kuchli qo'sishi, og'ir zaharlanishi, keskin darmonsizlanishi va ichak parezining kuchayishi natijasida qorin ichidagi bosimning oshishi bilan paydo bo'ladi. Bunday asoratning oldini olish uchun operatsiya jarayonida ichakni lateral kanalga joylash va fiksatsiya qilish, sigmasimon ichakning ortiqcha qismini qoldirmasliq ichak tutqich va charvidagi hamma defektlar qunt bilan tikilishi lozim bo'ladi. Aks holda, ichakning olib keluvchi qismini ortiqcha qo'yish evaginatsiya va ichakning buralib qolishiga sabab bo'ladi.

Kolostomaning o'tkir ichak tutilishi asoratini yo'qotish uchun laparotomiya qilib, qorin bo'shlig'i a'zolari taftishlanadi va kirib qolgan ichak joyidan chiqariladi. Bemordagi zaharlanish va ichak pareziga qarshi davo tadbirlari olib boriladi,

Xatoliklar va xavf-xatarlar. Operatsiyadan keyingi ilk asoratlarning oldini olish uchun operatsiya texnikasining elementlariga kat'iy rioya qilish katta ahamiyatga ega. Texnik nuqtai nazaridan yo'l qo'yiladigan xatoliklar operatsiyadan keyin ilk asoratlari yuz berishiga olib keladi. Avvalo bu operatsiya texnikasining noto'g'ri bajarilishiga taalluqli bo'lib, bunda kolostoma ko'yish uchun qorin devorining yunalishi yoki o'lchamlari bo'yicha noto'g'ri kesish, g'ayritabiiy orqa chiqaruv yo'li yaratilgan ichak qovuzlogining noto'g'ri tanlash, yo'g'on ichak qovuzlogi bo'shlig'ini vaqtidan ilgari ochish kabi holatlarni inobatga olish kerak bo'ladi.

Ikki o'zakli (qovuzloqli) kolostoma hosil qilish uchun qorin devorini kesish yo'nalishi chiqariladigan ichak qovuzlogining ko'ndalang o'qiga emas, balki bo'ylama o'qiga mos kelishi, ya'ni kesma uzunligi etarlicha, biroq ortiqcha uzun bo'lmasligi kerak. Ikki o'zakli kolostomani shakllantirishda teridagi jarohat o'lchami ikkita ichak diametri o'lchamiga, bir o'zakli kolostomada esa ichak diametriga mos kelishi kerak.

Agar kolostoma uchun chiqarilgan ichak uzunligi ko'rsatib o'tilgan o'lchamlardan kam bo'lsa, ichak bo'shlig'i ba'zan to'lik tutilish darajasigacha torayib kolishi mumkin, bu asorat operatsiyadan keyingi dastlabki kunlarda qovuzloqni qorin devori to'qimalari bilan siqishi va operatsiyadan keyingi davrda to'qimalarning yallig'lanib, chakdiqlanishiga olib keladi.

Teridagi jarohat o'lchami uzunroq bo'lsa, kesma uzunligining ichak diametriga mos kelishi uchun choklarni uning burchaklari bo'ylab qavatma-qavat qo'yish kerak. Biroq jarohat chuqur qavatlarini tikish hamisha ham ularning bitib ketishiga olib kelavermaydi, g'ayritabiiy orqa chiqaruv yo'li sohasining bitishi ba'zan teri jarohati va teri osti to'qimasining yiringlab ketishi bilan o'tadi. Bunda mushak jarohat qismining torayishi uchun qo'yilgan choklarga ham infeksiya tushadi. CHoklar silitib ketib, ajraydi va mushak jarohatining chetlari bir-biridan uzoqlashadi. Keyinchalik qorin bo'shlig'ining harakatchan a'zolari kattalashgan teshikka kirib qolib, churra paydo bo'lishi mumkin.

Operatsiyadan keyingi ilk davrda asorat yo'g'on ichakka kolostoma qo'yiladigan joyni noto'g'ri tanlash natijasida ham vujudga keladi.

Bir o'zakli kolostomani, jigar va taloq bukilmalaridan tashqari, yo'g'on ichakning istalgan joyiga qo'yish mumkin.

Ikki o'zakli qovuzloksimon kolostomani sigmasimon ichakka, ko'ndalang chambar ichakning o'ng va chap yarimlariga qo'yish mumkin. Biroq shu maqsad uchun uning o'rta qismidan va taloq hamda jigar burchaklaridan foydalanish tavsiya etilmaydi. Qovuzloksimon kolostomada yo'g'on ichakning pastga tushuvchi va yuqoriga ko'tariluvchi qismlarining yuqori bo'limiga qo'yish ichakning qorin pardasining orqa knsmiga zich yopishib turishi sababli, askariyat stoma retraksiyasiga asoratlanadi. To'siq retraksiyasida qovuzloqsimon kolostoma devor oldi kolostomasi ko'rinishiga ega bo'ladi. Atrof to'qimalariga infeksiya tushishiga va kolostoma funksiyasi buzilishiga olib keladigan shart-sharoitlar vujudga keladi.

SHunday qilib, operatsiyadan keyingi ilk asoratlar asosan kolostoma qo'yish usuliga, kolostoma atrofidagi yallig'lanish jarayonining holatiga (teri matseratsiyasi, teri osti yog' to'qimasining yallig'lanishiga) bog'liq.

Qorin oldingi devoriga qorin oq chizig'i bo'ylab hosil qilingan bir o'zakli stomada ko'pincha ichak retratsiyasi kuzatiladi. Kolostomaning torayishi va u yon tomonida joylashtirilganda qon ketishi uchrab turadi. Sigmasimon ichakka g'ayritabiiy orqa chiqaruv yo'li qo'yish mumkin: agar jarohatga kiritiladigan qovuzloq yo'nalishi tekshirib ko'rilmaganda ichak ichi tutqich atrofida yoki bir tomonga 180° ga aylanib qolishi mumkin. Bunday holat kamida stomaning yomon

fiksatsiya qilinishiga yoki ichakning tutilib qolishiga olib keladi. Ko'ndalang chambar ichakning o'ng va chap yarmida operatsiya paytida qiyinchiliklarga duch kelish mumkin: charvi bo'lgan taqdirda jarohatta ichak qovuzlogini kiritish qiyin yoki uning ostiga rezina naycha o'tkazishning iloji bo'lmaydi.

Bundan tashqari, shisha naychani chiqarilgan ichak qovuzlogining orqa devori orqali o'tkazish asosiy xavf xatar hisoblanadi. Bunda ko'ndalang chambar ichakning orqa devori jarohatlanib qolishi mumkin, shuning uchun qovuzloqni jarohat sathi yuqorisidan chiqarib, avval ligaturalar orasida katta charvining ostida yotgan qismlarini va me'da chambar boylam qismini bog'lab qo'yish va qirqish lozim. Bu holda shu joyda kolgan ko'ndalang chambar ichakning ichak tutqichini osonlikcha va xavf-xatarsiz teshib va uni teshish orqali rezina naycha o'tkazish mumkin. SHundan keyin kolostoma yaxshi faoliyat ko'rsatadi.

Kolostomaning operatsiyadan keyingi kechikkan asoratlariga evaginatsiya, torayish, perikolostomik churra va kolostoma shilliq pardasining polipozi kiradi.

Kolostomik teshikdan ichakning olib keluvchi qismi shilliq pardasining chiqishi yoki evaginatsiyasi, kolostomaning nisbatan ko'p uchraydigan asoratlaridir, ichak shilliq qavatining kolostoma sathida chiqishi xar xil holatda bo'ladi.

— birinchi holatda deyarli kolosoma qo'yilgan har ikki bemorning bittasida yo'g'on ichak shilliq pardasining chiqishi kuzatiladi. Bunda ichak 2-4 sm gacha teri sohasidan chiqib turadi va u og'riqsiz bo'ladi, bemorning o'zi chiqqan ichakni qo'li bilan ichiga kiritadi, ba'zan esa chiqqan ichak o'z-o'zicha osonlikcha qorin bo'shlig'iga kirib ketadi;

— ikkinchi ichak kolostoma teshigi orqali evaginatsiya tariqasida ag'darilib chikadi, bunda chiqish o'lchami 5 sm va undak ortiqni tashkil qilib, ichak shilliq pardasi go'yo tashqi parda vazifasini bajaradi, seroz parda esa chiqqan ichakning ichki sathini qoplab, qorin pardasi qopchasini hosil qiladi, unga ingichka ichak qovuzlogi ichki churra ko'rinishiga kirib qolishi mumkin;

— uchinchi chiqqan ichakning qisilib qolish holati kamdan-kam uchraydi. Bunda ichakning qisilgan qismi shishib, qon dimlanib, ko'ng'ir qizil rangli bo'ladi va oson qonaydi. Stomadan chiqqan ichak qorin devoriga qaytib kirmaydi. Bu holatda agar o'z vaqtida joyiga konservativ yo'l bilan kiritilmasa, chiqqan ichak nekrozi yuz berishi mumkin.

Quyidagi xato kamchiliklar ichak evaginatsiyasini keltirib chiqaruvchi asosiy sabablar hisoblanadi:

— kolostoma qo'yilgan bemorlarda ichak parezi, kuchli peristatikasi, bolaning qichqirishi va yig'lashi natijasida qorin ichida bosimning oshishi;

- bemorning ahlatdonni uzoq muddat taqib yurishi;
- kolostoma qo‘yilgan sodir bo‘lgan texnik xatoliklar, shu jumladan ichakning bo‘sh turgan qismini fiksatsiya qilmay qoldirish va h.k.

Ichak evaginatsiyasining oldini olish uchun operatsiya jarayonida ayrim texnik elementlarga e‘tibor berish juda zarur. Bunda ichakning olib keluvchi qismini qorin bo‘shligidan uning tutqichi darajasida chiqariladi. Tutqich parietal qorin pardasiga va jarohat chekkasiga tikilib, ichakning olib keluvchi segmenta cho‘zilgan holatda fiksatsiya qilinadi va qovuzlok to‘g‘ri chiziq bo‘yicha to‘g‘rilanadi.

Bundan tashqari, ahlatdonni uzoq muddat qo‘llash maqsadga muvofiq emas, u vaqtincha qo‘yilishi kerak. SHuning uchun bemorlarga enlik zich elastik belbog‘ taqishni, boylamlarni tez-tez almashtirib turishni va kolostomiya qo‘yilgan ichakning olib keluvchi va olib ketuvchi bo‘limlarini chiniqtiruvchi hukna qilishni tavsiya etamiz.

Ichak evaginatsiyasini davolash konservativ va operatsiya usullari bilan amalga oshiriladi. Konservativ yo‘l bilan ichak evaginatsiyasi vazelin yoki vanilinga xo‘llangach salfetka yordamida tubidan boshlab, yo‘g‘on ichak bo‘shlig‘iga kolostomik teshik orqali asta-sekin qo‘l bilan to‘g‘rilanadi. Ba‘zan ingichka ichak qovuzloklarning qatlamlari orasiga kirib qolishi yoki ichakning shishi tufayli engil bosilganda ichak joyiga tushmasligi mumkin, shuning uchun bu amaliyotni ehtiyotlik bilan bajarish lozim, chunki kuch ishlatib ichakni joyiga kiritishga urinilganda ichak yirtilishi mumkin. Evaginatsiyalangan ichak to‘liq kiritilgandan so‘ng kolostomani yopib turadigan belbog‘ bilan zich qilib mahkamlab qattiq qismasdan boylanadi.

Agar birinchi urinishda ichakni to‘g‘rilab bo‘lmasa yoki chiqqan ichak qattiq qisilgan bo‘lib, rangi o‘zgargan va evaginatsiyaga ancha vaqt o‘tgan bo‘lsa, unda operatsiya yo‘li bilan davolash zarurati vujudga keladi. Ichak evaginatsiyasini tiklashning (kolopeksiya qilib fiksatsiya qilishni) bir necha turlari mavjud. Misol keltiramiz.

Q ismli bemor, 2 yoshda, xirurgiya bo‘limiga rektovestibulyar oqma borligi va qorin devorining o‘ng yarmida joylashgan kolostomadan ichakning tez-tez chiqib turishi shikoyatlari bilan kasalxonaga keltirildi. Anamnezidan: 3 oyligida ahlatdon zaharlanishning ortib borayotgani tufayli oraliq proktoplastikasi qilingan, keyinchalik u orqa chiqaruv yo‘lining chandiqli torayishi bilan asoratlangan. Buj bilan kengaytirish natija bermaganligi tufayli ahlatdan zaharlanish xolati kuchayib borgailigi sababli yo‘g‘on ichakning yusoriga ko‘tariluvchi bo‘limiga Maydl bo‘yicha qovuzloqsimon kolostoma qo‘yilgan edi. Operatsiyadan keyingi

davrda bronxopnevmoniya, enterokolit va o'tkir respirator virusli infeksiya (ORVI) qo'shilgan, bu evaginatsiyaping yanada avj olib ketishga sabab bo'lgan, bir oydan keyin bola xirurgiya bo'limiga ileotsekal sohadagi kolostomaning evaginatsiyasi sababli keltirib, konservativ yo'l bilan to'g'rilangan.

Bo'limga kelib tushgan bolaning umumiy ahvoli o'rtacha, teri qoplamlari juda qizargan, mahalliy ko'rganda qin daxlizida o'lchami 2x3, 5x2,5 sm bo'lgan oqma bor; orqa chiqaruv yo'li yo'q. Uning o'rnida teri o'xshash holda ko'rinadi. Qorinning o'ng yarmida kolostoma bo'lib, ko'pincha ileotsekal soha eeaginatsiyasi uchraydi. Ingichka ichak qovuzloqlari bilan orqa cho'ntak tushganda uning funksiyalari buziladi (churra hosil bo'ladi), Tushgan ichakni konservativ usulda kiritishga o'rinish amalda natija bermaydi.

CHIqqan ichak peristaptikasining buzilishi tufayli, evaginatsiyani operatsiya usulida to'g'rilashga qaror qilindi. Bundan ileotsekal soha rezeksiya qilinib, yonbosh anastomoz qo'yish operatsiyasi bajarildi, shuningdek, sigmasimon ichakka qaytadan kolostoma qo'yilib radikal operatsiya vaqtida kolostomaning asoratini ham tugatishga harakat kilindi.

Operatsiyadan keyingi davr engil o'tdi. Bemor qonikarli ahvolda uyiga jo'natildi.

Kolostomaning torayishi chiqarilgan ichak atrofidagi ko'plab yallig'lanish, kolostoma jarohatining zich tiqilishi va ichak devorining nekrozlanib, uni bitishi natijasida paydo bo'lishi mumkin.

Kolostomaning torayishi quyidagi turlarga bo'linadi:

- kolostomaning teri sathi sohasida torayishi-chiqarilgan ichak qismi yallig'lanishi va shishi bilan bog'liq bo'lib, bunda bemorning ishtaxasi yomonlashib, qorin dam bo'lishi va uning oz-ozdan og'rishidan shikoyat qiladi. Ahlat stoma orqali tasmaimon va oz-oz chiqadi. Kolostomaning teri sathida torayishi ko'p uchraydigan asorat bo'lib, bunda stoma atrofidagi operatsiya jarohati sohasida yaqqol ifodalangan yallig'lanish jarayoni va uning keyingi chandiqlanishi bilan bog'liq bo'ladi;

— kolostomaning aponevroz katlami sohasida torayishi kamdan-kam uchraydigan asorat bo'lib, bunga kolostoma qo'yish vaqtida yo'l qo'yilgan texnik xato va kamchiliklar sabab bo'ladi: chiqarilgan ichak atrofidagi qorin devorini nihoyatda zich qilib tikish, ichak devorining nekrozi, shuningdeq kolostoma qo'yishda uning joyini noto'g'ri tanlash (aganglionar soha) va h.k. Qovuzloqli kolostomada asorat kamroq bo'ladi, chunki bunda ichak teri sathida ancha yuqoriroqda joylashadi (ichak shilliq pardasi ko'p hollarda tashqi ta'sirlardan himoya qilingan bo'lishi) va teri matsratsiyasi kamdan-kam vujudga keladi.

Bundan tashqari, birlamchi aylanasimon qo'yilgan teri seroz chok nozik chandiq hosil qilib, kolostoma torayishiga to'sqinlik qiladi.

Kolostomani teri va aponevroz sathida torayishini davolash, buj yordamida kengaytirish yoki kolostomani operatsiya orqali rekonstruksiya qilish bilan bartaraf etishdan iboratdir. Bunda terini kesib, kolostoma qo'yilgan ichak chetlarini qavatma-qavat qorin pardasigacha ajratib, bitishmalardan ozod qilinadi va tashqariga chiqariladi, ichakning toraygan qismi rezeksiya qilinadi va stoma yangidan shakllantiriladi.

Bolalarda perikolostomik churra nisbatan kam uchraydigan kolostoma asoratlari bo'lib, bu bir o'zakli terminal kolostomiyaning taloq burchagida, ko'ndalang chambar va sigmasimon ichaklar sokasida joylashgan holatlarda ko'proq uchraydi. Perikolostomik churra quyidagi bir necha sabablar, shu jumladan: kolostoma atrofida katta yallig'lanish jarayonida «kuchsiz» mushaklar qatlamlarini vujudga kelishi, ahlatdonni uzoq vaqtgacha taqib yurish vaqtida kolostoma atrof to'qimalari tonusining pasayishi va bo'shashib qolishi. Qorin mushaklarini relaksatsiyasi, qorin devori mushak aponevrotik tuzilmalarining bo'shashib qolishiga sabab bo'ladigan gipotrofiya, raxitlar kiradi. Perikolostomik churra tashqi ko'rinishdan yumaloq bo'rtma ko'rinishida bo'lib, uning markazida stoma joylashadi. Bu asorat odatda alohida ichak evaginatsiyasi bilan birga qo'shib namoyon bo'ladi.

Bu asoratning oldini olish uchun kolostomani qo'yish texnikasini to'g'ri bajarish, operatsiyadan keyingi erta asoratlarini, shu jumladan, yallig'lanish, ichak evaginatsiyasini o'z vaqtida yo'qotish bemorning somatik kasalliklarini o'z vaqtida davolash va operatsiyadan keyingi davrda to'g'ri parvarish qilish zarur omillaridan hisoblanadi.

Katta bo'lmagan perikolostomik churralarni davolash asosan burtib chiqqan ichak o'lchamiga mos keladigan plastik bandajlar taqishdan iboratdir. Odatda, bunday bandajni vaqti-vaqtida almashtirib turishga to'g'ri keladi. Churra katta o'lchamli bo'lganda va konservativ davolash natija bermaganda uni kolostomani yopishda birga plastik operatsiya yo'li bilan bartaraf qilinadi.

Kolostoma shilliq pardasining polipoz o'sig'i qalinlashuvi kamdan-kam qayd qilinadigan kolostomaning asoratlariga kiradi. Bu asorat asosan ichak shilliq pardasiga surunkali doimiy quruq boylamlar yoki ahlatdonni tegib turishi yoki stomani yomon parvarishlashda yuz beradigan mayda shikastlar bilan borliq sabablar bilan namoyon bo'ladi. Kolostomaning ichak chiqib turgan qismining shilliq pardasi tashqi ko'rinishdan polipoz koplamlaridan iborat, ular makroskopik 0,1 — 1 sm ko'rinishga ega, soni 1—5 tagacha etadi. Ular kolostomaning qizil

shilliq pardasi fonida to‘q qizil rangli bo‘ladi, suvsirab turadi, paypaslab ko‘rilganda yumshoqroq konsistensiyali, og‘riqsiz osonlikcha qonaydi. Bu odatda kolostoma qo‘yilganidan keyin 5—6 oyda paydo bo‘lishi mumkin. Bu mayda polip qoplamalari xavfsiz o‘asma bo‘lib, stoma yopilgandan keyin o‘z-o‘zidan yo‘qolib ketadi. Agar ular juda yiriq ko‘p qamrovli va qonab turadigan bo‘lsa, xirurgik yo‘l bilan stomaning bunga aloqador ichak qovuzlogini segmentar rezeksiya qilish yo‘li bilan stomani yopish zarur bo‘ladi.

2.3. KOLOSTOMANI BEKITISH

Kolostomani bekitish tekshirilayotgan og‘ir proktologik patologiyali kasal bolalarni ko‘p bosqichli operatsiya yo‘li bilan davolashning yakunlovchi qismidir. Kolostomani bekitishdan avval bemorlarda kolostomiya qo‘yilgan ichakning olib keluvchi va olib ketuvchi bo‘limlarini rentgenologiq endoskopiq gistomorfologik va bakteriologik tekshirish o‘tkaziladi. Agar tekshiruv natijasida yo‘g‘on ichakning ajratib qo‘yilgan bo‘limida patologik o‘zgarishlar topilsa, tiklanish operatsiyasini o‘tkazishdan oldin bu patologik o‘zgarishlarning oldini olib va to‘latishga qaratilgai tadbirlar ishlab chiqish zarur.

Ajratib qo‘yilgan yo‘g‘on ichak bo‘limini xirurg va rentgenolog ishtirokida birgalikda bajariladigan rentgenologik tekshiruv orqali kolostomaning faqat topografik joylashuvinigina emas, balki oqmaning boshqa a‘zolar bilan o‘zapo munosabatini, gumon qilingan oqmalar borligini, ichakni olib ketuvchi qismining anatomik va topologik holatini aniqlashga imkon beradi. SHu maqsadda fistulografiya va irrigografiyadan foydalaniladi.

Bemorni rentgenologik tekshiruvga tayyorlash uchun yo‘g‘on ichak me’yorda ishlab turganda va kolostomada torayish asorati bo‘lmaganda sutka mobaynida ertalab va kechqurun kefir parhezi tayinlanadi. Tekshiruvdan 3 soat oldin stoma orqali tozalovchi huqna qilinadi.

Tez-tez qabziyat bo‘lib turadigan bemorlarda yoki stoma strukturasi bo‘lganda 2—3 sutkada faqat kefir parhezi tavsiya etiladi va har kuni 1 marta sifonli huqna qilinadi. Qorin devorida kolostomani chandiqli torayib uni teri oqmasiga aylanib, undan faqat ichak suyuqligi ajralib turadigan hollarda fistulografiya o‘tkazish lozim bo‘ladi. Fistulografiya yordamida oqma yo‘lining ichak bo‘shlig‘i bilan aloqasi, oqmaning qaysi ichak bo‘limiga taallukli ekakligi, oqmalar bilan bog‘liq bo‘lgan bo‘shliqlar, oqma yo‘llari yo‘g‘on ichakning olib keluvchi va olib ketuvchi qismlari diametri, ularning funksional holati va boshqa patologik jarayonlarning bor-yo‘qligi aniqlanadi.

Kontrast modda sifatida bariy sulfat aralashmasi ishlatiladi. Uning dozasi ma'lum darajada oqma yo'lining o'tkazuvchanligiga, uning qanchalik chuqur joylashganiga bog'liq bo'ladi. Kontrast modda zond yoki kateter orqali oqмага kiritiladi. Bariy sulfat eritmasi qo'yilgan Bobrov apparata yordamida ikki o'zakli kolostomada bariy okib chiqishga yo'l kuymaslik uchun stomaning ikkinchi teshigi yopiladi. Bunda kontrast moddaning dastlabki porsiyalari yo'g'on ichakning bo'shlig'iga tushib, ajratib qo'yilgan bo'limi holatini va patologik jarayon harakterini aniqlashga imkon beradi. Ichak kontrastdan bo'shalganidan keyin yo'g'on ichak shilliq pardasi relefi o'rganiladi. Keyin oqma teshigi orqali havo yuborilib, ikkilamchi kontrastlashga erishiladi va yana ko'p ma'lumot olinadi.

Endoskopik o'zgarishlar yallig'lanish xodisalarining yuzaga chiqqanlik darajasiga qarab, uch asosiy guruhga bo'linadi: yuza, o'rtacha va yaqqol ifodalangan. YAllig'lanish o'zgarishlarining faollik darajasini quyidagi vizual baho berish mezonlari qilib quyidagilar belgilandi: ichakning diametri, eni, shilliqparda burmalarining holati (tonusi), shilliq parda holati (shish, kontakt qon oquvchanligi, ichak bo'shlig'idagi suyuqlik miqdori va tabiati) va bu o'zgarishlar quyidagi guruhlarga bo'linadi:

- **yuza (minimal) darajadagi buzilishlar.** Bunda shilliq pardaning oz-moz shishganligi, burmalarining bilinib turishi, tomir tasvirining kuchayishi, tonusning saqlanib qolganligi bilan izohlanadi. SHilliq parda bioptatini gistologik tekshirishda qon aylanish tomirlarining qonga to'liqdigi ko'rinishidagi buzilish belgilari, shilliq pardaning yuza qavatlarida o'choqli qon qo'yilishlari aniqlanadi;

-**o'rta darajadagi o'zgarishlar.** Bunda tonusning pasayganligi, ichak burmalarning tekislashganligi, tomir tasvirining bilinar-bilinmasligi, kontakt qon oquvchanlik, ichakda shilliq borligi bilan o'tadi. Ajratib qo'yilgan ichak endoskopgshk va bioptatlar morfologik o'rganilganda qon aylanishining birmuncha chuqur, aniq ifodalangan shilliq parda yuza qatlamlarida qon to'lgan o'choqli qon qo'yilishlari, bitta-ikkita limfoid follikulalar va ularning infiltratsiyalanishi aniqlanadi;

- **yaqqol ifodalangan maksimal o'zgarishlar.** Bunda tonusning pasayishi, ba'zan gipertonus, aniq ifodalangan segmentar spazmlar, shilliq parda giperemiyasi, shishi, donadorligi shilliq miqdorining ko'pligi. Kontakt qon oquvchanlikning yuqoriligi, aksariyat fibrin-yiringli to'plamlar, eroziyalar borligi bilan farq qilinadi. Morfologik tekshirishda shilliq pardaga katta ko'lamda qon qo'yilganligi yuza joylashgan yarada shilliq pardaning limfoid va plazmatik

to'qima va hujayralarning ko'p infiltratlanishi, ba'zan shilliq parda atrofiyasi aniqlanadi.

Ajratib qo'yilgan yo'g'on ichak bo'limida yallig'lanish o'zgarishlari yuzaga chiqqanlik darajasiga ko'ra 6 oygacha yuza va o'rtacha, 6 oydan ortiq davrda yaqqol morfologik o'zgarishlar sodir bo'ladi. YUza morfologik o'zgarishlarda bemorda shikoyat bo'lmaydi, o'rtacha va yaqqol yuzaga chiqqan chuqur morfologik hollarda esa ular to'g'ri ichakda yara borligidan, tenezmalar, anal qichimasi va anusdan shilliq oqishidan shikoyat qiladilar.

Bemorlarni operatsiyadan oldingi tayyorlashga organizmda umumiy buzilishlarni, oqsil almashuvini va suv-elektrolit kompensatsiyani me'yorga solish, mexanik tozalash va chiniqtiradigan xuqnalar yo'li bilan ajratib qo'yilgan bo'limni funksional qobiliyatini tiklash kiradi. Agar ichakdagi maxalliy yallig'lanish o'zgarishlari yaqqol tasdiqlanlan bo'lsa, davo xuqnasi, ya'ni furatsilin eritmasi bo'lgan yallig'lanishga qarshi davolash kursi o'tkaziladi. Eroziyali proktosigmoidlarda oblepixa moyi bilan maxalliy davolash va yo'g'on ichakdagi mikroblar sezuvchanligini hisobga olib antibiotiklar parenteral yo'l orqali tayinlanadi. Davolash samaradorligi qay darajada ekanligi ichakni kolonoskopik ko'zdan kechirish yo'li bilan nazorat qilib boriladi. Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik muddati kolostomaning turgan muddatiga bog'liq bo'lib, ba'zan bir oygacha uzaytirilishi mumkin.

Kolostoma qo'yilgan ichakni rejali operatsiyaga tayyorlashni o'ziga xos xususiyatlari mavjud. Buning uchun ichakning ketuvchi qismida chiniqtiruvchi huqna o'tkaziladi. Orqa chiqaruv yo'li orqali ichakka kun ora bo'lib-bo'lib, osh tuzining gipertonik 1—10 foizli eritmasini 500—1000 ml miqdorda dam bo'lish sezgisi va yangi tenezmalar paydo bo'lguncha yuboriladi. Agar kolostomadan keyingi ichak bo'limida yallig'lanish borligi aniqlansa, furatsillin eritmasi va moychechak damlamasidan huqna uchun foydalaniladi. Katta yoshdagi bolalarda bu muolaja yuborilgan suyuqlikni ixtiyoriy ravimda tutib turish va mustaqil ravishda bo'shatish yo'li bilan bajariladi. Ba'zan bemor asosiy kasalligi tufayli kolostoma bilan uzoq vaqt yursa, bu muolajani uy sharoitida davom ettirish bemorning ota-onasiga topshiriladi.

Buning oqibatida, yo'g'on ichakning ajratib qo'yilgan qismi mushaklarini chiniqqirish me'yoriy tonusning saqlanishiga va ichak keng diametrining qisqarishiga olib keladi. Bu kolostomani bekitishda vujudga kelgan anastomozning asoratsiz kechishiga yordam beradi.

Ajratib qo'yilgan yo'g'on ichak bo'limida antibakterial tayyorgarlikni qo'llash tarafdori emasmiz, chunki bu ichak disbakteriozining kelib chiqish

sababchisi hisoblanadi. SHuning uchun taklif qilingan usul biologik jihatdan yo'g'on ichak uzluksizligini tiklash bo'yicha qilingan operatsiyadan oldingi tayyorgarlik talablariga to'la-to'kis javob beradi va asorat bo'lishini oldini oladi.

Vaqtinchalik kolostomaning ishlab turish muddatlari to'g'risidagi masalaning muhim amaliy ahamiyati bor. Uning hal qilinishi radikal operatsiya manfaatlariga to'la-tukis bo'ysungan bo'lsada, bemor ahlat oqmasining tutib yurish davomlilikiga nima va qanday asoratlarga olib kelishini bilmagan holda befarq qaraydi. Buning ustiga ichakning ajratilgan qismini invalyusiyaga uchrashi to'g'risidagi fikr ham mavjuddir. SHuning uchun ichakning o'z funksiyasidan holi bo'lishiga yo'l qo'ymaydigan muddatlarini aniqlash kerak bo'ladi.

Dinamikada taqdim qilingan rentgenologik endoskopik va gistomorfologik tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, ajratib qo'yilgan ichak qismi diametrining asta-sekin kichrayishiga, tonus pasayishiga olib keladi. Bu xol sun'iy orqa chiqaruv yo'li yaratilgandan 6—12 oy davomida yaqqol yuzaga chiqib qoladi. Bu o'zgarishlar patogenezida, ichak devori mushak strukturalarining funksional qayta tiklanishi, aylanma mushak qatlamining qisqarishi alohida ahamiyatga ega. Binobarin, kolostoma ishlab turishining optimal yo'l qo'yiladigan muddati uni yaratish vaqtidan boshlab 12 oy deb hisoblanadigan bo'lsa, bu aytilgan fikr ajratib qo'yilgan ichak keyinchalik saqlab qolingani uchun tegishlidir. Agar radikal operatsiya vaqtida uni olib tashlashga to'g'ri kelsa, kolostomani bir muncha uzoq muddat qoldirish imkoniyati mavjud bo'lishi mumkin, bu bemor taqdiri uchun xavf tug'dirmaydi.

Bakteriologik tekshiruvlar kolostoma qo'yilgandan keyin turli muddatlarda (2 oydan 5 yilgacha) undagi ichak suyuqligini o'rganish mikrob genezining birmuncha rang barangligini ko'rsatadi. Bunda mikrob miqdori me'yoriy miqdorga qaraganda 57 foiz bifido bakteriyalargacha kamayadi. SHu bilan birga shartli patogen mikroblar, jumladan proteinni topish darajasi yuqoriligi (41,5 foiz); gemolitik eperixiyalar 33 foizdan yuqoriligi, ayniqsa tillarang stafilokokkning (43 foiz) ko'pligi diqqatni jalb etadi.

Ichak distal bo'limlarini ajratib qo'yilgan muddatlari va Girshprung kasalligini radikal korreksiyalashning funksional natijalari amaliy ahamiyatga ega. Katamnestic kuzatuvlar ko'rsatishicha, epizodik qabziyat va ahlat tutolmaslik ko'rinishidagi rezidual funksional siljishlari bo'lgan shu patologiyasi bo'lgan bemorlar orasida kolostoma 2 yil va bundan ortiq muddatga qo'yilganda o'tkazilgan funksional tekshiruvlar distal bo'g'imlarda ichak devorining bioelektrik faolligi pasayganligini ko'rsatadi. Bular ichak adinamiyasiga,

ikkilamchi o'zgarishlariga olib keladi va defekatsiya refleksini biroz kamaytiradi (Hamraev A.J., 1990).

Kolostomani bartaraf etishda qorin pardadan tashqari, qorin parda ichi va radikal operatsiya bilan bir vaqtda bartaraf qilish operatsiya usullari amalga oshiriladi.

Kolostomani bekitishning qorin pardadan tashqari usuli. Bu usulga asosiy ko'rsatma qovuzloksimon asoratlanmagan ikki o'zakli kolostoma va ichak devorida kichikrok defektli oqma hisoblanadi.

Operatsiya texnikasi (21- rasm). Kolostomik oqma atrofi bo'ylab teri kesilib, ehgiyotkorlik bilan jaroxat chuqurlashtiriladi va ichak devori bo'ylab tumtoq yo'l bilan ichakning olib keluvchi va olib ketuvchi uchlari yagona konglomerat holda to qorin pardasiga qadar ajratiladi. Keyin ajratilgan ichak devoridagi nuqson va teri qoldiqlari, devor chekkalari tekislab tozalanadi va ichak og'ziga ko'ndalang yo'nalishda ikki kator qilib chok (ketgut, kapron) bilan anastomoz qo'yiladi. Ichakni mushak ostida qoldirib mushakka va agtonevrozga qavatma-qavat qilib chok qo'yiladi. Bundan oldin anastomoz qo'yilgan mushak qatlamiga quruq antibiotiklar sepiladi. Bu usulning afzalligi shundaki, operatsiya tez va jarohatlanishsiz bo'lib, u qorin pardasidan tashqarida bajariladi va u qorin ichida bo'lishi mumkin bo'lgan og'ir asoratlarning oldini olishga imkon yaratadi.

Kolostomani qorin pardasidan tashqarida bekitish jarayonida quyidagi operatsiyadan keyingi asoratlarni farq qilinadi:

- operatsiyadan keyin jarohatning yiringlashi;
- anastomoz choklari bo'shab ketib, yo'g'on ichak oqmasi vujudga kelishi;
- operatsiya jarayonida infeksiya tushishi natijasida teri jarohatlarining yiringlashi va oldingi qorin devori hamma qatlamlari tarqab, ingichka ichak qovuzlorining eventratsiyasiga olib kelishi mumkin.

Anastomozlar sitilib ketib ahlal oqmasi xosil bo'lishiga va kolostomaning olib keluvchi va olib ketuvchi ichak qismlarining bir-biriga kelmasligi natijasida ichak anastomoziga chok qo'yish vaqtidagi texnik qiyinchiliklar sabab bo'ladi, bu esa olib ketuvchi (qirqilgan) ichak bo'shliqlarini «chiniqtirish» zarurligi lozimligini yana bir marta tasdiqlaydi.

Kolostomani asoratlangan kechishi, evaginatsiya, bemorda ingichka ichak qovuzlogi eventratsiyasi, teri jarohati yiringlashi va oldingi qorin devori hamma qatlamlari choklarining bo'shab ketishi qorin bosimining oshishi va bemorning og'ir holati bilan bog'liq bo'lganligini asoslovchi ushbu kuzatuvni keltiramiz.

A. ismli bemor, 1 yoshu 1 oylik. Xirurgiya bo‘limiga ich qotishi va qorinning kattalashuvi shikoyatlari bilan keltirilgan. Anamnezidan: tug‘ilganidan buyon ichi qotadi. Girshprung kasalligi sababli 3 oylik yoshida o‘ng tomoniga, ko‘rinak sohasiga kolostoma quyilgan, Ahvoli durust bo‘lib kolgandan keyin uyiga junatilgan. 8 oyligida bola Girshprung kasalligi, kolostoma evaginatsiyasi (ileotsekal soxada) tashxisi bilan ikkinchi marta kasalxonaga tushgan. Ichak joyiga kiritilgandan so‘ng uyiga junatilgan. Kasalxonaga kelgan vaqtida axvoli ancha og‘ir bo‘lib, kolostoma orqali ileotsekal soxaning keng kulamdagi evaginatsiyasi qayd qilinadi. Operatsiya oldi tayyorgarligidan keyin operatsiya o‘tkazilgan: kolostoma qorin pardasidan tashqari usulda bekitilgan va ayni vaqtida Soave—Lyonyushkin usuli bo‘yicha qorin orqali proktoplastika operatsiyasi qilingan. Operatsiya jarohati yiringlab ketib, teridagi choklar bo‘shab (sitilib) ketgan va natijada ingichka ichak qovuzloqining eventratsiyasiga -sabab bo‘lgan. Tezkor o‘tkazilgan operatsiya bilan ichak eventratsiyasi tugatilgan. Operatsiyadan keyingi davrda jarohat ikkilamchi bitish yo‘li bilan bitgan va kasal qoniqarli ahvolda uyiga jo‘natilgan.

2. Kolostomani qorin parda ichi bekitish usuli. Bu usulga asosiy ko‘rsatmalar: terminal va qovuzlokli kolostomaning turlari va ularning ichakning katga evaginatsiyasi, perikolostomik churraga asoratlanishi, shuningdeq stoma atrofidagi to‘qimalardan ajratish bilan bog‘liq texnik qiyinchiliklar, dag‘al chandiqlar, atrofdagi to‘qimalarning ko‘p infiltratsiyasi, qo‘shni a‘zolarining yopishgan devorlarini ajratishning imkoni yo‘qligi, ichak devorining qorin pardasiga tashqari yopib bo‘lmaydigan katta defektlar kabi holatlar kiradi.

Terminal kolostomani bekitish usuli. Stoma atrofidagi teri aylana kesilgandan keyin teri sathidan qorin pardasigacha qavatma-qavat ajratiladi, keyin perakolostomik jarohat va qorin bo‘shlig‘iga infeksiya tushishining oldini olish uchun stomaning og‘zi yaxshilab tugunli choklar bilan tikiladi. Ichakni o‘tkir va tumtoq yo‘l bilan qorin devori to‘qimalaridan uzil-kesil ajratib olinadi. Qorin pardasi ochilgandan keyin stomaning olib keluvchi va olib ketuvchi qismlari to‘liq safarbar qilinadi.

Ularning diametri taqqoslanadi. Ichakning ikkala bo‘limi oxirini sog‘lom to‘qimalar chegarasida (sirkulyar) doirasimon rezeksiya qilinadi va ip bilan ketma-ket ikki qatorli chok qo‘yib, ichak tiqiladi va anastomoz qo‘yiladi. Ichakni olib keluvchi va ketuvchi bo‘limlarini diametrlari mos kelmagan takdirda esa kiyshik anastomoz qo‘yiladi. Yo‘g‘on ichak uzluksizligi tiklangandan keyin u qorin bo‘shlig‘iga joylanadi va operatsiya jarohati qavatma-qavat qilib to‘liq tikiladi. Tikish vaqtida yiring tarqalishining oldini olish maqsadida teri

osti yog‘ to‘qimasi qavatiga rezinka qo‘yiladi. Yo‘g‘on ichak anastomozi juda past sohada joylashgan bo‘lsa, ichakni dekompressiyasi o‘z vaqtida bo‘lishi uchun orqa chiqaruv yo‘li orqali uzun gaz haydovchi naychani anastomoz sathidan yuqoriga kiritib qo‘yiladi.

Kolostoma yopishning qorin pardasi ichi usuli texnik jixatdan birmuncha murakkab, unda qorin bo‘shlig‘iga mikroob tushish ehtimoli va imkoniyati birmuncha yuqori bo‘ladi. Biroq bu usulda qorin bo‘shlig‘i va chanoq a‘zolarini, ya‘ni bir-biriga yopishgan ichaklarni, tuxumdon va bachadon naychalari, ingichka ichak qovuzloklari va charvini operatsiya jarayonida bemalol ko‘rib chiqish imkoniyati vujudga keladi.

Qovuzloqsimon kolostomada ichakning asoratlangan evaginatsiyasini kolostomik operatsiya qilish texnikasi birmuncha farq qiladi. Dastlab evaginatsiyalangan ichak to‘g‘rilangandan keyin oqma tashqi teshigi chetidan 0,9 sm chamasi teri gardishsimon qilib kesiladi. Xosil bo‘lgan laxtak chetlari sun‘iy orqa chiqaruv yo‘lining tashqi oqmalari ustidan tikiladi. Jarohatning chap burchagi ikkita ilmoq bilan cho‘ziladi va qorin bo‘shlig‘i tumtoq ravishda ochilib, hosil bo‘lgan oqmaga barmoq kiritiladi. Kesma atrofini « barmoq bilan» hamma tomonlarni dastlab oqmani yuqori yarim aylanasini, so‘ng barmoq holatini o‘zgartirib, uning quyi yarim aylanasini ajratiladi. Bitishmalar kesilgandan keyin oqma tikib qo‘yilgan ichakni jarohatdan tashqariga chiqariladi va uni tekshirib ko‘rishga to‘liq imkon yaratiladi, bu vaqtda odatda ichak tutqich chetining «cho‘kib kolishi» ruy beradi. Fiksatsiya qiladigan chandiqlar imkon boricha kesiladi.

Ichak qovuzlogi yon devorlariga tiqilib qo‘yilgan oqma pastiga ikkita chok — tutqich qo‘yiladi. So‘ngra oqmalik ichak qismi ponasimon rezeksiya qilinadi, Kolgan nuqson tutqichlar bilan ko‘ndalang yunalishda cho‘ziladi va ikki qator choklar bilan anastomoz ko‘yiladi (ketgut va kapron). Yo‘g‘on ichak qovuzlog‘i qorin bo‘shlig‘iga solinadi va operatsiya jarohati zich qilib, qavatma-qavat tikib qo‘yiladi, operatsiyadan keyin bemorga dastlab parenteral yo‘l bilan dori-darmonlar yuboriladi. Uchinchi sutkadan boshlab enteral ovqatlantirish mumkin bo‘ladi.

Sekostomiyada qorin pardasi ichi usuli bilan ichakni yopish boshqacha ko‘rinishda bo‘lib, bu ko‘richak devorini qatlamlaridan to‘liq ajratish yo‘li bilan amalga oshiriladi. Ko‘richak devorlari ikki kator choklar (ketgut, kapron) bilan tiqilib defekt tiklanadi va ichak qorin bo‘shlig‘iga solib qo‘yiladi.

Ba‘zan kolostomani bekitishda to‘siq sohasidagi dag‘al bitishmalar texnik qiyinchiliklar tug‘dirib, bular ichakni teshilishiga olib keladi. SHu sababli bunday

vaziyatda ba'zan operatsiya uslubi stoma jarohati chetlarini yaxshilab bitishmalardan ajratilgandan keyin, oqmani yopish texnikasi qorin pardasi ichida qisman yopish usuli foydasiga o'zgarishi mumkin.

Yo'g'on ichak uzluksizligi qorin pardasi ichi usuli bilan tiklash sodir bo'ladigan ko'rsatma va texnik qiyinchiliklarga asosan sekostoma qo'yish vaqtida ilgari o'tkazilgan appendektomiya, ko'richak sohasida chandiqli jarayonning kattaligi sabab bo'ladi. Bundan tashqari ko'pincha teri jarohatlarining yiringlanishi, operatsiyadan keyingi jarohat kuchib ingichka ichak qovuzlogining eventratsiyasi, anastomoz choklari ajralib chiqib, peritonit rivojlanishi, anastomoz joyida ichak bo'shlig'iga qon oqishi kabi asoratlari ham sabab bo'lishi mumkin.

3. Kolostomani radikal operatsiya bilan bir vaqtda yo'qotish usuli quyidagi ko'rsatmalar sababli bajariladi: oqmaning, patologik jarayonning joylashgan joyi va ichakning ajratib qo'yilgan bo'limi (kolostoma uzoq muddat turganda) involyusiyaga uchrashi, qorin orqali proktoplastikasi bilan birgalikda, xatto gemikolektomiya va total kolektomiya rezeksiya usuli bilan olib tashlanadi. Bu usulning boshqa usullardan afzalliklari shundaki, operatsiyada ortiqcha jarohatlanish bo'lmasdan, ayni vaqtda xirurgik aralashuvning ikki bosqichi bir vaqtning o'zida bajariladi. Natijada davolash muddati ancha qisqaradi va kolostomani alohida bekitish bilan bog'liq asoratlarning paydo bulish xavfi tugatiladi.

Operatsiya usullari. Bunda stoma atrofidagi teri kesilib ichak qovuzlog'i qorin pardasi sathigacha yaxshilab ajratiladi va qorin bo'shlig'iga mikrobtushishidan saqlash uchun ichak nuqsoni, ya'ni kolostoma teshigi dag'al choklar bilan qisman tikiladi. So'ngra teri kesmasi kengaytirilib, laparatomiya tariqasida qorin bo'shlig'i ochilib, bitishmalardan sigmasimon ichak ajratib olinadi va uning qon bilan ta'minlanishi (arkad tomirlar) baholanadi. Agar stoma sigmasimon ichakning pastida joylashgan bo'lsa, oqmasi bo'lgan ichak qismi rezeksiya qilishga mo'ljallanadi. Buning uchun ichak tutqichi tegishli darajada safarbar etiladi. Keyinchalik patologiya harakteri va rejalashtirilgan radikal operatsiyaga muvofiq holda distal bo'lim to'liq safarbar qilinadi. To'g'ri ichak demukozatsiya qilinib, yo'g'on ichak distal oraliq sohaga tushiriladi (Soave—Lyonyushkin operatsiyasi). SHu taxlitda ichakni uzoq muddat ajratib qo'yish va ichakning ketuvchi qismini o'z vaqtida yaxshi «chiniqgirib» bormaslik uning involyusiyasiga sabab bo'ladi. Misol keltiramiz.

K. ismli bemor, 2 yoshu 11 oylik. Bo'limga ich kelmasligi va qorning o'ng tomonidan kolostoma borligi shikoyatlari bilan keltirildi. Anamnezidan: bola tug'ilgandan buyon kasal, o'tkir ichak tutilishi sababli ko'tariluvchi chamber

ichak sohasiga kolostoma qo'yilgan. Yo'g'on ichakdan transrektal kolostoma orqali biopsiya olingan. Gistologik tekshirilganda yo'g'on ichak shilliq pardasi va devorining me'yordagi manzara va transrektal usuli bilan biopsiya olingan to'g'ri ichak sohasida nerv tugunlari yo'qligi ma'lum buldi. Girshprung kasalligi tashxisi qo'yildi.

Bo'limga kelib tushgan kasal bolaning umumiy ahvoli o'rtacha og'irlikda. Teri koplamlari oqargan. Qorinning o'ng yarmida kolostoma yaxshi ishlab turipti, yo'g'on ichakning olib ketuvchi qismi taxminan 4 sm evaginatsiyalangan. Olib keluvchi qismi toraygan, ahlat «tasma» bo'lib chiqadi. Ichakning evaginatsiya bo'lgan qismi to'q qizil rangli, shishgan, qonga to'liq ozgina qonab turadi. Kompleks tekshiruv o'tkazilgan. **Irrigogrammada** — to'g'ri ichak o'zgarmagan, yug'on ichakning ajratib qo'yilgan qismi keskin toraygan, kolostoma teshigining torayganligi qayd qilinadi.

Ajratib qo'yilgan ichakni huqnalar bilan «chiniqtirish» ichak ajratilganidan buyon ko'p vaqt o'tganligi sababli muvaffaqiyatsiz chiqdi, yangi ichak faoliyati tiklanmadi, operatsiyadan oldingi ko'p tayyorgarlikdan keyin radikal operatsiya bajarildi. Bunda kolostoma Soave—Lyonyushkin usuli bilan bir vaqtda yo'qotilib subtotal koliektomiya qilingan, kolostoma atrofidagi teri yuza kesilgan. Ichak dagal chandiqlardan o'tkir usulda qorin pardasigacha ajratilib olingan va ichak nuqsoni tikib qo'yilgan.

Keng kulamdagi o'rta laparatomiya o'tkazilib, eski chandiqlar qir qilgan. Qorin bo'shlig'idan ko'p sonli bo'lgan bitishmalar, o'tkir va tumtoq yo'llar bilan chambar ichakni, ingichka ichak qovuzlog'idan, jigar, o't pufagi qovuzlokdan ajratib olishga muvaffaq bo'lingan. Yo'g'on ichak qorin pardasining burmasida ileotsekal burchakkacha safarbar qilishgan, gemikoliektomiya operatsiyasi amalga oshirilgan (chambar ichak kolostomadan rektosigmoid bo'lingacha olib tashlangan). To'g'ri ichki sfinkter sathigacha demukozatsiya qilingan. Ajratilgan shilliq parda oraliq sohasiga orqa chiqaruv yo'li orqali ag'darilgan. Safarbar qilingan yo'g'on ichak (ko'richak va yuqoriga ko'tariluvchi chambar ichak) va yonbosh ichakning terminal bo'limi 180 ga yoyilgan va mushak orqali o'tkazilgan. Oraliq tomonidan shilliq pardaning rektal chekkasi tushirilgan ichakka tugunli ketgut choklar bilan tikilgan. Ichakka gaz haydovchi naycha kiritilgan, unga ichak «cho'ltog'i» fiksatsiya qilingan.

Qorin bo'shlig'i tomonidan mushak g'ilof chekkasi tushirilgan ichakka tikib qo'yilgan. Qorin bo'shlig'iga 500000 doza da penitsillin yuborilib, u zich qilib tikib qo'yilgan. O'ng qovurg'a ostidagi kolostomik jarohat ham qavatma-qavat qilib zich tikib qo'yilgan. Natijada ichakning o'tkazuvchanligi to'liq tiklangan,

Teridagi choklar operatsiyadan keyin 8- kuni olingan. Ikkala jaroxatni bitishi birlamchi, operatsiyaning birinchi bosqichidan 20 kun o'tgach, ikkinchi bosqichda cho'ltoqni kesib tashlash usuli bilan bajarilgan operatsiyadan keyingi davr engil o'tgan. Bemor uyiga qonikarli ahvolda jo'natilgan.

Xulosa qilib aytganda, ushbu misol orqali bemorning uzoq vaqtgacha kolostoma bilan yurishi, ajratib qo'yilgan yo'g'on ichak qismining involyusiyasiga olib kelgan va uni subtotal rezeksiya qilish zaruratini keltirib chiqarganligiga sabab bo'lganligini aytish mumkin.

SHunday qilib, bolalarda kolostomani bekitish usulini tanlash kasallikning turiga, asoratlari bor-yo'qligiga va bemorning ahvoriga, uning aniq ko'rsatmalariga bog'liq. SHuning uchun har bir mutaxassis xirurg har xil sharoit va vaziyatda o'ziga xos operatsiya texnikasini tanlashga ega bo'lishi kerak.

Kolostoma bekitilgandan keyin yiringli asoratlari harakteri boshdan kechirilgan operatsiyalarga va kolostomani qo'yish muddatiga va uning asoratlari bog'liq. Asoratlari tez-tez yuz berishi anorektal nuqsonlar sababli bir necha marta operatsiya qilingan bemorlarda ko'prok kuzatiladi. Ular esa kolostomaning uzoq vaqt ishlab turishiga va ahlatdon taqib yurishiga olib keladi.

Kolostomaning qayerda joylashishi va turi ham operatsiyadan keyingi asoratlari vujudga kelishida muayyan ahamiyatga ega. Bir o'zakli terminal kolostomada, shuningdek ko'richakdagi kolostomada ular kolostomaning boshqa turlari va lokalizatsiyalari qaraganda ko'proq asoratlari beradi. Bu asoratlari ichak florasining virulentligi, ichak suyuqligi fermentativ faolligining oshganligi va ximusning suyuq konsistensiyasi bilan izoxlanadi. Tajribalar shuni ko'rsatadiki, kolostoma qo'yish bilan uni bekitish o'rtasidagi muddat qanchalik kam bo'lsa, asoratlari shunchalik kam yuz bershini ko'rsatadi. Kolostomaning ishlab turish muddati birinchi galda asosiy kasallik asorati va xirurgik aralashuv rejasining aniqligi bilan belgilanadi (Hamraev A.J., 1999).

Kolostomalarni tugatish usullarini qiyosiy ta'riflash ularni qorin pardasidan tashqarida va qorin pardasi ichida bekitishdan keyin asoratlari yuz berish hollari amaliy jihatdan bir xil ekanligidan dalolat beradi. Biroq eng jiddiy asoratlari qorin pardasi ichi usulida ko'proq uchraydi.

Rivojlanish nuqsonlarini va anorektal sohadagi yo'g'on ichak shikastlanishlarini davolashda bolalarda kolostomaning o'rniga va ahamiyatiga baho berishda, hech istisnosiz, bizning hamma kuzatuvlarimizda kolostomiya o'zini to'la to'kis oqlanganligini ta'kidlab o'tamiz. Birlamchi radikal operatsiyalar ham, takroriy rekonstruktiv operatsiyalar ham bemorlarning to'liq sog'ayib

ketishi bilan yakunlangan. Kolostomaga aloqador asratlar va o‘lim bilan tugash hollari kuzatilmagan.

3. YO‘G‘ON ICHAK TUFMA NUQSON KASALLIKLARI YO‘G‘ON ICHAKNING IKKILANISHI

Ikkilanish (duplikatsiya) deb, makro va mikroskopik tuzilishi jihatidan asosiy a‘zoga o‘xshaydigan qo‘shimcha anomal o‘zgarishga aytiladi, ovqat hazm qilish tizimi a‘zolari ichida yo‘g‘on ichakning ikkilanishi nisbatan ko‘p uchraydi.

Ikkilanishlarning uchrash soni, embriogenezi, tasnifi va unga bog‘liq muammolariga bagishlangan ma‘lumotlar adabiyotlarda har xil berilgan. Bu patologiyaning yo‘g‘on ichakda uchrashi haqida ko‘pgina tadqiqotchilar har xil yozishadi. R.Basi (1960) ovqat hazm qilish tizmasi a‘zolarining 28 ta ikkilanishidan 6 tasi yo‘g‘on ichakka to‘g‘ri kelganini, E.M.Davtyan (1964) esa 36 ta bemordan 3 tasida bu anomaliyani kuzatganini yozishadi. G.A.Bairov va E.A. Ostrovskiy esa (1974) 79 ta operatsiyadan 32 tasida yo‘g‘on ichakning bunday patologiyasi mavjudligini keltirishadi.

Ikkilanish aniq bir qismda joylashgan cheklangan bo‘lishi yoki ichakning hamma qismida, jumladan, to‘g‘ri ichakning ham qo‘shilib uchrashi mumkin. Bunda ikkita ishlab turuvchi (yoki atreziyaga uchragan) orqa chiqaruv teshigi, ikkita qin, qo‘shaloq ichki jinsiy a‘zolari bilan ikkita olat kuzatilishi mumkin. Ba‘zan qo‘shimcha ichak qovuq uretra va bachadonga qo‘yilishi mumkin (A.M.Aminov 1965; G.A.Bairov 1968). Bulardan tashqari ko‘pgina mualliflar embrion takomilining erta bosqichlarida egizaklarning bir butun bo‘lib birikib ketishi natijasida ichak va chanoq a‘zolari ikkilanishga uchraydi degan fikrni ham ilgari surishadi (N.Edwards, 1929; M.Ravitch, 1955).

Ovqat xazm qilish yo‘lining ikkilanishi embrion rivojining erta bosqichlariga to‘g‘ri keladi, Buni isbotlovchi bir qancha nazariyalar mavjud. Bularning ichida keng tarqalgan birlamchi ichak nayining vakuollanish (bo‘shliq paydo bo‘lish) jarayoni buzilishi bilan tushuntirib beruvchi nazariyadir (R.Bremer, 1944). Har xil neyroenteroxondral bitishmalar natijasida birlamchi ichakning pardadan ajralishi buzilganligi oqibatida ikkilanish vujudga keladi, degan nazariya ham diqqatga sazovordir (I.S.Tkachenko, 1938; W.Sieber, 1958).

Ikkilanishning anatomik shakllarini naysimon (tubulyar), divertikulyar va kistasimon guruhlarga ajratish qabul qilingan.

Asosiy ichakka parallel yo‘nalgan, u bilan qon tomirlar va mushaklar orqali chambarchas birikkan qo‘shimcha nay turbulyar ikkilanish deb ataladi.

Qo'shimcha xosila ba'zan asosiy ichak bo'shlig'idan alohida yoki qo'shilgan bo'lishi mumkin. Ichakning tashqi tomonidan uncha chuqur bo'lmagan ajratuvchi egat kurinib turadi, ikkinchi turdagi ikkilanish har xil shakldagi o'simtasimon bo'lib odatda asosiy ichakning ichak tutqichiga karagan yuzasiga birikkan bo'ladi. Asosiy ichak bo'shlig'i bilan distal yoki proksimal uchi orqali birikib, ba'zan o'zi ichak tutqichiga ham ega bo'lishi mumkin. Kistasimon ikkilanish asosiy ichak yonida, uning devorida yoki sharsimon bo'lmachada kuzatiladi.

Ikkilangan qismning uzunligi va diametri har xil bo'ladi. Morfologik tekshirishlar qo'shimcha va asosiy ichak tarkibi bir xilligini tasdiqlasa ham, ba'zan shilliq qavati me'da yoki 12 barmoq ichaknikiga mos kelishi mumkin.

Klinikasi va tashxisi. Ayrim hollarda qo'shimcha ichakning mavjudligi ahlat massasining harakatiga mone'lik qiladi va bu esa birinchi xaftalardan kuchayib boruvchi qabziyat, o'tkir yoki surunkali ichak tutilishini yuzaga keltiradi. Bundan tashqari, har xil asoratlar o'ziga xos klinik belgilari bilan yuzaga chikadi.

Avvalambor, divertikulda me'daning shilliq qavat bo'lsa, peptik yaralar, qon tomirlar eroziyasi, ozmi-ko'pmi ichdan qon ketishi bilan asoratlanadi. Peptik yaralar o'rnida, Qo'shimcha ichakning cheklangan buralishi hamda uning bo'shlig'ida uzoq saqlangan ahlat toshlari qon aylanishining buzilishi natijasida divertikul oqmalari paydo bo'lib, o'tkir yiringli peritonit tasviri rivojlanadi.

Boshqa xollarda esa ichak o'tuvchanligi buzilmagan holda qo'shimcha ichak tomonidan ham asoratlar kuzatilmaydi. Bunday anomaliyalar boshqa sabab bo'yicha laparotomiya qilinganda tasodifan topiladi.

Adabiyotlarda keltirilgan ma'lumotlarga hamda kuzatishlarimizga asoslangan holda shuni aytish mumkinki, ikkilanishlarni tashxislash juda murakkabdir. Ichak rivojlanishning bunday nuqsonlari haqida ko'pincha ba'zi shifokorlar to'liq tasavvurga ega emas.

Qorin bo'shlig'i ikkilanish ba'zan qorin old devori orqali harakatchan elastik o'sma shaklida paypaslanishi mumkin. Quyiroqda joylashgan ikkilanishlar to'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish mobaynida aniqlanadi. Eng ishonchli ma'lumotlarni yug'on ichakni rentgen kontrast moddalar bilan tekshirish, rektoromanoskopiya, fibrokolonoskopiya usullari vositasida olish mumkin. Tekshirishning yuqoridagi usullarini yo'g'on ichak takomili nuqsonlarga gumon qilingan har qanday xollarda o'tkazish lozim.

Yo'g'on ichakning ikkilanishi qo'shimcha ichak-siydik tanosil a'zolari bilan qo'shilgan bo'lsa, to'g'ri ichak orqali rangli suyuqlik kiritilishi siydik yo'llari yoki qin orqali ajralishi bilan namoyon bo'ladi.

Davosi. Yo'g'on ichakning har qanday shakldagi ikkilanishi bemor yoshidan kat'iy nazar tashxis o'rnatilishi bilan operativ yo'l yordamida bartaraf etilishi lozim.

Yo'g'on ichak ikkilanishi va uni operativ davolashni birinchi marta P I.Tixov taklif etgan. U qabziyatdan uzoq vaqt azob chekkan 10 yashar kizni tekshirib ko'rgansda qin va anus ikkitadanligini aniqlaydi. Bemor to'liq tekshirib ko'rilganda yo'g'on ichakning total ikkilanishi topilgan, yo'g'on ichakning pastki qismi butunligicha ikkita parallel nayga bo'lingan edi. 5 ta operatsiya o'tkazish mobaynida ikkala to'g'ri ichak orasida keng anastomoz yaratilib, anal oqmaning bittasi bartaraf etiladi. Orqaroqdagi anomal qinning shilliq qavati shilib tashlanib, to'qimalari zichlab tiqilishi natijasida bola sog'ayib ketadi.

Bizning qo'l ostimizda 1 yoshdan 10 yoshgacha yo'g'on ichak ikkilanishi tashxisi bilan 11 ta bola bo'lib, 3 tasida tubulyar shakli, 5 tasida divertikul borligi aniqlandi. 4 tasida qo'shimcha ichak chambar sohasida, to'g'ri birvarakayiga uchrashi 4 xolda qayd etildi. Uchta bemorda uyg'unlashgan anomaliya orqa chiqaruv teshigi atreziyasi yoki jinsiy a'zolari ikkilanishi bilan qo'shib kelganligi aniqlandi.

Adabiyotlardagi ma'lumotlarga hamda shaxsiy tajribalarimizga tayanib shuni ham aytib o'tishimiz kerakki, xirurgik usul ikkilanish a'zolarining shakliga, joyiga va uning qo'shni organlar bilan aloqasini hisobga olgan xolda o'tkazilishi lozim. Boshqacha qilib aytganda, davo usuli har bir bemor uchun alohida tanlanishi kerak.

Unchalik uzun bo'lmagan naysimon va kistasimon chambar ichak ikkilanishi hamda ichak tutqichga ega bo'lmagan divertikulada qo'shimcha hosila asosiy ichakning bir qismiga kesib olib tashlanadi. Asosiy ichak butunligi uchma-uch anastomoz qo'yish yo'li bilan tiklanadi, alohida xususiy ichak tutqichga ega bo'lgan divertikul ponasimon kesilib olib tashlanadi.

Agar kistasimon qo'shimcha to'g'ri ichak ortida joylashgan bo'lsa dum va orqa chiqaruv teshigi orasi yoy shaklida devoriga o'tadigan joyigacha kesib boriladi. Qolgan shilliq qavat esa o'tkir va o'tmas yo'llar bilan bartaraf etiladi. Murakkab xollarda operatsiya bir necha bosqichlardan tashkil topgan bo'lib, tartib bilan o'zgartiruvchi va qayta tiklovchi operatsiyalar o'tkaziladi. Bu muammo echimida tayyor ko'rsatma bo'lishi mumkin emas. SHuning uchun bolaning kelajagini hisobga olgan xolda, urolog va ginekolog bilan bamaslahat faoliyat

ko'rsatiladi. Bu holatga uyg'unlashgan patologiyalarda ko'proq e'tibor berish lozim.

Uyg'unlashgan patologiyani bartaraf etilishini yoritish maqsadida kuzatishlarimizdan ikkitasini misol keltiramiz.

M. 10 yosh. klinikamizga ahlat va siydik tuta olmasligi sababli tushgan. CHaqaloqlik davrida anal teshigi atreziyasi bilan tuman shifoxonasida oraliq proktoplastikasi o'tkazilgan. Operatsiyadan keyingi davrda choklarni so'kilishi, oraliq soha jarohatining yiringlashi bilan asoratlanib, jarohat ikkilamchi bitgan operatsiyadan so'ng uzoq vaqt bujlashga to'g'ri kelgan. U kasalligi tufayli maktabga borish imkoniyatdan mahrum bo'lgan.

Bemorning kasalxonaga tushgan paytdagi axvoli o'rtacha og'irlikda. Oraliq terisi ahlat va siydikning muntazam ajralishi natijasida chandiqlangan, 4—5 sm chuqurlikda sagittal sath bo'ylab ichakka ikkita kirish yo'li borligi aniqlanadi. Rektoromanoskopiya to'g'ri ichakni ikkilanishidan darak beradi: rektoskop yopiq tugaydi. Yo'g'on ichak rengono-

kontrast moddalar bilan tekshirilganda, kontrast modda yopiq bo'shliqqa erkin olib kirishi va u bilan parallel ravishda me'yordagi sigmasimon ichak joylashishi aniqlandi. To'g'pi ichakning divertikulyar shaklli ikkilanishi tashxisi qo'yildi. Bundan tashqari urologik tekshirishlar o'ng bo'yрак yo'qligini ko'rsatdi.

Qo'shimcha ichakni laparatomiya yo'li bilan olib tashlash mo'ljallandi. Ammo operatsiya jarayonida qo'shimcha ichak gumbazi hamda uning devori stoma ichak devoriga taqalib turishi aniqlandi. Buning natijasida birinchi rejamiz o'zgardi. Qo'shimcha ichak gumbazi me'yoridagi tak devoriga tikilib, anal teshigi orqali o'rtadagi to'siqqa rimcha «V» rakamini teskarisi sifatida ikkita Koxer qisqichi qistirildi. 10 kun o'tib qisqichlar ko'chib tushdi, ya'ni to'g'ri ichakda butun bo'shliq xosil buldi.

Keyingi bosqichda sigmasimon ichakda g'ayritabiyy orqa chiqaruv teshigi ochilib, 7 va 10 oydan so'ng Maxov bo'yicha sfinkteroplastika qilindi, qizaloqqa klinikadan 1,5 yildan so'ng javob berildi. CHiqish vaqtda qattiq ahlatni yaxshi tutadi, siydik ushlashi ham ancha yaxshilandi. Maktabga qatnashga imkon yaratildi.

Bu kuzatuvimizda to'g'ri ichak atreziyasi uning ikkilanishi va urologik anomaliya bilan qo'shilib kelgan edi.

Bolani birinchi operatsiya qilgan xirurg ikkilanishni aniqlamay, noto'g'ri operatsiya o'tkazgan, 10 yil mobaynida xaqiqiy patologiya aniqlanmay, funksional buzilishlarga olib kelgan. Bu kuzatishimizning qiziq joyi shundaki, patologiyani bartaraf etish uchun juda oson usul tanlangan, ya'ni asosiy va qo'shimcha ichak

orasidagi tusiqni qisqich bilan ezish orqali amalga oshirilgan. Bu Girshprung kasalligida qo'llaniladigan Dyamel operatsiyasiga o'xshab ketadi.

X. 6 yosh, klinikamizga uyg'unlashgan patologiyaning murakkab turi azolarining ikkiga ajralishi bilan yotqizildi. CHaqaloqligida g'ayritabiiy orqa chiqaruv teshigi qo'yilgan ekan.

Kelgan paytida umumiy ahvoli qoniqarli. Orqa chiqaruv teshigi yo'q, oraliq soha terisida ikkita anussimon botiq bo'lib, kattagina lipoma orqali bo'linib turibdi. Olat ikkiga ajralgan, bittasi uretraga ega bo'lib, bola u orqali siysa ikkinchisi oqmasiz. Qov usti sohasida turt oqmadan iborat g'ayritabiiy anus joylashgan.

Tekshirishlar natijasida chamber ichakning glotal, to'g'ri ichakning boshlang'ich qismi ikkilanishi hamda to'g'ri ichak proksimal qismi atreziyasi aniqlandi. Kasalda 3 bosqichli operatsiya o'tkazildi. Birinchi bosqichda qo'shimcha olat olib tashlandi. So'ngra ahlat oqma teshigi bartaraf etilishi bilan bir vaqtning o'zida qorin-oraliq proktoplastikasi o'tkazildi. Bu bosqich operatsiyaning qorin bosqichida to'g'ri ichakning ikkala «shox»i shilliq qavati shililib, bir-biriga biriktirildi. Luborektal sopqonga qarata yo'l ochilib sigmasimon ichakni ko'chirish uchun safarbar etildi. Oraliq bosqichida lipoma rombsimon kesim bilan olib tashlandi. Bir vaqtning o'zida atreziyalangan va ikkilangan, qisman sfinkterlari saqlanib qolgan ichakning ichki halqasi kesildi. Kesilgan halqalar orasi yaqinlashtirilib, ular orasidagi yo'l orqali sigmasimon ichakning uchi oraliq sohasiga chiqarildi, uning uchi erkin osilib turishi uchun qoldirildi. Anal nayining proeksiyasiga muvofiq siljirilgan ichak ustidan yuqorida olingan uvalka tiqilib sfinkter hosil qilindi. Teri cheti esa ichakka choklandi. Bir kun o'tib 3 bosqichda ichakning chiqariladigan ortiq kesib tashlanib, shilliq qavatning cheti teri kesimi chetiga tikildi, Anus shakllangandan so'ng pastga siljirilgan parallel ichaklar orasidan to'siq 7~8 sm masofada kesib tashlanib to'g'ri ichak uzil-kesil yangidan hosil qilindi. Operatsiyaning bevosita kosmetik natijalari qonikarli. Siyishi erkin, olat ereksiyasi saqlangan. Ahlatni qisman tuta olmasligi sababli uzoq muddatga rehabilitatsiya choralari buyurildi.

Bu holatda yo'g'on ichakning total ikkilanishi anal teshigi va to'g'ri ichak atreziyasi hamda tashqi tanosil a'zolari ikkilanishi bilan qo'shilib kelgan. Operatsiyaning texnik tomonlari juda muammoli bo'lib yuqoridagi variantni tanlab olish juda foydali bo'ldi. Qo'shimcha ichak sfinkter apparatini ham sfinkterollastika uchun ishlatish muvaffaqiyatga olib kelishi begumondir. YUqoridagi qismi ikkilanishini o'z holicha qoldirdi. 6 yil mobaynida qonikarli ishlagan qo'shimcha ichak bundan keyin ham yaxshi ishlashiga kafolat bor.

Yo'g'on ichak ikkilanishida davo natijalari uning shakli, joylashgan o'rni, qo'shib keluvchi nuqsonlarga bog'liq yuqorida keltirilgan kuzatishlar eng murakkablari bo'lib, bunday hollarda ham yaxshi natijalarga erishish mumkin.

4. GIRSHPRUNG KASALLIGI

Bu kasallikning klinik belgisini birinchi marta daniyalik pediatr Garold Girshprung yozib koldirgan (H.Hrschprunund, 1887). U kasallikning haqiqiy moxiyatiga tushunib etmagan xolda, chamber ichakning kengayishi va devorlari qalinlashganligini aniqlab, buni «chamber ichakning tug'ma dilatatsiyasi» deb atadi. Keyinchalik kasallikni «tug'ma megakolon», «tug'ma idiopatik megakolon» deb atash rasm bo'lib, xanuzgacha bu atamalar uchrab turadi.

Bolalarda Girshprung kasalligi ancha keng tarqalgan. Adabiyotlardagi statik ma'lumotlar yil sayin o'zgarib turadi. Masalan, agar ilgari u I : 20000—1 : 30000 nisbatda uchraydi (M.Bodiaii, 1952) deb yozilgan bo'lsa, xozirda 1 : 5000 nisbatda uchrashi haqida xabarlar bosilayapti (S.Kleinhqaus atel, 1979). Jinslari solishtirganda o'g'il bolalarda qizlarga qaraganda 4—5 marta ko'p uchrashi aniqlandi. Girshprung kasalligiga irsiy moyilligi bor oilalarda bolalarning bunday xastalik bilan tug'ilishi xavfi 60 foizgacha oshadi.

Etiologiya va patogenezi, tasnifi. Morfologiq gistoximik va patofizologik tekshirishlarga asoslanib shuni aytish mumkinki, Girshprung kasalligining zamirida yo'g'on ichak distal qismining rivojlanish nuqsonlari, tug'ma aganglioz yotadi. Ichak devorining o'zgarishi quyidagicha bo'ladi: a) intramural nerv tugunlarining butunlay yo'qligi yoki kamligi; b) anomal nerv tolalari va tugunlari mavjudligi; v) nerv reflektori yoki o'tkazuvchanligining buzilishi. Bunda ichakning mushak shilliq osti va shilliq qavatlarini ikkilamchi o'zgarishlarga uchraydi.

Ichak devori nerv elementlari takomilining me'yorida chetlashish sabablari oxirigacha aniqlanmay qolmoqda.

Makroskopik aganglionlar hamma vaqt me'yorida ingichka, yuqorida joylashgan ichakning kengaygan qismi esa aniq bilinib turadi (37- rasm). Aganglionar segmentning pastki chegarasi doimo anal nayning yuqori chetiga mos keladi. Yuqori chegarasi esa har xil bo'lishi mumkin. Jumladan, W.Schenach va boshhalar (1977) ma'lumotlariga ko'ra, 20 foiz bemorlarda aganglioz to'g'ri ichakning ekstraperitonel qismi bilan cheklansa, 60 foizida sigmasimon ichakni ham o'z ichiga oladi, 15 foizida sigmasimon ichakdan yuqorida, 5 foizda esa yo'g'on ichakning barcha qismiga tarqalgan bo'ladi, T.Ehrenpreis (1970)

ma'lumotiga ko'ra, 14—25 foiz xollarda to'g'ri ichakda uchrasa, rektosigmaidal qismi aganglioz 77 foiz to'g'ri ichakdan taloq burchagigacha bo'lgan soha aganglioz 4—12 foiz xollarda uchraydi. Amaliyotda qo'llash uchun agangliozlarning bir qancha tasniflari mavjud. Quyidagi A. L. Lyonyushkin taklif etgan Girshprung kasalligining tasnifini keltiramiz.

A, Anatomik shakliga ko'ra.

I. Rektal. a) to'g'ri ichakning oraliq bo'limi aganglioz (superqisqa segmentli); b) to'g'ri ichak ampulasi va ampula usti aganglioz (qisqa segmentli).

II. Rektosigmoid.

a) sigmasimon ichak distal 1/3 qismi aganglioz;

b) sigmasimon ichakning katta qismi yoki butunligicha aganglioz (uzun segmentli Girshprung kasalligi).

III. Segmentli.

a) to'g'ri ichakning sigmasimon ichakka htish joyi yoki sigmasimon ichak bir segmenti aganglioz; b) ichak sog'lom qismining ikkala tomonida uchrovchi aganglioz.

IV. Subtotal: a) yo'g'on ichak qismi aganglioz; b) o'ng qismiga ham tarqalgan aganglioz,

V. Total yo'g'on ichak barcha qismi aganglioz (ba'zan ingichka ichakning ham bir qismi qo'shilishi mumkin).

B, Klinik bosqinlariga ko'ra.

1. Kompensatsiyalashgan (kompensatsiyalashgan 1-2 darajali).

2. Subkompensatsiyalashgan (yarim muvozanatlashgan 1—2 darajali),

3. Dekompensatsiyalashgan (muvozanati buzilgan 1—2 darajali),

Anatomik shakllari ko'rgazmali bo'lishi uchun 37- rasm keltirilgan.

Bizning ma'lumotlarga ko'ra, 25 foiz bemorlarda rektal shakli, 70 foiz bemorlarda rektosigmoid, 1,5 foizda segmentli, 3 foizda subtotal, 0,5 foizda total aganglioz kuzatilgan. Klinik bosqichlari kuyirovda sharxlanadi.

Klinikasi va tashxisi. Klinik belgisi haqidagi yozuvlarda har xil uyg'unlikda uchraydigan belgilar kompleksini uchratamiz. Girshprung kasalligining eng erga namoyon buluvchi asosiy belgisi mustaqil yozila ololmaslikdir (surunkali qabziyat). Ko'p xollarda bu belgi chaqaloqlik davridayoq yuzaga chiqadi. Bizning amaliyotimizda kasal xayotining birinchi kuni va xaftasida ich kelmasligi 90—95,5 foiz, 1—6 oygacha 3,2 foiz, 6—10 oygacha 1,3 foiz, 1 yoshdan keyin 0,5 foiz bemorlarda kuzatildi.

Qabziyatning boshlang'ich belgilari, ularning keyinchalik ifodalanish darajasi ko'p jihatdan aganglionar zona uzunligi, ovqatlantirish turi, ichakning muvozanatlovchi imkoniyatlariga bog'liq

Aganglionar segment qisqa bo'lgan chaqaloqlarda birlamchi ahlat va keyinchalik ahlat tutilishi 1—3 kun kuzatilib, tozalovchi huqnalar bilan osongina bartaraf bo'ladi. Bu zona uzun bo'lsa, jadal choralar talab qiluvchi ichak tutilishi manzarasi namoyon bo'ladi. Zona uzunligidan qat'iy nazar, qabziyat kuchayib boraveradi, bolaga ko'krak berib boqilsa, qabziyat kuchayishi unchalik bilinmaydi, chunki yarim suyuq ahlat konservativ davo hamda yo'g'on ichak sog'lom qismining muvozanatlovchi kuchi yordamida to'siqdan oson o'tadi. Ammo qo'shimcha ovqat berilishi yoki sun'iy oziqlantirishga o'tish bilanoq ahlat quyulashib, ichak muvozanatlovchi imkoniyatlari susayishi natijasida qabziyat sezilarli kuchayadi.

Kattaroq yoshli bolalarda qabziyat davomiyligi har xil bo'lib, bola parvarishi va konservativ davo o'tkazilishiga bog'liq- qabziyat odatda 5-7 kungacha cho'ziladi. Ichning bundan ham uzoqroq muddatga tutilishi so'nggi yillarda kuzatilmayapti. Darvoqe, axyon-axyonda ich kelishi mustaqil bo'lsada, aksariyat bemorlarda faqat huqndan keyin keladi.

Konservativ davo tadbirlari hamma vaqt ham ichakning to'liq bo'shashini ta'minlab bermaydi. Ko'p hollarda ichakning doimiy chala bo'shalishi oqibatida ahlat massalari qattiqlashib, ichakning distal qismiga «ahlat toshlari» sifatida to'planib qoladi.

Kichikroq o'lchami toshlar aganglionar zonadan o'tib to'g'ri ichakka to'xtashi mumkin. Ba'zan o'lchamlari behad qattiqlashib ketgan tosh «qorin bo'shlig'i o'smasi» degan noto'g'ri tashxis qo'yishga sabab bo'ladi. Bunday toshlar ichak bo'shlig'ini yopilib qolishiga sabab bo'lib, o'tkir ichak tutilishiga olib keladi.

Girshprung kasalligining yana bir doimiy belgisi qorin dam bo'lishi — meteorizm bo'lib, qabziyat singari hayotning birinchi kun va haftasidayoq namoyon bo'ladi. Ahlat va elning muntazam tutilishi sigmasimon, ba'zan esa chambar ichakning boshqa qismlari kengayishiga olib keladi, bu esa o'z navbatida qorin o'lchamining kattalashishi va konfiguratsiyaning o'zgarishiga sabab bo'ladi. Ayrim mualliflar bunday qorinni ifodali qilib «qurbaqa qorin» deb atashgan edi. Kindik tekislanib yoki chiqib kolgan, pastga siljigan ichakning u yoki bu tomonga siljishi qoriga assimetrik shakl beradi. Qavargan joylar paypaslanganda ahlat bilan to'la ulkan ichak seziladi. U ba'zan o'smalar kabi pishiq qattiq ba'zan hamirsimon bo'ladi. Keyingi xolda shalviragan qorin devorida

barmoq botiklari («loy simptomi») qoladi. Paypaslash natijasida peristaltika kuchayib qorin old devori orqali «harakatlanuvchi to‘lqinlar»ni aniqlash mumkin.

Bola qancha ulg‘aysa yoki parvarish yomon bo‘lsa, ikkilamchi o‘zgarishlar shuncha yaqqollashib boraveradi, bu o‘zgarishlar ahlatdan zaharlanish natijasida kelib chikadi. Bemorlarning kattagina qismida anemiya va gipotrofiya kuzatiladi. Kasallikni kechiktirib yuborilgan hollarda ko‘krak qafasining shakli o‘zgaradi: qovurg‘a ravoqlari uzoqlashib, o‘tmas burchak hosil bo‘ladi. Diafragma ko‘tarilib, o‘pka siqiladi, nafas oluvchi yuzalari keskin kamayadi, Bularninghammasi qaytalama bronxit va zotiljamlarni keltirib chiqadi.

Ahlatniig uzoq tutilishida ichdan zaharlanish va ichak yurishmasligi qayt qilishga sabab bo‘ladi. Bola qanchalik kichik yoshda bo‘lsa, qayt qilish shunchalik ko‘p uchraydi. Kattaroq yoshli bolalarda qo‘shish ichak obsuratsiyasi yoki burilishidan darak beradi qusishga qorin og‘rig‘i qo‘shilib kelishi mumkin. Ularning uyg‘unlashib kelishidan juda ehtiyot bo‘lish keraq Bu belgilar ichak tutilishi yoki yo‘g‘on ichak teshilishi natijasida kelib chiqqan peritonitning darakchilaridir.

Ko‘pgina xorijiy olimlar diareya (paradoksal ich ketish) ko‘p uchrashini yozishadi, bu narsa chaqaloqda ham uchrab, uzil-kesil xirurgik aralashuv o‘tkazilguniga qadar ko‘p negativ natijalar bilan tugaydi. Vatanimizda chiqadigan maxsus adabiyotlarda bu mu‘ammo umuman muxokama qilinmaydi. Bizning amaliyotimizda esa bu asorat juda kam holatlarda kuzatilgan, bu asoratning kelib chiqishi ichak disbakderiozi shilliq qavatidagi yallig‘lanish jarayoni hamda yo‘g‘on ichakda yotok yaralarni paydo bo‘lishi bilan bog‘liq bo‘ladi. Uni tashxislab oldini olish uchun muvofiq dorilarni bemorga buyurilishi va davolovchi huqnalar kilinib, ahlat toshi tez bartaraf kilinishi lozim.

SHuni ham aytib o‘tish kerakki, oxirgi yillarda Girshprung kasalligining klinik belgilari zimdan ancha o‘zgarib, «yumshab» qoldi. Faqat surunkali qabziyatgina doimiy belgi bo‘lib koldi, Darvoqe, uning ifodalanishi ham o‘zgardi, ya‘ni kasallik anamnezida ayniksa yoz-kuz davrlari «yorqin oraliqlar» tez-tez uchrashi hakida ma‘lumotlar paydo bo‘lmaydi.

Kasallarning zimmasida ham qorin konfiguratsiya o‘zgarishi va dam bo‘lishi kuzatilmayaiti. Ikkilamchi o‘zgarishlarni ham yil sayin kamroq uchrab borishi ayniqsa diqqatga sazovordir, bularning hammasini tashxisi erta qo‘yilganligi, ixtisoslashgan bolalar xirurgiya xizmatining rivojlanishi, aholi o‘rtasida tushuntirish ishlari olib borishning yaxshilanishi natijasidadir.

SHunga qaramasdan kasallikning boshlang‘ich belgilari va klinik manzaralar rivojlanishi saqlanib qolmoqda. Amaliyot nuqtai nazaridan Girshprung

kasalligining engil, oʻrta va ogʻir shakllarini ajratish odat boʻlgan (YU.F.Isaqov, 1965), G.A.Bairov (1968) esa oʻtkir va surunkali shakllarini tafovut qiladi. Bizning fikrimizga koʻra, simptomlarning rivojlanishi, oʻzgaruvchanligini hisobga olgan holda, kasallik shakli emas, aynan bir bemordagi simptom-kompleksning harakatlanuvchi chegaralarini aks ettiruvchi «bosqich» atamasini qoʻllagan maʼqulroqdir. SHartli ravishda klinik belgilarni uch guruhga ajratish mumkin.

1. Erta paydo boʻluvchi belgilar: qabziyat, qorin dam boʻlishi, qorin oʻlchamlarining kattalashishi.

2. Kech paydo buluvchi belgilar: anemiya, gipotrofiya, koʻkrak qafasi shaklining oʻzgarishi, ahlat toshlarining hosil boʻlishi.

3. Asoratlanish belgilari: qayt qilish, qorin ogʻrigʻi, paradoksal ich ketish.

Birinchi guruhga kiruvchi klinik belgilar erda paydo boʻlib, kasallikka hamma vaqt qoʻshilib keladi. Ikkinchi guruh belgilari ancha kech paydo boʻlib, hamma kasallarda ham ifodalanmagan, parvarish yaxshi boʻlsa va toʻlaqonli konservativ davoda yoʻqolishi mumkin. Uchinchi guruh klinik belgilari uygʻunlashib kelsa, koʻp xollarda asoratdan soʻng yuzaga keladi.

Bu belgilarning barchasi bemor bolani operatsiyaga tayyorlashdagi shifokor faoliyatiga bevosita taʼsiri bor. Operatsiya kasallik bosqichining eng qulay fursatlarida oʻtkazilishi mumkin va shart. Organizmdagi buzilgan vazifalarni muvozanatga kelgan davri eng qulay vaqtdir. Bunga qarama-qarshi ravishda muvozanat buzilishi bosqichi mavjud boʻlib, ular orasida bir qancha oʻtish davrlari bor. SHuning uchun Girshprung kasalligi klinik kechishini kompensatsiyalashgan, subkompensatsiya hamda dekompensatsiya bosqichlariga ajratamiz.

Kompensatsiya bosqichi hayotning birinchi kuni va haftalarida bemor bolalar sogʻlomlardan juda kam farq qiladi. Baʼzan ularda qorinning engilgina dam boʻlishi, qayt qilish bilan kechadigan ich tutilishi kuzatilsada, bemorning umumiy koʻrinishi yaxshi boʻladi. Ozrok suyuqlik bilan huqna qilish yoki el chiqaruvchi naycha tiqish bilan bolada mustaqil yozilishni chaqirish mumkin. Boshida bunday bolalarni butunlay sogʻlom deb hisoblab, tabiiy vazifalarning meʼyordan chetlashishini suyuqlik natijasida ichak peristaltikasining zaiflashgani bilan bogʻlashadi, Vaholanki, keyinchalik kuchayib boruvchi qabziyat paydo boʻlib, qoʻshimcha ovqat berilganda yoki sunʼiy oziqlantirilganda yaqqol namoyon boʻladi. Parvarishning yaxshi boʻlishi, konservativ davo uzoq vaqtgacha ichakni muntazam boʻshalishini taʼminlaydi, bunday holda bolaning jismoniy jihatdan rivojlanishi va umumiy ahvoli meʼyorda boʻlsa, kompensatsiya bosqichining I darajasi deb hisoblaymiz.

Ba'zan muvozanatning beqaror bo'lishi, shifokor tavsiya etgan rejimning bir oz buzilishi bemor umumiy ahvolidagi yomonlashuviga (qorinda ahlat yig'ilishi, ishtaxa buzilishi) olib kelishi mumkin. Bunday muvozanat II darajali hisoblanadi. Bu beqarorlikni muntazam rejim orqali to'g'rilash mumkin.

Subkompensatsiya bosqichi. Bu o'rta bosqichlar deb hisoblanadi. Dastlab kasallikning boshlangich klinik belgilari kompensatsiyalashgan bosqichnikiga uxshasada, vaqt o'tishi bilan zo'raya boshlaydi, bemorning umumiy ahvoli yomonlashib boradi, qabziyat barqarorlashib ichakni bo'shatish uchun sifonli huqnalarni qilishga to'g'ri keladi. Kasallik muvozanat buzilgan bosqichdagiday og'ir boshlanishi, tegishli davo tadbirlari natijasidagina bemorning umumiy ahvoli engillashishi mumkin. Aganglionar zonaning sezilarli uzunligiga karamay, sifonli huqna qilishni yaxshi o'zlashtirib olgan ota-onalar uzoq vaqt davomida bola ahvolidagi qonikarli ushlab turishi mumkin. Kasallik belgilari va ikkilamchi o'zgarishlarning u yoki bu tomonga qarab siljishiga ko'ra bu bosqichning ikkita darajasi farqlanadi: I darajasida yaxshilanish, II darajasida esa yomonlashish tomoniga qarab siljish kuzatiladi.

Dekompensatsiya bosqichi klinik jihatidan har xil namoyon bo'ladi. Kasallik belgilariga ko'ra bu bosqichning ikkita turi farqlanadi: o'tkir (I darajali), surunkali (II darajali), o'tkir dekompensatsiya chaqaloq tug'ilgan zahotiyok yuzaga chiqib, pastki ichakning tutilishi belgilari tezda kuchayadi: birlamchi ahlat juda kam yoki butunlay ajralmaydi, qorin dam bo'lishi kuchayadi, ichak peristaltikasi ko'rinarli bo'lib qoladi, bemor ko'p qayt qiladi.

Ba'zan konservativ tadbirlar, jumladan tozalovchi va sifonli huqnalarni o'tkir dekompensatsiyani bartaraf qilib, bemor ahvoli bir qancha muddatga, nisbatan qoniqarli bo'ladi. Ammo ichakning bo'shalishi to'liq bo'lmasdan ichak tutilishi belgilari qaytalanadi (surunkali dekompensatsiya). Hozirgi davrda amaliyotimizda birinchi, ikkinchi va uchinchi guruh belgilarining uyg'unlashib kelishi kuzatilmoqda.

Bolani operatsiyaga tayyorlash jarayonida kasallikning klinik manzarasida sezilarli o'zgarishni yaqqol kuzatish mumkin. O'tkazilgan tadbirlar natijasida buzilgan muvozanat oraliq bosqich orqali asta-sekinlik bilan kompensatsiyalashgan bosqichga o'tishi, ya'ni kasallikning tabiiy yo'nalishiga (kompensatsiya bosqichidan dekompensatsiya bosqichiga o'tishi) yoki teskari harakatlanishi mumkin.

Girshprung kasalligining klinik kechishi aganglionar segment uzunligiga ma'lum jihatdan bog'liq. To'g'ri ichak aganglioziga kompensatsiyalashgan bosqich mos keladi. CHala kompensatsiyalashgan va dekompeisatsiyalashgan

bosqichlar rektosigmoidal, yarim total va total shaklli turi yo'g'on ichakning agangliozlarida kuzatiladi, lekin bundan kasallik og'irligini faqat aganglionar segment uzunligi belgilaydi degan fikr kelib chiqmasligi kerak. Amaliyotda ba'zan klinik manzaralar og'irligi bilan patomorfologik buzilishlarning orasidagi nomutanosibliklarni ko'zlashga to'g'ri keladi. Boshqacha qilib aytganda, goxida klinikaga juda og'ir axvolda tushgan bemorlarda aganglionar zona qisqaligi aniqlansa, kattarok yoshli bolalarda buning teskarisi ham bo'lishi mumkin. Bunda konservativ davo muntazamligi va to'g'riligigina emas, balki ichakning muvozanatlovchi imkoniyatlari ham katta o'rin tutadi.

Girshprung kasalligi klinik belgilarining og'irlik darajasini etiologik omillarga bog'liqligini ham esdan chiqarmaslik kerak. Bu muammo xali chuqur o'rganishni taqozo qiladi.

Girshprung kasalligiga qo'shib keluvchi kasalliklar, mualliflar ma'lumotlariga khra 2 foizdan 11 foizgacha uchraydi. Daun kasalligi, siydik chiqaruv yo'llari takomili nuqsonlari, yurakning tug'ma nuqsonlari ham bundan mustasno emas. Ammo Daun kasalligidan boshqa anomaliyalarda yo'g'on ichak aganglioziga irsiy moyillik kuzatilmaydi. Wilkinson N. (1963) ma'lumotlariga ko'ra bu moyillik boshqa kasallarnikiga qaraganda 10 baravar ko'pdir.

Tashxisi. Girshprung kasalligini tashxislash anamnez, klinik belgilar, yo'g'on ichakni rentgenologik tekshirish va shunga o'hshash yordamchi tekshirish usullariga asoslanadi, Anamnezni o'rganishda qabziyat qachon paydo bo'lganligiga diqqatni jalb qilish zarur. Tug'ma aganglioz uchun mustaqil yozilish birinchi kun va haftalaridanoq buziladi, agar qabziyat kechroq paydo bo'lib, ota-onalar ma'lum muddatlarda mustaqil ich bo'shashini sezgan bo'lsalar, Girshprung kasalligi tashxisi isbotlanmaydi.

Kasallikning klinik belgilari hakida to'xtalib o'tgan edik. Ularga qo'shimcha qilib shuni aytish mumkinki, zarur diagnostik usullardan biri to'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirishdir. Girshprung kasalligida bola ko'p vaqtdan buyon yozilmaganligiga qaramay to'g'ri ichak ampulasi bo'm-bo'sh bo'ladi. Faqat ampulada toraygan zonadan sirgalib o'tgan ahlat toshlari barmoqqa ilashishi va ayniqsa ichki sfinkterlar tonusi kuchaygan bo'ladi. Aganglionar zona qancha uzun bo'lsa, bu belgi shunchalik kuchli namoyon bo'ladi.

Ko'p hollarda tashxislashda rentgen diagnostika hal qiluvchi o'rin tutadi. Bariy aralashmasi bilan irrigografiya qilish usuli eng zarur ma'lumotlarni beradi. Bu vazifaning echimi zamonaviy rentgenologik apparatlarda, jumladan elektron-optik o'zgartiruvchi nazorat ostida engillashadi. Girshprung kasalligining ishonchli, patognomik belgisi yo'g'on ichak distal qismidagi toraygan zona va

bu zona ustidagi kengaygan joyga voronkasimon o'tish joyi mavjudligidir. Bunda ko'pincha kengaygan soha shilliq qavatini relifida o'zgarishlar, jumladan me'da shilliq qavatini eslatuvchi qo'pol burmalar aniqlanadi, Girshprung kasalligida aganglionar segment rektosigmoidal bo'limda joylashgan bo'lsa, yaqqol ko'rinadi.

Rentgenogramma tahlil qilinayotganda tasvirdan aganglioz zona diametri me'yorga yaqin bo'lishi tashxisiy hatolarga olib kelishi mumkin. Bunda tasvirdagi nisbiy torayish, ya'ni aganglionar segmentga qaraganda yuqorida joylashgan ichak qismining hamma vaqt kengaygan bo'lishi e'tiborga olinishi lozim. SHuning uchun ichak bariyli aralashmaga zichlab to'ldirilganda qisqa va uzun aganglionar soha aniq ko'rinadi.

Ultraqisqa segmentli rektal agangliozlarni ham tashxislashda qiyinchiliklarga duch kelinadi. Ba'zan esa toraygan zonani to'g'ri proeksiyada aniqlash ba'zan qiyin bo'lishi mumkin. Asosan qiya va yondan olingan tasvirlarda bu belgi aniqroq bo'ladi. Bunda ichakning kengaygan qismi chanoq bo'shlig'ida joylashgan bo'lib, toraygan qismini yopib turadi. SHuning uchun qorinning pastki qismini paypaslab bosish bilan uni bir tomonga siljitib, aganglionar segment to'liq ko'rinadigan holatni tanlash kerak. Agar bemor vaziyatini o'zgartirish bilan ham toraygan segment yaxshi ko'rinmasa, bariyli aralashmasiga 1 foizli tanin eritmasini qo'shib qaytadan tasvirga olish lozim.

Xayotning birinchi kun va xaftalarida aganglionar segment va yuqoridagi qism diametrlari orasida deyarli farq yo'qligi sababli, rentgenodiagnostikaning qimmatini kamroq bo'ladi. Aganglionar segment qisqa bo'lsa, innervatsiyasi buzilmagan qism kengayishi va oraliq qismning voronkasimon bo'lib ko'inishi xayotning 2—3- oylarida, xatto undan ham kechroq aniqlanishi mumkin.

Kasallikka xos bo'lgan uchta belgining qo'shib kelishi: erta qabziyat, qorinning dam bo'lishi, rentgen tasvirida suprastenotik kengaygan qismning voronkasimon bo'lib, toraygan zonaning mavjudligi tashxisni to'liq isbotlaydi. Ba'zan noaniq va shubhali xollarda qo'shimcha tekshirishlar o'tkazish zarurati tug'iladi. Bularning orasida eng ko'p tarqalgan funksional tashxis va to'qimalardagi atsetilxolinesteraza faolligining aniqlash usulidir.

Funksional tashxis rektoanal sohaning vazifaviy xolatini kompleks ravishda u yoki bu parametrlar o'zgarishini qayd etishga asoslangan. Bu maqsadlar uchun maxsus yoki moslashtirilgan qurilmalardan foydalaniladi.

O'lchanishi shart bo'lgan asosiy parametrlar quyidagilardir: a) to'g'ri ichak bosimining tinch turganda va sfinkterni ixtiyoriy qisqartirganda muntazam profilometriyasi; b) to'g'ri ichak ichki va tashqi sfinkterlar elektromiografiyasi;

g) anal va rektal reflekslarining refleksometriyasi. Bosim va elektrik biopotensiallarni ko'p kanalli ezuv kurilmada qayd qilinadi, Anal refleks odatda orqa chiqaruv teshigi atrofi sohasi terisini ta'sirlash bilan chaqirilsa, rektoanal refleks to'g'ri ichakning 6—9 sm chuqurlikka polietilen kateter uchidagi lateks ballonchani tezlikda shishirish orqali kuzatsa bo'ladi.

Girshprung kasalligining tashxisiy mezonlari quyidagilar: to'g'ri ichak tez taranglashganda ichki sfinkter bo'shalishi o'rniga taranglashishi bilan kechadigan teskari rektoanal tormozlanish refleksi. SHu bilan birga to'g'ri ichak bosimining balandligi, ichki sfinkterning asta-sekinlik bilan kechadigan katta ampitudali harakati hamda to'g'ri ichak xarakat faoliyatining sezilarli aritmiyasi kuzatiladi.

Gistokimyoviy tashxis to'qima atsetilxolinesterazasining (AXE) faolligini yoki suksinatdegidrogenezaning miqdorini aniqlashga asoslangan. Bu usullardan birinchisi hozirgi vaqtda keng ko'llanilmokda. 1950- yillarning o'rtasida Girshprung kasalligida atsetilxolinesgerazaning faolligi tekshirilib, ichakning distal aganglionar segmentida, kengaygan proksimal qismiga qaraganda AXE faolligi 2—4 baravar yuqoriligi aniqlangan edi (Kamjo D.etal, 1953). Xozirda AXE ni aniqlash usuli takomillashib, tashxisda qo'llash imkoni yaratildi (Meier-Ruge W, 1968). Girshprung kasalligini tasdiklash uchun to'g'ri ichak shilliq qavati yuzassdan biopsiya olinib va shilliq qavat mushagi parasimpaggik tolalarda AXE faolligi tekshiriladi. To'qima AXE si faolligi quyidagicha aniqlanadi {YU.F.Isakov va hammualliflar, 1965);

- manfiy - shilliq qavatning xususiy mushaklarida AXE musbat tolalarning haddan tashqari kamligi, yo'g'on ichak shilliq qavatida AXE musbat tolalarning yo'qligi;

- zaif musbat - shilliq qavat mushaklarida AXE musbat tolalarning kam miqdorda uchrashi, ularning bir qismi shilliq qavatda siyrak tarqalgan;

- musbat - AXE musbat tolalar shilliq qavatining xususiy mushaklarida va shilliq qavatning o'zida ham ko'proq bo'lib, aniq ko'zga tashlanadi;

- kuchli musbat - shilliq qavat xususiy mushaklarida AXE musbat tolalar juda ko'p, ular shilliq qavatning ichiga kirib, bezlararo qalin to'r hosil qiladi.

Gistokimyoviy tashxis qisqa va superqisqa segmentli agangliozlarda katta ahamiyatga ega. Bioptatni bir necha joydan olish maqsadga muvofiqdir. Birinchi bioptat anal nayidan 1,5—2 sm yuqoridan, ikkinchisi birinchi nuqtadan 2—2,5 sm yuqoridan, uchinchisini esa ikkinchi nuqtadan 2-2,5 sm yuqoridan olinadi.

Rentgenologiy funksional va gistokimyoviy tekshirish usullarini kompleks qo'llash Girshprung kasalligi tashxisini 100 foiz aniqlik bilan qo'yish imkonini beradi.

Differensiyalashgan tashxis. Girshprung kasalligini boshqa kasalliklardan farqlashga to‘g‘ri keladi, bu quyi ichak tutilishi belgilari bor chaqaloqlar hamda Girshprung kasalligi belgilarini beruvchi kattaroq yoshli bolalarga taalluqlidir.

Goxida mekoniyli tiqin yo‘g‘on ichak bo‘shlig‘ini qisman yoki butunlay yopib, ich yurishmasligini keltirib chiqaradi. Girshprung kasalligidan farq qilib, bunda tozalovchi huqnadan keyin ichak tutilishi belgilari bartaraf bo‘lib umuman qaytalanmaydi. Ich kelganda bu tiqinning kulrang yashil rangiga va quyuc konsistensiyasiga qarab oson ajratib olish mumkin.

YOnbosh ichak terminal stenozini klinik jihatdan Girshprung kasalligiga o‘xshab ketadi. Simptomlar o‘hshashligi bolaning faqat chaqaloqligida emas, balki kattaroq yoshda ham saqlanib qoladi. Stenoz darajasiga qarab, klinik belgisi o‘zgarib tursada, ertami-kechmi ingichka stenoz usti kengayishi Girshprung kasalligidan yo‘g‘on ichak qovuzlog‘i kengayishiga o‘xshab qoladi. Bu kengayish qorin old devori orqali aniq namoyon bo‘lib, kuchaygan peristaltikani kuzatish mumkin. Qabziyat va qorinning dam bo‘lishiga o‘hshashlikni kuchaytiradi. Yo‘g‘on ichakka kontrast modda yuborib rentgen tasviri olinganida, Girshprung kasalligiga o‘hshash belgi topilmasa, yo‘g‘on ichakka ovqat aralashmalari kam o‘tganligi natijasi hisoblanadi. Bunday manzara yo‘g‘on ichakning total agangliozida o‘ylashga majbur qiladi. Bunday xollarda differensial tashxisning ahamiyati juda katta. Xirurgik aralashuvning harakteri va xajmi bu kasalliklarda ikki xildir. Funktsional, gistokimyoviy tekshirishlar, to‘g‘ri ichak devorsdan biopsiya olish kabi qo‘shimcha tekshirishlarni kompleks qo‘llash katta ijobiy natijalar beradi.

CHaqaloqlarda ichakning funksional yoki dinamik tutilishining o‘tkir dekompensatsiyalashgan bosqichi Girshprung kasalligining 3—5 sutkalarida namoyon bo‘ladi. Dastlab mekoniy me‘yordagiday ajralsa, keyinchalik oraliq sohasida ahlat paydo bo‘ladi va nihoyat, ichak tutilishi belgilari kuchayib qayt qilish, qorin dam bo‘lishi, mustaqil yozilishning yo‘qolishi paydo bo‘ladi, bu belgilar Girshprung kasalligiga o‘xshab barqarordir.

Funksional ichak tutilishi chala tug‘ilgan bolalarning katta qismida uchrashi asab faoliyati etilmaganidan dalolat beradi, buni morfologik tekshirishlar ham tasdiqlaydi. CHaqaloq tug‘ilgan paytda intramural tugunlar hali morfologik jihatdan etilmagan, ayniksa yo‘g‘on ichakning oxirgi qismida bu narsa tabiiy bo‘lib, asta-sekin etilib boradi (B.Smith, 1968).

CHala tug‘ilgan bolalarni parvarishlash uchun pediatriyada tegishli rejim yaratiladi. SHunga parallel ravishda peristaltikani kuchaytirishga qaratilgan konservativ davo o‘tkaziladi. Me‘dani yuvish, har kuni tozalovchi huqnalar qilish,

glyukozani venaga yuborish, mushak orasiga prozerin junatish shular jumlasiga kiradi. Natijada kasallik belgilari asta-sekin yo‘qolib, mustaqil ich keladi. Keyingi rentgenologik tekshirishlar Girshprung kasalligi to‘lik yo‘qligini ko‘rsatadi.

Noma‘lum sababli megakolon sindromi hamma bolalarda Girshprung kasalligi bilan aynan uning rektal shakli bilan farqlanishi kerak. Odatda bolada surunkali qabziyat borligi haqida ota-onalar shikoyat qilishganda va rentgen tasvirida yo‘g‘on ichak distal qismi kengayishi kuzatilgan hollardagina shifokorlar Girshprung kasalligi tashxisini qo‘yishadi. Bu holatni to‘g‘ri deyish kiyin. Ba‘zan, agar qabziyat barkaror bo‘lib, yo‘g‘on ichak diametri kengaygani aniq ko‘rinib tursa, ammo rentgen tasvirida Girshprung kasalligining tipik belgisi topilmasa, qanday tashxis qo‘yish mumkin. SHu paytgacha qo‘llanib kelingan «idiopatik megakolon», «funksional megakolon» atamaları kasallik mazmuni va paydo bo‘lishi sabablari haqida hech narsa bildirmaydi. SHuni esdan chiqarmaslik kerakki, megakolon bu kasallik emas, faqat uning belgisi, xolos. Hamma vaqt ichakning ikkilamchi kengayishiga olib keluvchi birlamchi sabablar mavjud, Megakolonga olib keluvchi sabab anorektal soha takomilining nuqsonlari, jumladan to‘g‘ri ichak atreziyasining oqmali shakli bo‘lishi mumkin. Bu hakikat hammaga ma‘lum bo‘lib, izohni talab qilmaydi. To‘g‘ri ichak sohasidagi hayotda orttirilgan mexanik to‘siqlar: chandiq, o‘smalar shular jumlasidandir. Bulardan tashqari bir qator boshqa patologik xatolar ham o‘hshash manzara beradi.

SHu jumladan, odat bo‘lib qolgan qabziyat va har xil ruhiy omillar me‘yordagi defekatsiyaning buzilishiga olib kelib, yo‘g‘on ichak distal qismining kengayishiga sabab bo‘ladi.

Bundan tashqari, endokrin bezlar faoliyatining buzilishi, jumladan, gipertireoz, feoxromotsitomalar ham yo‘g‘on ichakning kengayishiga olib keluvchi qabziyatlarga sabab bo‘ladi.

V vitamini etishmasligi yo‘g‘on ichak devori parasimpatik chigallari shikastlanishiga olib kelib, Girshprung kasalligini eslatuvchi manzarani berishi mumkin.

Janubiy Afrika uchun endemik bo‘lgan CHagas kasalligida parasimpatik tugun neyronlari destruksiyanib, megakolon, megoezofaguslarning rivojlanishiga sabab bo‘ladi. Nospetsifik yarali kolit, yashin tezligida kechuvchi toksik shaklli dizentiriyada intramural nerv xujayralari emirilib, megakolonga olib keladi.

Ayrim hollarda esa dori-darmonlar, jumladan ganglioblokatorlarni bemorlarda qo‘llash Girshprung kasalligiga o‘hshash manzarani beradi.

Megakolon rivojiga olib keluvchi kasallik va patologik holatlar yuqoridagilar bilan cheklanmaydi. SHuning uchun differensial tashxis ikki marta o'tkazilishi, dastlab Girshprung kasalligi inkor etilib, keyin megakoloni keltirib chiqaruvchi sabablar va ularning turi farqlanishi lozim. Bu muammoning sabablari, echimini topish uchun hamma tekshirish usullaridan foydalanish keraq Bularga anamnez, umumiy klinik, rentgenologik, funksional, gistokimyoviy tekshirishlar hamda to'g'ri ichak devorida xirurgik yo'l bilan biopsiya olish kiradi.

Davosi. Girshprung kasalligi faqat xirurgik yo'l bilan bartaraf etiladi. Operatsiya zarurligi shak-shubhasiz bo'lgani holda operatsiyaning taktik va texnik tomonlarini puxta o'ylab ko'rishni taqozo etiladi.

Davolash taktikasi. Girshprung kasalligi tasdiqlanganidan so'ng davolash uchta variantda o'tkazilishi mumkin:

1) tez muddatlarda radikal operatsiya o'tkazish; 2) vaqtinchalik kolostoma qo'yib, operatsiya muddatini keyinroqqa surish; 3) operatsiya o'tkazish uchun kulay vaqt kelguncha qabziyatni konservativ davolash. Amerika pediatriya akzdemiyasi xirurgik seksiyasi a'zolarshshng anketa savollariga bergan javoblariga ko'ra, 40 foiz xirurglar tashxis o'rnatilgandan so'ng hamma vaqt kolostoma qo'yishadi: ulardan 37 foizi kolostomani 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda qo'yishadi. 1 yoshdan katta bolalarga faqat boshqa tadbirlar bilan ichakni muntazam bo'shatib bo'lmasa stoma qo'yishadi. 23 foizi xirurgik operatsiyaga qadar bemorlarni konservativ davolashni, bu davo natija bermaganda kolostoma qo'yishni ma'qul ko'rishadi. Bizning fikrimizcha, keyingi guruh xirurglarining tutgan yo'li to'g'riroq, oxirgi 20 yil mobaynida bu taktika har tomonlama qulayligi aniqlandi.

Uzil-kesil operatsiya o'tkazish muddatini ko'krak yoshigacha qisqartirib borishda sharoitdan kelib chiqishi lozim, Birinchsdan, bu yonda bolalar murakkab operatsiyani ko'tarishi juda qiyin. Bundan tashqari, bola jismining kichkinaligi hisobiga kelib chiqadigai va operatsiyadan keyingi davrning qiyinchiliklari o'limning ko'payishiga sabab bo'lishi mumkin, Ikkinchidan esa, operatsiya kechiktiriladigan bo'lsa, ichak disbakteriozi, enterokolit, jigar parenximasining distrofik o'zgarishi, oksil almashinuvining buzilishi va boshqalar kelib chikadi, SHuning uchun bolaning yoshi kichikligi uchun operatsiya o'tkazish xavfi kamaygan, ammo hali ikkilamchi o'zgarishlar rivojlanmagan, 1—2 yosh chegara optimal muddat hisoblanadi.

Nihoyat, operatsiya o'tkazish uchun oitimal muddat 6—18 oy hisoblanadi. Ammo operatsiya o'tkazish muddati hammada ham bir xilda tanlanmasligi kerak. Kasallikning klinik kechishi, xirurg nazoratiga tushgan vaqt hisobga olinishi lozim.

Bolaga erga tashxis qo'yilib, kasallik dinamikasi kuzatuv ostida bo'lsa, bu muddatga amal qilinishi shart. YArim kompensatsiyalashgan yoki dekompensatsiya bosqichlarida ham operatsiya bu muddatlarda o'tkaziladi. Aksincha, kompensatsiya barkdror bo'lsa, operatsiyani 2-4 yoshgacha kechiktirish mumkin bo'ladi.

Uzil-kesil operatsiyagacha bo'lgan muddatlarda uy sharoitida konservativ davoni o'tkazish lozim bo'ladi. Buning uchun ichni yumshatuvchi parhez, davo badantarbiyasi, tozalovchi hamda sifonli huqnalarda o'tkazish maqsadga muvofiqdir. Bunda tozalovchi va sifonli huqnalarga asosiy e'tibor qaratish lozim. Huqnalarni muntazam qo'llash bolani unga o'rganib qolishiga sabab bo'ladi deb o'ylash noto'g'ridir. Agar axyon-axyonda bemorda ich mustaqil kelsa ham, Girshprung kasalligida ichak xech qachon butunlay tozalanmaydi, shuning uchun xaftada 1—2 marta tozalovchi yoki sifonli huqna qilib turishi kerak. SHuni qayd etib o'tish kerakki, konservativ choralar hamma vaqt ham kutilgan natijani bermaydi, bola axvoli og'irlashib boraveradi. Uzil-kesil operatsiya o'tkazish uchun monelik qiluvchi sabablar aniqlansa, toraygan joydan yuqoriroqda sun'iy oqma ochilishi kerak. Terminal kolostoma qo'yish ma'kul bo'ladi. Buning qulay tomonlari shundan iboratki, yo'g'on ichak maksimal ishlagani holda, rezeksiya chegaralarini aniqlash muammolari tug'ilmaydi.

Girshprung kasalligida uzil-kesil xirurgik muolajasi yo'g'on ichak aganglionar segmentini imkon boricha chiqaruv teshigiga yaqinrok joyda kesib olib tashlashdan iborat. Bu vazifa texnik jihatidan har xil yo'llar bilan bajariladi. Hozirgi vaqtda Svenson, Dyamel va Soave usullarini qo'llash yaxshi samara bermokda. Ular orasidagi texnik farqlar 39- rasmda aniq ko'rsatilgan.

Svenson operatsiyasn (O.Swenson, 1948) hamma turdagi operatsiyalarning negizi — qorin-oraliq rektosigmoid ektomiyasidir. U yo'g'on ichak distal qismining safarbar etilishidan boshlanib, ichakning aganglionar va kengaygan qismlarini rezeksiyalagach, siljirilgan chamber ichak va to'g'ri ichak orasida bevosita anastomoz qo'yishdan iboratdir. Buning uchun to'g'ri ichak orqa chiqaruv teshigidan 4-5 sm yuqoridan kesilib, orqa chiqaruv nayi orqali vaqtinchalik evaginatsiya qilinadi- R.Hiatt (1958) va YU.F.Isakovlar (1965) tomonidan operatsiya texnikasiga o'zgartirishlar kiritilgan.

Stayt-Rebeyn (1956) operatsiyada aganglionar zona qorin bo'shlig'ining o'zidayoq rektosigmoidal soha kesilib, qorin pardasining o'tuvchi burmasining pastidan ekstraperitonal anastomozlanadi.

Dyamel operatsiyasi (T.Duamel, 1956) chamber ichakning to'g'ri ichak ortidan anal teshigi orqali pastga siljitib rektorektal anastomoz qo'yishdan

iboratdir. Ushbu operatsiyaga modifikatsiya sifatida Grob M. (1959), Bairov G.A. (1968) o'zgartirishlar kiritishgan.

Kolostomiya radikal operatsiyaga tayyorlash davrining muhim tarkibiy qismi sifatida diqqatga sazovordir. Ko'pgina xirurglar Girshprung kasalligi tashxisi qayd etilgan zahotiy oq chaqaloqda bo'lsa kolostoma qo'yish zarurligini ta'kidlashadi. Bu usul o'zini to'la oqlaydi deb o'ylash noto'g'ridir. Birinchidan, moxirlik bilan muntazam qo'llaniladigan konservativ davo ko'p xollarda uzil-kesil radikal operatsiya o'tkazilgunga qadar ichakni muntazam bo'shalishini ta'minlaydi. Ikkinchidan, chaqaloqda ko'krak yoshidagi bolalarda ovqat hazm qilish tizimidash har qanday xirurgik yo'l bilan ochilgan sun'iy oqmani yomon kechadi. Uchinchidan, g'ayritabiiy orqa chiqaruv teshigi sotsial va xirurgiyaga old bir kator qo'shimcha muammolarni keltirib chiqaradi, Bundan tashqari radikal operatsiya o'tkazish sharoitining yomonlashuvi, ichakning rezeksiya chegarasini aniqlashning murakkablashuvi, davoning funksional natijalari yomonlashuviga olib keluvchi defekatsiya uquvini esdan chiqishi shular jumlasiga kiradi. SHuning uchun kolostoma faqat qat'iy va aniq ko'rsatmalar asosida qo'yilishi shart, kolostoma qo'yishning joyini tanlashga kelsak chambar ichak boshlang'ich qismi qovuzlokli kolostoma qo'yish uchun afzalrokdir. U texnik jihatdan o'ng'ayligi, keyingi radikal operatsiya o'tkazishda kamroq qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Kolostomaning muddatini aniqlashda uning qo'yilganidan to radikal operatsiyagacha bo'lgan vaqt hisobga olinishi zarur. Bolalarda radikal operatsiya 1—2 yasharligida o'tkazilishi mo'ljallangan chakaloqlar bundan mustasnodir. Yo'g'on ichakni uzoq muddatga faoliyatini cheklashning funksional holatini pasaytiradi va «qisqa ichak» sindromini keltirib chiqaradi. SHu sababli bunday xollarda «o'tish» zonasi qorin devoriga chiqaruvchi va uning orqa devori bilan pastga siljirilgan chambar ichak orasida ezuvchi qisqichlar vositasida choksiz anastomoz qo'yiladi.

Soave o'zgartirishlari (F.Soave, 1963) chambar ichakni to'g'ri ichak orqali birlamchi anastomoz qo'ymasdan tushirishga asoslangan. Bunda rezeksiyaga mo'ljallangan ichak yo'g'on ichakning rektal qismining shilliq qavati shilini, ichki gilof oraliq sohasiga tushiriladi hamda orqa chiqaruv teshigidan tashqariga erkin osilib turgan holda qoldiriladi, so'nggi yillarda bu operatsiya A. GG Lyonyushkin kiritgan o'zgarishlar bilan ko'p aniqlanmoqda (1970).

Bu erda ichki sfinkterning orqa miotomiyasi deb atalgan operatsiya hakida ham aytib o'tish o'rinlidir. (J.Bentley, 1966, J.Alexander, S.Aston, 1974). Bu operatsiyani ayrim xirurglar mustaqil davo usuli sifatida superqisqa aganglionar segmentli Girshprung kasalligida qo'llashadi. Bunda ichki sfinkterning kuchayib

ketgan tonusini me'yorga tushirish maqsadida orqa tomonidan kesiladi. Buni yordamchi usul sifatida radikal operatsiya, jumladan, Rebeyn operatsiyasidan keyin ham qo'llash mumkin.

Svenson—Xiat—Isakov operatsiya usuli» Operatsiya bir martaning o'zida o'tkaziladi va operatsiya jarayoni ikki bosqichda: qorin va oraliq sohada kechadi (40- rasm).

Birinchi bosqich (qorin). Pastki o'rta laparotomiya kesim orqali sigmasimon ichak chiqarilib, aganglionar segment uzunligi va uning ustidagi ichakning kengayish darajasi aniqlanadi. Dumg'aza oldiga ichak tutqichiga 30-50,0 ml 0,25 foizli novokain eritmasi refleksogen zonalarini qamal qilish uchun yuboriladi, yo'g'on ichakning chap qismini tutib turuvchi bitishmalar kesilib, rezeksiyaga mo'ljallangan hamma tarafdin (aganglionar zona) va kengaygan 5—10 sm uzunlikdaga sohasi tanlanadi. Bu sohaga keluvchi qon tomirlar quyidagicha safarbar etiladi. Rektal shaklli Girshprung kasalligida sigmasimon ichakka keluvchi arteriyalarni kesishning o'zi etarlidir. Rektosigmoidal shaklida esa qo'shimcha qilib yo'g'on ichakning chap arteriyasi ham kesiladi. YArim total agangliozda o'rta, total agangliozda o'ng yo'g'on ichak arteriyasi ham kesiladi, CHambar ichakning safarbar etilgan proksimal qismi orqa chiqaruv teshigigacha tusha olish imkoniyati taxminan o'lchab tekshiriladi. Safarbar qilingan ichak qon tomirlarining puls urayotganligiga barmoq bilan ushlab ko'rib ishonch hosil qilingach, kesishga mo'ljallangan joylar devoriga 2—3 ta muvaqqat nazorat choklari qo'yiladi. So'ngra qorin parda chanoq qismining to'g'ri ichakni yotuvchi parietal varag'i kesilib, dumg'aza oldiga 20 -30 ml 0,25 foizli novokain eritmasi yuborilgach to'g'ri ichakni ajratishga kirishiladi. Ligaturalararo ichakka keluvchi qon tomirlar kesilib, old tomondan siydik naylari va urug' yo'llari sathigacha safarbar etiladi (anal teshigiga 3- 5 sm kolguncha), orqa va yon tomonlaridan esa anus terisiga 1—2 sm etguncha ajratish kerak.

Ikkinchi bosqich. Orqa chiqaruv teshigi barmoqlar bilan kengaytirilgach, uzun qisqich anusdan kiritiladi va unga ichak devori qistirilib, oraliq sohasiga tortib tushiriladi. Bunda ikkita: tashqi to'g'ri ichak va siljirilgan sigmasimon ichakdan tashkil topgan silindr hosil bo'ladi. Ichakning evaginatsiya qilingan qismi sulema eritmasi bilan sinchiklab ishlov berilgach, to'g'ri ichak oldi yarim aylanasi hamma qavati terining shilliq qavatiga o'tish joyidan 2-2,5 sm yuqoridan kesiladi. Hosil qilingan tirqish orqali sigmasimon ichak oraliq sohasiga nazorat choklari ko'ringunga qadar tortib chiqariladi. Keyin sigmasimon ichak seroz-mushak to'g'ri ichakning mushak qavati orasiga tugunli kapron choklari qo'yiladi. Sigmasimon ichakdagi nazorat choklari qo'yilgan

joydan kesilib, ketgut iplar bilan hamma qavatlari orqali qator chok qo'yiladi. Anus orqali gaz chiqargich nayi kiritilib, anastomozdan 10—15 sm yuqoriga o'tkazib el chiqarish uchun qo'yiladi.

Anastomoz qo'yish bilan bir vaqtning o'zida xirurglarning ikkinchi brigadasi qorin pardaning parietal varagi tushirilgan ichak seroz qavatiga ichak tutqichdagi alohida, kapron bilan choklar qo'yiladi. Qorin devori jarohati zichlab tiqiladi. To'g'ri ichak orti bo'shlig'iga anal teshigi va dum umurtqalari orasidan qilingan tirkish orqali rezina drenaj kiritiladi.

SHunday qilib, an'anaviy operatsiyadan bu modifikatsiyaning farqi shundaki, bunda to'g'ri ichak old va orqa qiya yo'nalishda pastga tushirilib, «tilsimon» yarim aylana anastomoz qo'yiladi. Bu ypyg' pufaklari va urug' yo'llarini jarohatlanishining oldini oladi. Bundan tashqari anastomozni qiyalatib qo'yish bilan distal va proksimal kesimlar diametrlari har xilligi natijasida kelib chiqadigan nomuvofiqlikni bartaraf etish mumkin.

Dyuamel—Bakrov operatsiya usuli. Bu operatsiya ham bir vaqtning o'zida o'tkaziladi. Operatsiya mobaynida qorin va oraliq (qorin) bosqichlari tafovut qilinadi (41-y rasm).

Birinchi bosqich. Qorin bo'shlig'i chap paramedial laparatom kesim bilan kindikdan qovgacha ochiladi. Sigmasimon ichakni ajratish bosqichi Svenson usuldagidek yuqoridagi usul bilan amalga oshiriladi. So'ngra to'g'ri ichakni sigmasimon ichakka o'tish joyi ip bilan qattiq bog'lanadi.

To'g'ri ichakning chap tomonidan parietal qorin parda 5—6 sm kesilgach, to'g'ri ichak tashqi sfinkteri orqa yuzasi va dumg'aza orasida yopiq usulda tunnel hosil qilinadi. To'g'ri ichakning ilgari bo'lgan qo'yilgan joyidan distal tutqich choklar qo'yiladi va bu choklarga 1 sm proksimal oraliq qoldirib, UKL yoki UKB apparatlari bilan kesiladi. To'g'ri ichak cho'ltog'iga vaqtincha bo'lsada, kesib tashlanmaydigan, bir qator kapron chok qo'yiladi va bu choklar operatsiya tugagunga qadar tutib turuvchi vazifasini o'taydi. Sigmasimon ichakning kesib qo'yilgan erkin tomoni yodli eritma bilan artiladi va ligaturani yopib turuvchi stert, rezina kalpoqcha bilan berkitiladi.

Ikkinchi (oraliq) bosqich: to'g'ri ichak shilliq pardasi yod eritmasi va spirt bilan sfinkter barmoqlar yordamida kengaytiriladi. Orqa chiqaruv yo'li terisiga simmetrik shaklda, o'ng va chap kanotda ikkita chok qo'yiladi — bu choklarni tortib anus yanada kengaytiriladi. Anal teshigining pastki yarim aylanasiidan, shilliq teri chegarasidan 1—1,5 sm qoldirib ichkariroqdan shilliq pardani 1,5—2 sm gacha ajratiladi va o'rinda to'g'ri ichakning hamma qavatlari kesiladi. Ajratish jarayoni sfinkterdan ichkari (Dyuamel - 1 va sfinkgerlararo

(Dyuamel-2) bajarilishi mumkin (41 -b rasm). Hosil bo'lgan jarohat orqali qorin bo'shlig'iga kornsang kiritilib, sigmasimon ichak to'lig'icha oraliq soxaga qadar tortib tushiriladi (ichak tortilishini qorin bo'shlig'i tomonidan assistent kuzatib, charvi qanotlarini to'g'ri joylashishiga diqqat qilib turadi). Kesib tashlanishi kerak bo'lgan aganglioz zona va ichakning qismini nazorat choklar bo'yicha rezeksiya qilinadi. SHundan so'ng pastga tortilgan ichakning orqa yarim aylanasi barcha qavatlari bilan anal teshigi jarohatiga tikib qo'yiladi. SHunday qilib, paydo bo'lgan «to'siq»qa ezg'ilovchi Bairov (qonstruksiyalangan) qisqichi qo'yiladi. Uning holatini qorin bo'shlig'i tomonidan tekshirib turiladi (qisqich tomonlari to'g'ri ichak cho'ltog'iga yaqin joylashgan bo'lishi kerak).

Anal teshigi va dum suyagi orasidan ochilgan teri yorig'i orqali gematomani tozalash uchun pararektal bo'shliqqa rezina drenaj kirgiziladi, operatsiyani ayni vaqtda xirurglarning ikkinchi brigadasi qorin bo'shlig'i tomonidan tugallaydi. To'g'ri ichak cho'ltog'i bir necha choklar bilan pastga tortilgan ichakning turgan qanotiga bog'lanadi. Qorin bosqichida chanoq qismi parietal varag'i, sigmasimon ichak va uning charvisi qoldiqlari aylanasi bo'ylab seroz pardaga tikiladi. Qorin devori qavatma-qavat butunlay tikib tashlanadi.

Ushbu modifikatsiyaning klassik usuldan farqli tomoni shundaki, birinchidan, to'g'ri ichak cho'ltog'ni tikishda xirurg ishini ancha engillashtiradigan UKP va SKB apparatlari qo'llaniladi; ikkinchidan, anal teshigi tomonidan shilliq pardani kesish va ajratish shilliq teri chegarasi bo'ylab emas, balki ichkariroqdan (chuquroqdan) qilinadi va bu sfinkter shikastlanishining oldini oladi; uchinchidan esa Koxer kiskichi dan ko'ra original qonstruksiyadagi Bairov qisqichlarni qo'llash g'oyat qulaydir.

Soave—Lyonyushkin operatsiya usuli. Operatsiya asosan uch bosqichda o'tkaziladi. Bunda boshlang'ich ikki bosqich (qorin va oraliq) biryo'la, 12—14 kun o'tgach esa uchinchisi — ortiqcha cho'ltoqni kesib tashlash bosqichi amalga oshiriladi.

Birinchi bosqich. O'rta, pastki laparatomiya qilinadi. Sigmasimon ichakning mobilizatsiyasi va rezeksiyani tayyorlash Svenson, Dyuamel operatsiyalaridagi kabi bo'ladi. Ammo bunda ajratilgan ichakning distal qismi, qorin parda o'tuvchi burmasidan 2—3 sm yuqori joyidan mobilizatsiya qilinmay qoldiriladi. Bunda yuqori rektal arteriyasini saqlab qolgan bo'lamiz, chunki u bilan birga to'g'ri ichakning to'g'ri pastki va o'rta qismini, siydik qopini innervatsiya o'rta gemorroidal chigal va pastki nerv shoxchalari o'tadi. Bundan tashqari, chegaralarning aniqligiga uning yuqori chegaralariga e'tibor beriladi. Agar pastki chegara bayon qilingan usuldagidek (tashqi sfinkter sathi) standart

bo'lsa va uni o'zgartirib bo'lmasa, unda xirurglar ko'pincha yuqori chegarani ko'z bilan chamalab kesadilar. Oqibatda bu kengaygan ichak sohasda aganglioz uchastkasini qolib ketishiga olib keladi. SHuning uchun bunday xatoni oldini olish maqsadida agangliozning yuqori uchastka chegarasini aniq o'lchab beradigan interoperatsion elektromiografiya usuli qo'llaniladi. Bunda qorin bo'shlig'i ochilgan, harakatga aganglionar, o'tuvchi va kengaytirilgan soha qismlari kiritiladi va proksimal yo'nalishda qo'yilgan ignasimon elektrodlar yordamida ichak devorining bioelektrik faolligi registratsiya qilinadi. Rezeksiya chegarasi faollikning me'yoriy sohasida belgilanadi.

Ichak mobilizatsiya qilinib, uni rezeksiyaga tayyorlab, pastga tushirish o'lchamini taxminiy aniqlagandan keyin rektosimoid soha demukozatsiya qilinadi. Demukozatsiyaning bir yoki ikki bosqichda ichak bo'shlig'ani ochish va ochmasdan bajarish mumkin (42-a, b rasmlar).

Ichak bo'shlig'ini ochmasdan demukozatsiyalashni sigmasimon ichakning qorin parda seroz burmasiga o'tish joyidan 3—4 sm yuqoridan, seroz-mushakning o'ziga xos kesishdan boshlanadi. Seroz-mushak qavati chetlari chiqarilganda oqimtirroq shilliq osti qavati esa qizil rangda bo'ladi. Ba'zan jarohat tubini lupa orqali ko'rish ham foydadan xoli emas. SHilliq osti qavatida qon tomirlarning turi aniq ko'rinadi. Qirqim kerakli qobiqqacha to'g'ri bo'lganligiga ishonch paydo bo'lgach, asta-sekin qobiqlarni bir-biridan ajrata boshlanadi.

Demukozatsiyani bajarish uchun instrumentlar — torakal yig'imidan, uchlari tumtoqlangan, biroz bukilgan branshlardan foydalanish kulay bo'ladi.

Demukozatsiya o'tkazimdan oldin ichak devoriga 0,25 foizli novokain eritmasi yuborilib, infiltratsiyalashni ko'p mualliflar tavsiya etadi. Dastlab biz shu usuldan foydalangan edik, lekin keyinchalik undan voz kechdik, sabab infiltratsiyadan so'ng ichak devori ko'pchiydi, qobiqlarning anatomik munosabati buziladi, to'qimalarning sezuvchanligi yo'qoladi. Bunda qayta shuni takrorlashga to'g'ri keladi va vaziyat murakkablashadi, chunki xirurg shilliq pardani shikastlab qo'yishi mumkin. Ichak devori chuqur qatlam-qatlam qilib ajratila boshlagach, seroz mushak g'ilofi chetlarida qirqim burchagidan tutqich iplar qo'yiladi.

Ichak g'ilofning ichki yuzasi ko'zdan kechirilib, jarayon bir tekis ketayotganligiga ishonch hosil qilinadi. SHilliq silindrning tashqarisida bo'lmagan (ko'rinmagan) oqish sirkulyar muskul to'qimalar ichki tomondan aniq ko'rinishi mumkin, tashqarisida esa farq kesilgan tomirchalar uchini ko'rish mumkin bo'ladi, xolos. Qatlamlab ajratishni kichik ajratuvchi tupferlari yordamida yonbosh yo'nalishda, asta-sekin ikki tomondan seroz-mushak qavatni kesish

bilan boshlab, orqa devorda qirqim chizishni birlashgunicha davom ettiriladi, seroz-mushak qobiq chetlari ozod bo'lgach, unga 5—6 dona yangi tutqichlar qo'yiladi (42-e, g rasm) va ular engil tortiladi. Tutqichlar demukozatsiyani vizual tekshirib turish va uni bajarishda qulaylik tug'diradi.

Agar ajratilgan ichak rezeksiya qilinsa, ochilgan ichakda demukozatsiyaning boshlang'ich bosqichi engil bo'ladi. Buning uchun mobilizatsiyadan so'ng ichakni qorin bo'shlig'i burmasiga o'tuvchi qismi ustidan to'liq kesiladi, so'ngra shilliq parda boshqa pardalardan 2 ta pinset yordamida ajratiladi. Bunda birinchi variantdagi kabi seroz-mushak g'ilofi chetlariga tutqichlar qo'yiladi, bunda ichakni kesib ochish, uning ichini mexanik ravishda yaxshi tozalash imkoniyatiga ishonch hosil bo'lganidagina jarayon amalga oshiriladi yoki operatsiyadan oldin ichak ichi tozalangan bo'lishi uchun yaxshi sanatsiyalanadi. Aks holda, qorin bo'shlig'iga infeksiya tushishi mumkin.

Demukozatsiya — operatsiyaning eng og'ir va murakkab bosqichidir. Girshprung kasalligida bu qiyinchilik shilliq osti qobiqning sklerozga uchraganligi bilan yanada ortadi. Demukozatsiyani muvaffaqiyatli bajarish ma'lum qoidalar va malakaga ega bo'lingach oson kechadi. Birinchi navbatda operatsiya maydonini yaxshi tasviri, «panoram»liligi kerak bo'ladi. Operatsiya maydoni quruq bo'lishi shart. Birinchi assistent xirurgga qavatlarini yaxshi ko'rinishini ta'min etsa, boshqasi maydonni salfetka va elektr so'rg'ich yordamida beto'xtov quritib turadi. Xirurg bu harakatlarni ziyraklik bilan kuzatib, uzluksiz bajarib turadi.

Demukozatsiyada qavatlab ajratishni maxsus tupfer yoki barmoqlar bilan tikka emas, balki ko'ndalang qilib o'tkaziladi. Orqa va yon devorlarda ajratish engil o'tgani sababli bu erda kanalni uzaytirish uchun tikka harakatlar ham mumkin. Bu kanaldan mushak tolasi yo'nalishida, sirkulyar harakatlar bilan shilliq parda ajratib olinadi. Pardalarning bitishib ketganligi sigmasimon ichakni to'g'ri ichakka o'tish joyida ko'proqligi uchun bu joyda muolaja extiyotkorlik bilan bajariladi, chunki qavatdan chiqib ketish pardani shikastlantirishi mumkin. Bu erda mushak gilofi bor qalinligicha yangi ip tutqichlar qo'yish maqsadga muvofikdir. Bunda qo'yilgan ip tutqichlarning birinchi qatori to'qimaning kerakli tortilishini ta'minlash holatidan uzoqda bo'ladi (42- d, e rasmlar). To'g'ri ichakni demukozatsiyalashga o'tish bilan pereparovka tupferlarni o'rtacha kattalikdagi zich yuzaga ega bo'lgan va demukozatsiyani engillashtiruvchi tupferlarga almashtirish lozim bo'ladi.

Aganglionar zona qanchalik uzun va bola katta bo'lsa, demukozatsiyalash jarayoni shuncha og'ir kechadi. Ayniqsa, ichakda qattiq ahlat tiqinlari uzoq saqlanib ishemiya va mikronekrozga sabab bo'lgan bo'lsa, axvol yanada

og'irlashadi. Bunday xollarda shilliq parda ko'p shikastlanadi. Ammo bu operatsiya borishiga ta'sir etmasligi lozim. Profilaktik choralarni operatsiyagacha va operatsiya vaqtida qo'llanilishi paydo bo'lishi mumkin bo'lgan asoratlarning oldini oladi.

Ichak devorining kuchli sklerozi sababli hosil bo'lgan o'ta murakkabliklar va ko'p marotabali shikastlanishlar operatsiyaning borishiga o'z ta'sirini ko'rsatadi. Bunday xollarda mushak g'ilofi qobig'idan chiqilgan to'g'ri ichak va uning qavatlari qolgan qismini, ichki sfinkter satxida ajratib qoldiriladi. Bunda eng muhimi, keyinchalik

Veretenkovning teleskop tipi bo'yicha qolgan 4—5 sm to'g'ri ichakdan anastomoz hosil qilishda foydalaniladi. Tajribalar shuni ko'rsatadiki, ushbu holat bilan biz taklif etayotgan uslub o'rtasida katta farq bor.

Demukozatsiyani ichki sfinkter sathi bo'lgan 2,5—3 sm yuqoriroqdagi shilliq teri oraligida tugatiladi. Bu sathni aniqlashda bir necha belgi va misollar yordam beradi. Xirurg ichki sfinkterdan ko'proq qon keta boshlaganligini ilg'aydi (gemorroidal tugunlar). Demukozatsiyaning etarligiga ishonch hosil qilish uchun rektal kanalning orqa devoriga diqqat bilan paypaslab ko'riladi. Dum egriligi va undan pastroqda boshlanuvchi kanalning qisqarish joyi yaxshi ko'rinishi kerak. Qo'shimcha tariqasida biz rektal «cho'ntak» orqali oxirgi dum umurtqasini va sfinkter mushagini paypaslashni tavsiya etamiz va demukozatsiya chizig'i ushbu umurtqa chetiga mos tushishi kerak. Ushbu qoidalardan chiqish xollarida asoratlar ro'y berishi mumkin. Etarli darajada demukozatsiyalanmasa, shikastlangan aganglioz bilan to'g'ri ichak ampulyar qismi saqlanib qolishi, operatsiyadan keyingi bosqichda operatsiya yaxshi natija bermasligi mumkin.

Demukozatsiya paytda shilliq pardaning shikastlanishi va rektal cho'ntakni, qorin butilishni yo'g'on ichak ahlatlari bilan infeksiyalanishi ro'y bersa, yiringlanish jarayonining qo'shimcha profilaktik choralari ko'riladi: a) diqqat bilan gemostaz o'tkaziladi; b) seroz-mushak g'ilofi ichki devori qunt bilan antiseptik aralashmalar yordamida sanatsiyalanadi; v) ichakni pastga tushirishdan oldin rektal kanalga keng ko'lamli ta'sir etuvchi antibiotiklar sepiladi; g) g'ilof oraliq bo'shlig'iga oraliq tomondan «mufta» va cho'ltoq orqasidan o'tgan rezina yoki polivinil naycha o'rtasidan drenaj qo'yiladi; d) qorin devorini yopishdan oldin qorin devoridagi qo'shimcha yoriq orqali chap lateral kanalga keyinchalik antibiotiklar yuborish uchun naycha qo'yiladi.

Bundan tashqari, chala demukozatsiya anastomoz stenoziga olib keladi. SHilliq pardaning past mobilizatsiyasi Morgan bo'rtmalari va surg'ichlar sohasida joylashgan nerv retseptorlari zararlanishiga tahdid soladi.

Ikkinchi bosqich. Bolani oldingi holatidan «litotimik» holatiga o'tkaziladi. Oraliq sohani 3 foizli yod eritmasi va spirt bilan tozalanadi. To'g'ri ichakni sulema eritmasiga botirilgan doka tupferlar bilan sanatsiyalanadi. Orqa chiqaruv yo'li teshigi kengaytiriladi, qorin bo'shlig'i tomonidan tutqichlar bilan seroz-mushak g'ilofining chetlarini tortib, ichakning pastga tortilishini osonlashtiriladi va bu bilan birga tushirilgan ichak charvisi chetlarining to'g'ri ichak sohasida joylashishiga e'tibor beriladi. Xirurg anal teshigi orqali ichakni tortib olib, evaginatsiyalaydi. Natijada 2 ta tashqi mobilizatsiyalashgan to'g'ri ichak shilliq pardasidan iborat ichakning ichki qavatlaridan tuzilgan silindr xosil bo'ladi. CHiqarilgan ichak sulema eritmasi bilan tozalanadi va tashqi silindrni 2-3 sm, tushirilgan ichakni esa 4—5 sm qoldirib rezeksiya qilinadi. Bu bosqichda demukozatsiya sathi yana bir karra tekshiriladi.

Bunda to'g'ri ichak shilliq pardasining yaxshi mobilizatsiyalanganligi belgisi bo'lib, uni terminal chetining Morgani kriptalari va so'rg'ichlarining ko'rinib turishi hisoblanadi (43-a rasm),

Agarda ular ko'rinmasdan anal kanalida chuqur cho'ntak holatida bo'lsa, demak mobilizatsiya sifatsiz qilingan. Bu xolda uni yoki oraliq tomonidan g'ilof orasi bo'shlig'iga ikki barmoqni tiqib yoki qorin bo'shlig'i tomonidan bajarish lozim bo'ladi.

To'g'ri ichak shilliq pardasining ag'darilgan terminal qismini (tashqi silindr) «gulchambar» shaklida tashqariga chiqarilgan ichakka o'ralib turadi. G'ilofning cheti, tugunli ketgutli choklar bilan chiqarilgan ichakning seroz-mushak qavatiga tikiladi. CHiqarilgan ichakning ortiqchasi, anal teshigi orqali (cho'ltoq'i) erkin osilib turuvchi qilib qo'yiladi. Agar ichakni demukozatsiyasidan va ajratimdan butunlay voz kechilsa, to'g'ri ichakning terminal qismi ham xuddi yuqoridagidek tikib qo'yiladi.

CHultoq orqali to'g'ri ichak ichiga yo'g'on zond kirgiziladi va unga gomeostaz uchun silliq doka yoki kalin ilak ip bilan chultoq cheti tortib tikiladi. Zond chultoq chetiga ichakdan siljib chiqib ketmasligi uchun tikiladi. CHultoqni rezina naychaga bog'lab quyish katta ahamiyatga ega. Bu usulning afzalligi shundaki, bunda gemostaz yaxshi bo'lishi bilan birga birinchi kunlar cho'ltoq va yuqori joylashgan ichak bo'limlari biroz shishadi va gazlar to'lib cho'ziladi. Bu esa pastga tortilgan ichakka seroz-mushak g'ilofi ichki yuzasiga qulay o'mashishi va u bilan bitib ketishini ta'minlaydi. Naychani 2—3 sutkagacha qoldirish mumkin.

Qorin bo'shlig'i tomonidan seroz-mushak g'ilofi chambar ichak seroz qavatiga tikib qo'yiladi. Qorin pardasi butunligi saqlanib qolinadi. Qorin bo'shlig'i

chanoq bo'shlig'i va rektal kanalga profilaktik maqsadda antibiotiklar yuborilgach butunlay tikib tashlanadi.

Uchinchi bosqich. 12—14 kun o'tgach, qoldirilgan mufta va chultoqning qattiq bitib ketgan joyidan kesishdan iboratdir (43-b rasm).

Muftaning anal teshigiga yaqinroq taxminan Morgani ko'tarmalari yuqori chizig'ida cho'ltoqning old yarim aylanasidan sirkulyar qilib kesiladi. Uning shilliq pardasi markaziy qanoti va muftaning cheti tugunli ketgut choklar bilan birlashtiriladi. Cho'ltoqning dastlab oldingi yarim aylanasi keyin orqa yarim aylanasi (charvi qanoti) kesiladi va bunda chok ishlari kabi anastomozning chuqur ketib qolishini oldi olinadi. Seroz-seroz choklar qo'yilgach, anastomozning butun atrofi bo'ylab iplar kesib chiqiladi va u o'z-o'zidan anal kanali xududlaridan ichkariga tushib ketadi. 1—2 sutkada to'g'ri ichakka vinalin yoki Vishnevskiy mazi surtilgan tampon kiritiladi.

SHunday qilib, agar kichik texnik tomonlarni hisoblamaganda ushbu modifikatsiyaning klassik usuldan farqi, uch o'rinda ko'zga tashlanadi:

1) ichakni evaginatsion rezeksiya va mufta hosil qilish operatsiyani soddalashtiradi, uni yanada aseptik qilib, mufta germetikligini ta'minlaydi va ayni holda klassik usulda rektal kanal jarohati tashqi muxit bilan aloqador bo'ladi;

2) cho'ltoqni kesib tashlash, seroz-seroz choklarini qo'yish ichak terminal qismida topanatomik munosabatlarni me'yorlashtiradi;

3) eng asosiysi anal va bir qism rektal shilliq pardasini saqlab qolish, chanoq a'zolari nerv retseptorlarini jarohatlanmasligiga va sfinkter butunligini asrab qoladi.

Rebayn operatsiya usuli. CHap paramedial yoki o'rta laparotomiya kesimi bajariladi. Sigmasimon ichakni boshqa operatsiyalardagi kabi mobilizatsiya va pastga tortishga tayyorlanadi. Qorin parda oraliq burmalari kesiladi va to'g'ri ichakni ampula usti bo'limiga qadar mobilizatsiyalanadi. So'ng kengaygan ichak aganglionar sohasini introabdominal rezeksiya qilinadi va «ketma-ket» to'g'ri anastomoz qo'yiladi. Qalin tutqich iplar yordamida traksiyalangan to'qima va bemor dumbasiga qo'yilgan ko'tarma sababli chanoqqa chuqur kirish bolalarda u qadar qiyinchilik tug'dirmaydi. Quyilgan anastomoz ekstraperitonal joylashadi.

Operatsiyadan keyingi davrning ilk vaqtlarida «Umumiy qism»da bayon etilgan prinsiplarga muvofiq holda ish tutiladi, bola narkozdan uyg'ongach, bemor yarim yotgan xolda yotqiziladi, zotiljamning oldini olish uchun antibiotiklar tavsiya etiladi.

Operatsiya vaqtida kiritilgan uretral kateter darhol yoki 3—5 sutka ichida olinadi (Svenson—Rebayn operatsiyalarida). Bemor operatsiyadan keyin 2—4 kun davomida parienteral ovqatlantiriladi. Dori-darmonlar terapiyasi, shuningdek umumiy va maxalliy asoratlarning o‘ziga xos tanlangan profilaktikasi operatsiyadan keyingi davrni silliq o‘tishini ta’minlaydi. 2—4 kunga qo‘yilgan peridural anesteziya bu davrda yaxshi natija beradi.

Dyuamel-Bairov operatsiyasidan keyingi kunlarda ezg‘ilovchi qisqichning murvati doimiy burab turiladi va o‘zi 8—11 sutkalarda tushib ketadi. SHundan so‘ng o‘tiriladigan vannalar buyuriladi. Rektal barmoq bilan nazorat tekshirishlari qisqich tushgandan so‘ng 14—15- kunlarda amalga oshiriladi.

Soave-Lyonyushkin operatsiyasidan keyin chiqarilgan ichak chultog‘i furatsilin aralashmasi bilan yuviladi yoki Vishnevskiy maziga to‘yintiriladi, 7-8- sutkalarga borib bola yurishi mumkin. Operatsiyani tugatishidan oldin ichak engil sifon huqnasi bilan tozalanadi, chultog‘ kesib tashlangach barmoq bilan anastomoz sohasi yana tekshiriladi.

Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarda texnikaviy amallar bilan bog‘liq bo‘lgan lokal asoratlar kuzatilishi mumkin. Stayt-Rebayn operatsiyasining eng og‘ir asoratlaridan biri, bu anastomoz sohasida yallig‘lanish jarayoni paydo bo‘lishidir, bu jarayon kelib chiqishi jihatidan bir xil bo‘lsada, og‘irligi bo‘yicha boshqachadir. Odatda yuqorida aytilgan xollarda ichakning diametri turli bo‘lgan joylariga anastomozlar qo‘yiladi va farqlar katta bo‘lishi mumkin. Sirkulyar yoki hatto egri anastomoz proksimal tomonining qatlanib qolishini, bu esa o‘z navbatida choklarning germetikligini yo‘qolishiga turtki bo‘ladi.

Agar choklar qattiq bog‘langan bo‘lsa, anastomoz holati yomonlashib, ishemik nekrozga olib keladi, SHuningdeq ishemiyaga pararektal to‘qimadagi gematomaning chok chiziqlarini qisib qo‘yishi ham sabab bo‘ladi. Aytib o‘tilgan narsalar yallig‘lanish jarayoniga olib kelishi mumkin. Engil xollarda yallig‘lanish chok sohasida infiltrat paydo bo‘lishi bilan harakterlanadi (antibiotik). Ba‘zan yallig‘lanish infiltrati yo‘qotilgach dag‘al chandiq to‘qimasi qolib, anastomozning ilk chandiqli stenozi rivojlanadi. Og‘ir xollarda anastomozning sifatsizligi (ko‘pincha ort devorida) pararektal to‘qimaning yiringlanishi va oraliq oqma yaralari hosil bo‘lishiga olib keladi. Ba‘zan esa qorin bo‘shlig‘ining (ko‘tariluvchi infeksiya sababli) peritoniti vujudga keladi.

YAllig‘lanish jarayonining qaysi tomonga rivojlanishini oldindan aytib bo‘lmaganligi uchun ham har qanday holatda yuqorida qayd etilgan asoratlar ichakni uzaytirish g‘ayritabiiy orqa chiqaruv teshigi qo‘yish zarurligini

tasdiqlaydi. Pararektal sohaning ishonchsizligi aniq bo'lganda, uni dum va anal teshigi o'rtalaridan qirqish yo'li bilan drenajlanadi.

Intensiv antibakterial terapiya o'tkaziladi. Anastomozning sifatsizligini bartaraf etishgacha o'rtacha 6—12 oy muddat talab etiladi. Defekt bekilgan bo'lsada, qo'yilgan g'ayritabiiy orqa chiqaruv yo'lini erta olib tashlash xato hisoblanadi. Defekt klinik jihatdan aniqlanmay qolgach, taxminan 6 oylardan so'ng shilliq pardani to'liq regeneratsiyasi ro'y beradi.

YUqorida eslatilgan asoratlardan tashqari Svenson operatsiyalarida siydik qopi atoniyasining davomiyligi 10-20 kungacha cho'zilishi kuzatiladi. Bu to'g'ri ichak mobilizadiyasi vaqtida innervatsiyasining buzilishi sababli bo'ladi. Bu asoratda siydik qopchasi siydikka tiqilib turishi bilan kateter turlarida yoki 3—4 kun doimiy suratda kateterlab nazorat qilib boriladi. Ayrim hollarda qisman siydik tutolmasligi uchrashi mumkin va bu narsa uzoq vaqt, ba'zan esa bir necha yillargacha cho'ziladi.

Soave operatsiyalaridan so'nggi asoratlar o'zining xususiyatlari bilan ajralib turadi. Operatsiya aseptik buzilishi sababli rektal kanalda yallig'lanish jarayoni avj oladi. Asosan, operatsiyaning qorin bosqichi shilliq pardaning shikastlanishi ichakni yaxshi tayyorlanmasligi sababli bo'ladi, yallig'lanish jarayonining yakuni ikki yoqlama tugaydi: infeksiya lokal (gilof bo'shlig'i absessi) bo'lib qolishi yoki qorin bo'shlig'iga tarqalishi (peritonit) mumkin.

Absessning klinik ko'rinishi operatsiyaning—6 sutkasida yuzaga chiqadi. Avvalda hech qanday sub'ektiv shikoyatlarsiz subfebril tana harorati kuzatiladi. Absessning tarqalish jarayonida harorat ko'tariladi. Dizuriya holati bo'lishi mumkin. Keyinchalik qonda ham o'sib boruvchi anemiya, leykotsitoz kabi ko'rsatkichlar yuzaga chiqadi. Yiringli jarayon tashqi ko'rinishda aytarli belgilar bermasada, ba'zan anus va atrof yondosh sohalarini bosib ko'rganda bola og'riq sezishi mumkin. Qorin yumshoq va og'riqsiz. Tashxis qo'yishning asosiy usullaridan biri g'ilof orasi bo'shlig'ini zondlashdir. «Mufta» va chultoq devori orasidan asta-sekin tugmasimon zond 5-7 sm chuqurlikda kiritiladi va zond hosil qilgan kanaldan yiring ajrala boshlaydi.

Davolash absess bo'shlig'ini ingichka polietilen naycha bilan drenajlamdan iborat bo'ladi. Antibiotiklarning o'z qonsentratsiyalangan aralashmalari bilan absess bo'shlig'ini yuvishda ishlatiladi. Bunday xollarda chultoqni kesishdek operatsiyaning hal tutuvchi bosqichi keyinga qoldiriladi.

Peritonit operatsiyadan keyingi intensiv terapiya ostida borganligi uchun ham aniq klinik ko'rinish bermaydi va operatsiyadan keyingi 5—6 sutkada boshlanadi. Bunda qorindagi og'riqdar epizodik harakterda bo'lishi bilan tana

haroratining ko'tarilishi aytarli barobar emas. Paypaslanib ko'rilganda qorin odatda yumshoq va pastki sohada biroz og'riq seziladi. Operatsiyadan keyin yashil rangli qusuq massalari, qayta qusish va me'da ichaklarning turgun parezi peritonitning doimiy va ilk belgilaridan hisoblanadi. Keyinroq esa qorin shishi ahlat kelishi bilan almashadi. Operatsiyadan keyingi peritonitga shubha qilinganda o'tkazilayotgan davolash tadbirlari tezlashtiriladi. SHunda ham bemorning ahvoli yaxshilanmasa operatsiya qilishga zarurat tug'iladi. Bunda chap lateral kanal drenajlanadi, infeksiya o'chog'i sanatsiyalanadi, rektal kanal va chanoq bo'shlig'i tekshiriladi.

CHiqarib qo'yilgan cho'ltoq nekrozi va uni o'z-o'zidan qisqarilishi qon aylanishi bilan bog'liq bo'ladi.

Bu sfinkterlar tonusining ortishi va ichak mobilizatsiya qilinganda oziqlantiruvchi tomirlar kam saqlanganligi ichakni oraliqqa tortib tushirilganda orqa chiqaruv teshigining etarli kengaytirilmaganliga kabi sabablar bilan paydo bo'ladi. Demukozatsiya to'g'ri ichakning ampulyar qismi ustida tugatilsa va boshqa hollarda cho'ltoqning qisilib qolishi uchraydi.

Nekroz va qisqarilish asta-sekin paydo bo'lib, operatsiyadan keyingi 2—3 sutkalarda cho'ltoq ko'karib, asta-sekin qorayib, nihoyat 7—11- sutkalarda butunlay ajralib tushadi. Bunday holatda xirurg vahimaga tushmasligi kerak. Kuzatish boshlangan joydanoq ichak hayotiyliigi saqlangan bo'ladi. Ba'zan ajralib chiqqan anatomik mutanosiblik o'z o'rniga qaytadi va chultoqni kesib tashlashga hojat qolmaydi.

YAna boshqa bir hollarda, ayniqsa, to'g'ri ichak shilliq; pardasining chala mobilizatsiyasida ajralib chiqqan, anastamoz chetlarida ortiqcha to'qima qoladi va to'g'ri ichak stenoz vujudga keladi. Bu ham o'sha operatsiyaning hal kiluvchi bosqichida bartaraf etiladi.

Davo natijalari. Ayrim ma'lumotlarga ko'ra so'nggi yillarda operatsiyadan keyingi o'lim 2—6 foizni tashkil qilmoqda, kuzatuvimiz bo'yicha so'nggi 10 yil ichida bajarilgan 300 dan ortiq operatsiyalarda o'lim ro'y bermadi, yaxshi va qonikarli natijalar 96 foizni tashkil qiladi.

Katamnestic ma'lumotlarga baho berimda, operatsiya usulidan qat'iy nazar operatsiyadan keyingi uzoq; davrda 25—30 foizgacha bemorlarda uzoq vaqtgacha (3—6 va undan ko'proq oylar) qisqa muddatli ahlat tutilishi yoki ahlatlari beixtiyor oz-oz miqdorda kelib turishi kuzatiladi. Bu hol turli sabablarga ko'ra, operatsiya vaqtidagi kamchiliklar, chambar ichak bo'limlarining suirastenik kengayishi, ikkilamchi paydo bo'lgan kompensator moslashish

jarayoni susaygan bemorlar, boshqa organ va sistemalar, MNS ning ikkilamchi shikastlanishlari keltirib chiqargan og'irlashgan holatda vujudga keladi.

SHu sababli davolashda reabilitatsiya davrini ajratishga to'g'ri keladi va bunda bir maqsadga yo'naltirilgan davolash ishlari o'tkaziladi.

5. DOLIXOSIGMA

«Dolixosigma» (sigmasimon ichakning uzayishi), «dolixokolon» (sigmasimon ichakning kattalashishi) iboralari klinitsist va rentgenologlar tomonidan tez-tez ishlatiladi. Ammo bunda patologiyaning aniq chegaralari belgilanmagan. O'tgan asrda shifokorlar bolalarda surunkali qabziyatning asosiy sababi zahirida sigmasimon ichak uzayishini aytib o'tganlar (N.F. Miller, 1985, Bassovskiy, 1989)

Maxsus adabiyotlarda sigmasimon ichakning o'lchami va uning qorin bo'shlig'ida joylashishiga doir ma'lumotlar kam uchraydi. Barcha mualliflar, bu ichakni o'zgaruvchanlikni tan oladilar (F.I.Valyur, 1938; D.M.Abdurasulov, 1953; B.S.Lebed 1965 va). CHaqaloqlarda sigmasimon ichakning o'lchamlari va uning qorin bo'shlig'ida joylashishga doir ma'lumotlar ko'p uchraydi. CHaqaloqlarda sigmasimon ichak o'zgaruvchanliklarini o'rgangan M.S.Xechinashvili (1957) uni quyidagi ko'rinishini ajratgan: «5» simon (53%), bir qovuzloqli (27,8%), ikki qovuzloqli (57%) va ko'p qovuzloqli (9,9%).

Bizning tekshirishlar sigmasimon ichak holati o'zgaruvchanligi haqidagi fikrlarni tasdiqladi va bu asosan 1 dan 7 yoshgacha bo'lgan bolalarda ko'proq bo'ladi. 15% holda dolixosigma qayd etildi. Qorin bo'shlig'ida joylashgan yo'g'on ichakni taloq yoki jigar burchagigacha etadigan ikki yoki ko'p qovuzloqli ichakni uzaygan deb hisobladik. Bunda ichak xaddan ziyod harakatchan, qorin bo'shlig'ida erkin xolda, qo'shimcha ilmoqlari esa ichak bushagandan keyin ham saqlanib qoladigan bo'ladi.

Agar ilgari dolixosigmani xronik qabziyatlar patogenetik ko'rinishi deb ko'rilgan bo'lsa, endilikda uni rivojlanishini tug'ma nuqson deb qaramaslik masalasi turibdi. Bunda gap etiologik bo'lganlik haqida ketyapti. Bir guruh olimlar (N.L.Kush 1967; Z.A.Trofimova, V.A. Makarov, 1968; G.Panchev, 1970 va x«k.) dolixosigmani tug'ma nuqson deb qarashadi, boshqalari (P .D .Garnapolskaya, 1934, M.S.Xechinashvili, 1957 y.) esa uni anomaliya deb emas, balki rivojlanishning bir ko'rinishi degan fikr bildiradilar.

So'nggi yillarda surunkali qabziyat va qorinning retsidiv og'rig'i bilan og'rigan 1000 dan ortiq bolalarning 25% ida dolixosigma borligi aniqlandi. A.V,Makarov, Z.A.Grafimov va N.P.Kush surunkali qabziyatni tekshirishda

tekshirilgan bolalarning 30-40%ida dolixosigma borligini aniqladilar. SHunday qilib bir tomondan, sigmasimon ichak uzayishlari sog‘lom bolalarda uchrashi uni me‘yoriy ko‘rinish deb hisoblansa, ikkinchi tomondan esa dolixosigma qorindagi o‘tkir og‘riqlar va surunkali qabziyatlar bilan birga uchraydi. Bu xol rivojlanish anomaliyalari haqida o‘ylashga majbur qiladi. Demak, dolixosigma me‘yorning bir ko‘rinishi deb hisoblansada, u patologiyaning paydo bo‘lishida o‘ziga xos «patologiyaga kirish darvozasi» hamdir.

Klinika va diagnostikasi. Ota-onalar shikoyati asosan, bolada surunkali ich kelmasligi (qabziyat) yoki davriy paydo bo‘lib turadigan qorin og‘rig‘idan iborat bo‘ladi.

Surunkali qabziyat. Sigmasimon ichak motorikasi buzilishidan hosil bo‘lib, ko‘pgina bolalarda 60% xayotini sun‘iy ovqatlantirishga o‘tkaziladigan dastlabki yillari bilan mos keladi. 40% holatlarda esa bu bolalarning 3—6 yoshligida paydo bo‘ladi.

Qorindagi og‘riq ichak aralashmalarining dimlanishi, meteorizm, ortiqcha qovuzloklarning buralib, chigallashib qolib, bitishib ketishi va 5—7 yoshlarda paydo bo‘ladigan charvining chandiqlanib bitishib ketishidan paydo bo‘ladi. Ba‘zan og‘riq qo‘shish bilan o‘tadi, dolixosigma rentgenologik aniugangan 3-14 yoshgacha bolalarning dinamik kuzatishlar asosida kasallikning klinik ko‘rinishi va simptomlarining o‘zaro bog‘liqligini 3 klinik bosqichga: kompensatsiya, subkompensatsiya va dekompensatsiyaga bo‘lish mumkin.

Kompensatsiya bosqichi ichak funksiyasining epizodik buzilishlari bilan harakgerlanadi. Aslini olganda bu xolat sog‘lom bolalarda bo‘lib, rentgen tekshirishda sigmasimon ichak uzayishi borligi kuzatiladi. Bir qancha bolalar epizodik harakterdagi, xurujli qorin og‘rig‘idan shikoyat qiladi. Bu og‘riq qorinning pastida bo‘ladi. Ba‘zan og‘riq qusish, qorinning shishishi bilan birga o‘tadi. Tozalovchi huqnadan so‘ng og‘riq yo‘qoladi, ba‘zan o‘tkir appenditsit shubhasi ostida bemor beto‘xtov operatsiya qilinsada og‘riq yo‘qolmaydi.

Dolixosigmaning kompensatsiya bosqichida bolalarning jismoniy rivojlanishi yoshiga mos bo‘ladi. Qorin paypaslanganda yo‘g‘on ichak yo‘nalish bo‘yicha ahlal massalarining to‘planishi bo‘lmasdan, og‘riqsiz va to‘g‘ri konfiguratsiyada bo‘ladi.

Subkompensatsiya bosqichda bemorning shikoyati asosan ikki uch kunlik qabziyatning kuzatilishi va uning o‘z-o‘zidan ichakni bo‘shalishiga qaratilgan bo‘ladi. Ko‘pchilik ota-onalar defekatsiya aktining buzilishi bolaning ikki yomdan o‘tgach paydo bo‘lganligini aytadilar. Aksari bolalarda bunday qabziyat qish va bahorning boshlarida paydo bo‘ladi. YOz va kuzda esa ancha turgun remissiya

kuzatiladi. Bu meva-sabzavot parxezi ovqatlanish rejimida ko'payishi bilan bog'liqdir. Oldingi guruhdan farqli o'laroq bu bolalarda qorin og'rig'i va meteorizm ko'proq uchraydi. Yo'g'on ichakda ahlat massalari to'planib qolganligi sababli ham bolaga tez-tez huqna buyuriladi.

Dekompensatsiya bosqichi ichak funksiyasi buzilishining yanada chuqur kechishi bilan karakterlanadi. Ahlat tutilishi ba'zi bolalarda 5 va undan ortiq kunlarga kuzatilib, mustaqil defekatsiya yo'qoladi va u faqat xuqndan so'nggina paydo bo'ladi. Ba'zida qorinning pastki qismi shishgan bo'ladi. Simptomlar qandaydir darajada Girshprung kasalligi bilan o'xshashligini eslatmada, belgilarning paydo bo'lishi tamomila boshqachadir. Dolixosigma «yumshoqroq» klinik ko'rinish beradi va o'z navbatida qorinning kattalashishi hech qachon «ko'zga tashlanmaydi», biroq simptomlar kechroq yuzaga chiqadi va qabziyat mustaqil yozilish davri bilan almashinib turadi.

Diagnostikasi. Rentgen tekshirishlar ma'lumotlari va klinik simptomlar qunt bilan o'rganiladi. Bemorning shikoyati sigmasimon ichak qovuzloklarini joylashish variantlariga bog'liq bo'lishi mumkin. Masalan, uzaygan sigmasimon ichagi «sakkizsimon» ko'rinishda joylashgan bolalar, ko'prok og'riqdan shikoyat qiladilar. Bundan tashqari, rentgen tekshiruvlari klinik bosqichlarda o'zaro bog'liqlik borligini ko'rsatadi. Xozirgi vaqtda har bir mustaqil nozologik birlikka da'vogarlik kiluvchi dolixokolon «megasigma», «megadolixosigma» va «dolixosigma» kabi iboralar uchrab turibdi. Bu esa faqat patologiyani baholash terminologiyasida anglashilmovchilikni keltirib chiqaradi, xolos. Rentgen tekshiruv yordamida dinamik kuzatishlar, qator xollarda sigmaning kengayib (dilatatsiya) o'zgarganligini, bemorda oldin bo'lmaganligini qayd etadi. Turg'un qabziyatlarning davomiyligi bilan bog'liq bo'lgan sigmasimon ichakni kengaytirishning ma'lum qonuniyatlari bor. Bu esa dolixosigmada sigmasimon ichak funksiyasi buzilishining o'sganligining bir ko'rinishi bo'lib, uni yangi patologik kengayishi deb qarashga undaydi.

Davolash. U yoki bu klinik ko'rinishli, dolixosigma aniq o'tagan bolalar uzoq vaqt xirurg va pediatrlar dinamik kuzatishlari ostida bo'ladi va ularni dispanserlash quyidagicha bo'ladi. Bolaga ilk tashxis qo'yilgan vaqtda patologiyaning klinik darajasi aniqdanadi. Kompensatsiya bosqichida bolalar poliklinika sharoitida 1 yilda bir marta tekshiriladi: subkompensatsiya bosqichida yiliga 2 marotaba davolash o'tkaziladi; dekom pensatsiya bosqichida esa bemor yiliga 3 marta statsionar sharoitida davolanadi. Davolamdan so'ng klinik simptomlar yo'qolgach, 2 -4 yilda bolalar tuzalgan deb dispanser hisobidan chiqariladi.

Dolixosigmada konservativ davolash asosiy o‘rin egallaydi. U kompleks tadbirlardan iborat bo‘lib, qayta kurslar bilan tayin etiladi. Defekatsiya buzilishining oldini olishda rejim va parxez sezilarli o‘rin tutadi. Kuzatishlarga ko‘ra bola statsionarga tushgan vahtda tayinlanadigan ovqatlanish rejimiga rioya qilish, vazelin yog‘ini iste‘mol etish, ichakni tozalash kabi oddiy tadbirlar ichak harakatining jonlanishi va mustaqil yozilishining paydo bo‘lishiga olib keladi. Ko‘p bolalarda remissiya 1—2 oydan ko‘pga cho‘zilmaydi, shuning uchun kompleks davolash tadbirlarida prozerin in‘eksiyalari (statsionarda) yoki yoshiga qarab 15—20 kun ichida, 2—3 oylik tanaffus bilan dibazol (ambulatoriyada) beriladi. Vitaminoterapiya (V guruh) va ichak elektrostimulyasiyasi tayinlanadi. Ichak stimulyasiyasi yo‘g‘on ichak pastga tushuvchi bo‘limi mushaklari uchun beriladi. Buning uchun SNIM-3 va FES-02 apparatlari ishlatiladi. Elektrodlar yo‘g‘on ichakning chap bo‘limi yo‘nalishiga qo‘yilib, stimulyasiyani sinkop ritmi bo‘yicha to‘g‘ri burchakli impulslar bilan 10—15 kunda o‘tkaziladi. Elektrostimulyasiya va prozerin yuborilish vaqtiga e‘tibor berish lozim. Dolixosigmada ichak harakatini yaxshilash maqsadida prozerin yuborilgach, qo‘shimcha mexanik ko‘zgalishlar uni to‘xtatadi. SHuning uchun uni ertalab yuborib, elektrostimulyasiyani kunning ikkinchi yarmida o‘tkazish kerak. Konservativ davolashni sanatoriya-kurort sharoitida davom ettirish yaxshi samara beradi. Konservativ davolash qancha ko‘p bo‘lsa, u shuncha bemor uchun foydali bo‘ladi.

Dolixosigmaning xirurgik davosi qat‘iyan cheklangan bo‘lib, u noiloj xollardagina o‘tkaziladi. Klinik va rentgen tekshirishlar bilan birga sigmasimon ichak motorikasining ko‘rsatkichlari asosiy hisoblanadi.

Konservativ davoga bo‘ysunmagan turg‘un qabziyatlar, sigmasimon ichak distal qismlarining progressiv kengayishi va motor faolligi elektromiografik ko‘rsatkichlarining pasayib ketishi, ya‘ni mexanik kuzatilganda ichakning javob berishining pasayishi, ichak devorida qaytarilmas jarayonlar yuqoridagilar jumlasidadir, Bu kabi va qorinni uzoq o‘tkir og‘rishiga chalingan bolalar (dolixosigma aniqlanganda va abdominal sindromli boshqa xastaliklar rad qilingan holatda) operatsiya qilinishi mumkin. Prinsip jihatidan bu operatsiya ichakni ortiqcha qovuzloqlarni rezeksiya qilishdan iborat bo‘lib, ikki texnik usulda Rebeynning qorin yoki Soave-Lyonyushkinning qorin-oraliq proktoplastikasi yordamida bajariladi. Agar patomorfologik va elektrofiziologik tekshirishlar sigmasimon ichakning aynan distal bo‘limining shikastlangani haqida xabar bersa, bunda proktosigmoektomiya radikal usul bo‘lib xizmat qiladi.

Davolash natijasi operatsiya o'z vaqtida o'tkazilganligiga, terapiya usulining ashyolari va to'liqligiga bog'liqdir. Kuzatishlarimizning 90 foizida turgun ijobiy samara qayd etiladi. Letal natijalar qayd etilmadi. Bunda xirurgik operatsiyalar solishtirma vazni yildan-yilga pasayib bormoqda. Agar 1968—1978 yillarda dolixosigma sababli kuzatuvimizda bo'lgan 200 nafar boladan salkam 74 tasi operatsiya qilingan bo'lsa, so'nggi 10 yilliklar ichida esa o'shancha nafar kuzatuvimizdagilardan faqat 20 tasigina operatsiya kilindi.

6. YO'G'ON ICHAKNING TUGALLANMAGAN BURALISHIDAN YUZAGA KELADIGAN ANOMAL HOLATLAR

Yo'g'on ichak rivojlanishi anomaliyalari orasida uning turli xil me'yordagidan, yoshiga nisbatan ortishi muhim ahamiyatga ega. Ular «ichak buralishining buzilishi», «ichak burilishining tugallanmaganligi» deb nomlanuvchi umumiy patologik jarayonning bir bo'g'ini hisoblanadi. Bu holat ichak buralishlari tugallanmay qolganda, noto'g'ri yoki teskari yo'nalishida yoki ichakning 1—2 bulagi (odatda, ko'richak) bitishib ketganda paydo bo'ladi.

Tugallanmagan buralish patologiyasi o'zining turli tumanligi bilan ajralib turadi. O'rta ichak o'zining vaqtinchalik bog'langan fiziologik holatidan qorin bo'shlig'iga qaytishi va buralishini tugallanmaganligi bilan ifodalanadi. Bunda 12 barmoqli ichaq yuqori charvi arteriyasining o'ng tomonida, yo'g'on ichak esa chap tomonda (yo'g'on ichak «homila» holatida qoladi) bo'ladi. Ko'richak qorin bo'shlig'ining chap tomon pastida joylashadi. YOnbosh ichakning so'nggi ilmog'i tana o'rta chizig'ini kesib ko'richak o'tadi va o'ng tomonda bo'ladi. U erdan yo'g'on ichakni ko'tariluvchi qismi yuqoriga va chapga o'zining o'rnini bo'lmish me'da katta egriligi ortiga yo'naladi. Barcha qayd etilganlar ichak buralishining buzilishlari ikkinchi davriga xos bo'ladi.

Klinik va tashxisi. Yo'g'on ichak joylashish holatining tug'ma nuqson shakli ichakni qisman buralib qolishiga sabab bo'ladi. Bu chaqaloqlarda ichak tutilishini keltirib chiqaradi. Ba'zan embrional tortmalar o'n ikki barmoqli ichakni qattiq siqib qo'yadi va tug'ilgan chaqaloqda yuqori o'tkir ichak tutilishi klinik belgilari paydo bo'ladi, ko'pincha bunday bolani birinchi emizish me'yoriy holda o'tadi, mekoniy keladi, ba'zan ahlat ham kelishi mumkin. Lekin ba'zida 2—4 sutkadan so'ng bolada qayt qilish va ich kelmaslik boshlanadi. Qayt qilish kuchli bo'lib, fontansimon otilib chiqadi, ba'zan safro ham aralashib chiqishi mumkin. Bunda qorining epigastral sohasi shishadi, meda harakatlari peristaltikasi yaqqol ko'zga tashlanadi. Ichak to'liq va qisman buralib qolganda klinik simptomlari aniq ko'rinadi.

Ichak qattiq siqilganda ham qisman ichak tutilishi mumkin. Bunda qorinda xuruj beruvchi og‘riq kuzatiladi, defekatsiya holati buziladi va qorin dam bo‘ladi. Kasallik davom etishi har xil kechadi, ya‘ni bir necha kundan bir necha oygacha yoki yillab davom etishi mumkin. Bunday hollarda tashxis kech aniqlanadi. Misol keltiramiz:

K. ismli 13 yoshli bola qorinning chap tomonida va epigastral sohasida doimiy bo‘lib turadigai og‘riq tufayli klinikaga keltirildi. Anamnezidan: bola cog‘lom onadan oy kuni etilib, 3200 gramm tug‘ilgan. Hayotining birinchi oylarida rivojlanishi me‘yorda bo‘ladi. 5 oylikdan 1 yoshgacha bo‘lgan davrda ovqat berila boshlagan bolada davriy qayt qilishlar bo‘lib turgan, haftasiga 1—2 marta qabziyat kuzatilgan. Keyinchalik qayt qilish kamayib, oyiga 1—2 marta bo‘lgan, ammo qorin dam bula boshlagan. Qorinning dam bo‘lishi kuchayib, keyin kattalashgan, 5 yoshidan boshlab epigastral sohasida doimiy og‘riq kuzatilgan qayt qilishlardan so‘ng bola o‘zini yaxshi his qilgan bir necha marta kasalxonada har xil tashxislar qo‘yib davolangan.

Keltirilganda, ahvoli o‘rtacha og‘irlikda, ishtaxasi sust, bo‘yi yoshiga mos. Anamnez ma‘lumotlariga ko‘ra ichak rivojlanishining etishmovchiligi gumon qilindi, rentgenokonstrast bilan tekshirishlaridan so‘ng yo‘g‘on ichakning qisman buralib qolgan holati aniqlanadi. Bolaga ko‘rsatilgan xirurgik yordam yaxshi natija berdi.

Keltirilgan kuzatishlardan ko‘rinib turibdiki, shifokor bu kasallikning patologiyasi bilan kerakligicha tanish emas. SHuning uchun tashxisni o‘z vaqtida ko‘ya olmagan, boladagi kasallikning klinik belgilari ancha kech paydo bo‘lishiga qaramasdan, shifokor kasallikning o‘tishi davrida ehtiyotkorlik bilan harakat qilib, tekshirish va davolash ishlarini olib borishi kerak.

SHuni aytish kerakki, ichakning qisman buralib kolishi ko‘pincha rentgen tekshirishlarda, bemorga xirurgik yordam ko‘rsatilganida, laparoskopik tekshirishda yoki murdani yorib ko‘rish jarayonida tasodifan ko‘rib qolinadi. Ichakning qisman buralib qolishiga tashxis qo‘yishda rentgenokonstrast tekshirishlar muhim rol o‘ynaydi, ya‘ni bolaning (chaqaloqning) to‘g‘ri ichagiga havo yoki bariy eritmasi yuboriladi ko‘richak va chambar ichak joylashishi bo‘yicha ko‘pchilik hollarda to‘g‘ri tashxis qo‘yishga erishiladi. Ba‘zan tushunarsiz holatlarda esa bariy eritmasi og‘iz orqali yuboriladi Bunday xollarda ichakning qisman buralib qolishini anglash quyidagi rentgen belgilari orqali aniqlanadi.

a) o‘n ikki barmoqli ichakning yuqori gorizontal va vertikal qismlarining kengayishi, distal qismini vertikal joylashishi,

b) ichak g'ayritabiiy joylashgan bo'lib, yo'g'on ichaklar chap tomonda, ingichka ichaklar o'ng tomonda,

v) ko'richakning joylashishi qayta tekshirishlarda o'zgarmaganligi va har doimgidek yuqori kvadratda turganligi ko'rinadi

Davolash. Yo'g'on ichakning simptomsiz va hech qanday kasallik belgisiz buralish holatlarida davolash talab kilinmaydi. Ba'zan qorin bo'shlig'ini ochganda yug'on ichakni joylashishini anomal holati) haqida bolaning ota-onasiga bildirib qo'yiladi, kelajakda kasal bo'lgan hollarda, ya'ni o'tkir appenditsit bilan og'riganda, diagnostik xatoga yo'l qo'ymaslik uchun og'riqning notipik joylanishi noto'g'ri tashxis qo'yilishiga sabab bo'ladi. Agar ushbu klinik belgilarning ayrimlari uchrasa ham (kuchli og'riq, qayt qilish va boshqalar) xirurgik yordam ko'rsatiladi.

Xozirgi kunga qadar ichakning buralib qolishda ishlatilgan xirurgik davolash usuli haqida bir fikrga kelinmagan, SHuningdek, ichakning tutilib qolishi to'g'rilangandan so'ng fiksatsiya va uning usullaridan qay darajada foydalanish ham xal qilinmagan. Keng tarqalgan usullardan biri ichaklar joylari ajratilib yoki ko'richak tepasidagi gumbazsimon qismi olib tashlangach, qorin bo'shlig'ining yuqori kvadrati fiksatsiyasiz qoldiriladi. Bu usulning kamchiligi shundan iboratki, ichak tutilishining qaytalashi natijasida ichak buralib qolishi mumkin, bu holat ichaklarni qoplab turgan qorin pardasiga yomon ta'sir ko'rsatadi. SHuning uchun ichaklarni xirurgik yo'l bilan fiksatsiya qilish maqsadga muvofiqdir.

Operatsiya texnikasi. Ko'richak gumbazi va o'n ikki barmoqli ichak charvining tutam bo'lib yopishgan joylaridan ajratilib, ingichka va qattiq bo'lib tortishib qolgan chandiq va qo'shimcha boylamalardan ajratib, ko'ndalang chok bilan tikib to'g'rilanadi va qisqartiriladi, o'n ikki barmoqli ichak o'ng qorin pardasi tomondan 2—3 chok bilan tortib qo'yiladi. Ko'richakning gumbazi xuddi shunday qilib bir necha chok bilan sigmasimon ichakka tikib qo'yiladi. Bu usulning afzalligi shundan iboratki, ichaklarini yorib ko'rib, o'n ikki barmoqli ichakning va uning o'ng tomonidagi tomirlari va nerv tugunlari bir-biriga ulanadi, buning natijasida charvining faoliyati yaxshilanadi.

Kuzatishlar shuni ko'rsatadiki, amaliyotda xirurgik davo ushbu patologiyalarni bartaraf qilish yaxshi natijalar berdi. Ko'pchilik hollarda yuqorida ko'rsatilgan mualliflarning ko'rsatmalari asosida bajarishga to'g'ri keldi. Ba'zi xollarda esa oldingi misollardan voz kechmasdan foydalanish kerak (ko'richakni o'ng tomonga o'tkazish). Ko'richak qay holatda harakatlanishiga qarab quyidagi ikki variantdan foydalanish maqsadga muvofiqdir:

1. Embrional torgiqlarni ko'richak charvisidan ajratilgandan so'ng qiyinchiliksiz o'ng biqinga tushirilib, ko'richakni gumbazi ikki-uch choklar bilan qorin pardasiga tikiladi, Bu holda o'n ikki barmoqli ichakni qo'shimcha tutib turish shart emas.

2. Agar ko'richakni tushirishda qiyinchilik tug'lsa, unda o'z joyida gumbazni sigmasimon ichakka choklar bilan tutashtiriladi. O'n ikki barmoqli ichak qorin pardasiga Billa-Trauman usuli bilan tutashtiriladi, bu ikki xolda charvilarni ko'ndalang yo'nalishda qorinning orqa devoriga fiksatsiya qilish maqsadga muvofiqdir. Ichakni tutib turish ichakni qayta tugilib qolishdan saqlaydi.

Bu nuqsonlarning xirurgik davolashining yaqin va olis natijalari qoniqarli bo'ladi.

7. TO'G'RI ICHAKNING CHIQISHI

To'g'ri ichakning chiqishi og'ir kasallik bo'lib, bu yo'g'on ichakning distal qismi devorini ajralib orqa chiqaruv kanalidan chiqib qolishidir. Ko'pgina mualliflar to'g'ri ichak chiqishini «oraliq churrasi» deb atashadi. Bu kasallik 1 yomdan 4 yoshgacha bo'lgan bolalarda ko'proq kuzatiladi. Bu yomdagi bolalarning 30% dan ko'pida to'g'ri ichakning chiqishi uchraydi.

Etiologiya va patogenezi, To'g'ri ichakning chiqishini yagona sabab bilan tushuntirib bo'lmaydi, balki u ko'p sabablar natijasida vujudga keladi. Bu sabablar organizmning kasallikka moyilligiga qarab va kasallik keltirib chiqaradigan holatlarga bo'linadi.

Kasallikka moyillik ko'pchilik hollarda bola organizmining anatomo-fiziologik rivojlanishi, to'qimalarining qanday rivojlanganligi, dum va dumg'aza suyagi chuqurchasini zaif rivojlanganligi, to'g'ri ichakning sagittal burmalarining yo'qligiga, Duglas bo'shlig'ining pastda joylashganligi, sigmasimon ichak tutqichining uzunligi, to'g'ri ichak arteriyasini tarqoq tipda bo'lishi va boshqa bir necha sabablar asosida kelib chiqadi.

Kichik yoshdagi bolalarda dumgaza suyagining egikligi hali yaxshi rivojlanmagan bo'ladi, chanoq suyagining bel qismi lordoz tomonga burilishi rivojlanmagan, to'g'ri ichak kattalarga nisbatan to'ppa-to'g'ri yo'nalishda bo'ladi.

Qorin bo'shlig'ida bosim kattalarda amortizatsiyalangan bo'lsa, bolalarda esa bu bosim to'g'ri orqa chiqaruv yo'liga qarab yo'naladi. Duglas bo'shlig'i kengligining chuqurligi katta ahamiyatiga ega, u bolalar yoshi kattalashib borishi bilan o'zgarib boradi. Bola qancha yosh bo'lsa, qorin parda siydik pufagi, to'g'ri ichak yoki siydik pufagi, bachadon, to'g'ri ichakning joylashgan chuqurligi

shuncha pastda bo'ladi, oxiri, chanoq bo'limi ichidagi ichaklarning oldingi va yon devorlari qoplangan bo'lib, shu bo'limda ichakning muskul pardasi bilan ko'rinmas holda birikib, keyin qorin pardasi kichik chanoqdan yon bosh suyaklari tomon ko'tarilib, orqa va oldingi qorin pardasi devorlariga tegadi. Qorin pardasi kancha ko'p tortilsa, Duglas cho'ntagi chuqurligi shuncha yuqori ko'tariladi, shunda qorin pardasini to'g'ri ichakni tutib turishda fiksatsiya roli yaxshi ko'rinadi. Duglas bo'shlig'i tubining chuqur joylashishi qorin pardasi ichidagi bosimning ko'tarilishi natijasida ichakning oldingi devori engil xolda bir-biriga kirib qolishi mumkin, bu to'g'ri ichakning chiqib qolishining boshlanishiga sabab bo'ladi.

Sigmasimon ichakning va uning harakatlari yo'g'on ichakning uzun ichak tutqichi va distal bulimlarini faqat yon yo'nalishlarda emas, balki yassi jabhalarida va vertikal yo'nalishda xarakatlanishiga ham yordam beradi.

To'g'ri ichak arteriyasi osilib to'rgan apparat tarkibiga kiradi. Agar arteriyalar katta magistral yo'llariga o'xshab tarqalgan bo'lsa, ichak yaxshi osilib turadi, tarqalgan yoki mayda qon tomirlar burmalar hosil qilgan bo'lsa, uning fiksatsiyalanish xususiyati kamayadi,

Kasallikka moyilligiga bog'liq sabablar (yaqin orada o'tkazgan og'ir kasallik, ozib ketish, gipotrofiyasi) to'g'ri ichak atrofidagi to'qimalarning va chanoq tubi mushaklarini susaytirib distrofik o'zgarishiga olib keladi. Kasallikni keltirib chiqaradigan sabablardan biri bu yo'g'on ichak kasalligi bo'lib, bolaning ozib ketishi va defekatsiya aktining buzilishi bilan bog'liqdir. Dizenteriya va ovqat xazm qilishining buzilishi natijasidagi ich ketish va qusish, qorin doimiy dam bo'lganda ichi kelmaslik natijasida qorin pardasi ichidagi bosim kuchayadi va to'g'ri ichak tushishiga bevosita sabab bo'ladi. Yo'g'on ichak faoliyatining buzilishida ich ketish va ichning dam bo'lishi muhim o'ringa ega.

Bolalar to'g'ri ichagining chiqishiga bag'ishlangan ishlarda bunga alohida e'tibor berilmaydi, lekin ba'zi bir hollarda u boshqa kasallikpar bilan aloqada bo'lmagani uchun bu kasallikni alohida tekshirishga to'g'ri keladi. Biz bu erda bolani «defekatsiya holatida» doimiy ko'p o'tirib qolishini ko'zda tutayapmiz. Kasallik sabablarini o'rganish va tushuntirishda, to'g'ri ichagi chiqqan bemorlar (500 atrofida) o'rtasnda shartli kuzatishlar o'tkazilib, 55% hollarda ichakning chiqishi to'g'ridan-to'g'ri boshqa kasalliklarga (dizenteriya va dispepsiya, doimiy qabziyatlar va boshqalar) bog'liqligi aniqlandi, 45% da esa bunday bog'liqlik aniqlanmadi. Oxirgi guruhdagi bolalarning ko'pchiligi bog'chalar va yasilarga bora boshlangan davrda, kasallik yuzaga kela boshlaydi, bolaning tuvakda ko'p va nazoratsiz qolib ketishi natijasida to'g'ri ichakni chiqishi paydo bo'ladi.

SHuning uchun maktab yoshigacha bo'lgan bolalar muassasalari xodimlari bilan profilaktik tushuntirish ishlarini olib borish maqsadga muvofiqdir. YUqoridagi ko'rsatilganlardan tashqari ko'k yo'taldagi, bronxitdagi uzoq vaqtgacha davom etgan yo'tal, o'g'il bolalarda qiynalib siyish holatlarida, tug'ma kamchiliklar natijasida siydik pufagi bo'yinchasi sklerozi ham kasallikni keltirib chiqaruvchi sabablarga kiradi. Ammo bu sabablar kam uchraydi. Xuddi shunday sfinkterning nervlar bilan ta'minlanishi va chanoq tubi mushaklarining shikastlanishi umumiy buzilishga olib kelmaydi. Bolalar kasalliklari amaliyotida xaddan tashqari jismoniy zo'riqish, dum-dumg'aza va oraliq sohasidagi jarohatlarga juda jiddiy ahamiyat beriladi. Bolalar organizmi jismoniy toliqishlarga o'rganmagan, moslashmagan, shuning uchun yuqorida kursatilgan sohalarida jarohatlar kam uchraydi. SHunday qilib yuqoridagilaridan ko'rinib turibdiki, bolalarda ichak chiqib qolishiga sabab bo'luvchi omillar har xildir. Kasallikni rivojlanish mexanizmida bu omillar yig'indisi muhim o'rinni egallaydi. Kasallikni organizmning moyilligiga qarab va keltirib chiqaradigan sabablari u yoki bu xollarda bola to'g'ri ichagining chiqishi va tushayotgan ichakning asta-sekin cho'zilib qolishiga sabab bo'ladi. Ba'zi xollarda bir daqiqaning o'zida ichakning talaygina qismi tezda tushishi mumkin. Barcha xollarda ham kasallik mexanizmi paydo bo'lishi va rivojlanishda qorin pardasi bosimining kuchayishi va chanoq tubi mushaklarining xolsizlanishi sabab bo'ladi.

Ichak chiqishi xakida ikki asosiy: churra va invaginatsiya nazariyasi bor. CHurra nazariyasiga asosan chanoq tubi mushaklarining xolsizlanishda Duglas bo'shlig'i pastda joylashgan bo'lib, qorin pardasi bosimining oshishi natijasida ichakni ko'tarib turuvchi mushaklar oralig'i kengayadi. To'g'ri ichakning oldingi devorini o'rnidan qo'zg'atadi, undan so'ng qolgan devorlarni, to'g'ri ichak orqa chiqaruv kanalidan chiqib qoladi, chanoqdan churrali xalta holda osilib chiqadi. Invaginatsiya nazariyasi bo'yicha qorin bo'shlig'ida bosimning va ichak peristaltikasining oshishi hamda to'g'ri ichakni invaginatsiya tarikasida chiqishi tushuniladi.

Ko'pgina ilmiy ishlarda, bu kasallik ko'proq, erkaklarda uchrashi aytilgan. Kattalar haqida gap ketganda, shuni aytishi mumkinki, erkaklar ayollarga nisbatan ko'proq jismoniy mehnat bilan shug'ullanadilar. O'g'il bolalar qiz bolalarga nisbatan 2—2,5 marta ko'proq kasallanadilar, ya'ni kuzatuvlarimiz bo'yicha o'g'il bolalar — 72%, qiz bolalar — 28% ni tashkil qiladi.

Tasnifi. Ilmiy ishlarda tavsiya qilingan quyidagi har xil holatlar, to'g'ri ichak devori qavatlarining chiqish darajasini hisobga olgan holda, ichak chiqqan qismining uzunligi, klinik ko'rinishlar yig'indisi va boshqalar tasnif sxemalarini

tuzishda asos qilib olinadi. Umumiy qabul qilingan tasnif yo‘q, tushishning anatomik va klinik shakl va darajalarini hisobga olib quyida berilayotgan tasnif sxemasi havola qilinadi:

1. To‘g‘ri ichak chiqishining anatomik shakli va darajasiga qarab:

1) shilliq qavatning chiqishi;

2) to‘g‘ri ichakning chiqishi:

I daraja - ichakning uncha katta bo‘lmagan qismi (2—2,5sm).

II daraja — to‘g‘ri ichakning 1/2—2/3 gacha bo‘lgan qismi (yoshiga karab).

III daraja — to‘g‘ri ichakning hammasi, ba‘zan sigmasimon ichakning bir qismi.

2. Klinik kechishiga qarab;

a) kompensatsiyalangan — defekatsiya vaqtida ichakning chiqishi va o‘z-o‘zidan kayta kirib ketishi;

b) subkompensatsiyalangan — defekatsiya vaqtida va ma‘lum bir miqdordagi jismoniy zo‘riqishda ichakning chiqishi va uning qo‘l bilan to‘g‘rilanishi. Bunda sfinkter faoliyatining I darajadagi etishmovchiligi kuzatiladi;

v) dekompensatsiyalangan — to‘g‘ri ichakning bemorning yo‘talganida, aksa urganda, juda osonlik bilan chiqishi va ko‘pincha axlat yoki gaz ushlab tura olmasligi bilan kechadi. Bunda sfinkter faoliyati etishmovchiligining P va SH darajasi kuzatiladi.

3. Ushlab turuvchi apparatning holatiga qarab:

1. Sfinkter etishmovchiliksiz;

2. Sfinkter etishmovchilikli;

I daraja — fiziologik defekatsiya xissi va aktining saqlanishi;

II daraja — defekatsiyaning sezish hissiyoti saqlansada, vaqt-vaqti bilan uning nazoratli bo‘lishi va oz yoki ko‘p miqdorda xohishsiz axlatning chiqib turishi;

III daraja fiziologik defekatsiya hissi, akti va nazoratining yo‘qligi, axlatning to‘liq tuta olmasligi.

YUqorida keltirilgan tasnif amaliyot uchun mos va qulaydir. Birinchidan u to‘g‘ri tashxis qo‘yishga yo‘naltirsa, masalan: «to‘g‘ri ichakning chiqishiga», «to‘g‘ri ichakning chiqishi II» va boshqalar, bu kasallikning anatomik darajasi va klinik kechishi haqida mukammal tasavvurga ega bo‘lishiga yordam beradi. Ikkinchidan eng asosiy aniq tashxis qo‘yish davolash uslubini aniqlashda muhim o‘rin tutib davolash usullaridan qay birini tanlashga, uning natijalarini yaxshilashga va to‘g‘ri statistikasi tahlil qilishga yordam beradi.

Klinikasi va tashxisi. To'g'ri ichak chiqishining birinchi kunlarida, ancha vaqtgacha kasalda hech narsa sezilmaydi. Bu kasallik rivojlanishining boshlanishi bo'lib, faqat ichakning shilliq pardasi, ya'ni u yoki bu tomondan kattaroq qismi defekatsiya vaqtida, ichakning chiqishi yuz berib, chiqish to'xtagandan so'ng, chiqib qolgan qismi o'z joyiga kirib ketadi. Ichakning chiqishi rivojlanib borib, shakli, darajasi uning davomiyligiga bog'liq. Tashqi tomondan to'g'ri ichak shilliq pardasi chiqishi ayniqsa, yorqin kizil yoki ko'kimtir rangli bo'lib, mayda yoriqlardan yoki markazi yulduzsimon yoriqlarga o'xshab ko'rinadi. Ma'lum vaqt o'tgach, sfinkter tonusi saqlangan holda, ichakning chiqqan qismi qiyinchilik bilan o'zi to'g'rilanadi va og'riq paydo bo'ladi. Bunday hol ota-onalarning e'tiborini o'ziga qaratadi. Ichakning barcha qatlamlari chikkanda silindsimon va sharsimon shaklga ega ko'kimtir rangdagi shilliq parda shishgan bo'lib, salga qonab ketadi. Kasallik uzoq davom etsa, ba'zan qon ketishi ham kuzatiladi. Ba'zi xollarda chiqqan ichak ancha vaqtgacha to'g'rilanmasa, shilliq parda ustida yaralar paydo bo'lib, fibrinoz qatlam bilan qoplanadi.

Kasallik asta-sekin rivojlana boradi. Dastlabki vaqtlarda bir necha kun davomida har defekatsiya paytida, axlatning qattiqlanishi va ich ketishi natijasida, uncha katta bo'lmagan ichak chiqishi kuzatiladi. Bunda gaz ichidagi mushaklar qisqarib bolani ichagini ichiga tortadi, ichak o'z joyiga qaytadi. Keyinchalik chiqish jarayoni har bir defekatsiyadan so'ng qaytariladi va o'z-o'zidan joyiga qaytishi qiyinlashadi, bunday xolda ota-onalar qo'l bilan to'g'rilashga harakat qiladilar. Kasallik cho'zilib ketsa chiqqan ichak uzunligi ko'payadi. Bu hol faqat kuchangan vaqtda emas, balki bir ozgina jismoniy zo'riqish natijasida ham paydo bo'ladi. Qorin bo'shlig'i bosimining bemor kulganda, yo'talganda, aksirganda va yiglaganda kuchayishi tufayli bu holat qaytarilganda faqat qo'l bilan to'g'rilanishi mumkin. SHu bilan birga sfinkterning xolsizlanish natijasida, to'g'ri ichakdagi axlat va gazni qisman yoki butunlay ushlab turolmasligi kuzatiladi.

Anatomik shakl darajalari o'rtasidagi ma'lum qonuniyat va bir-biri bilan bog'liqligi kasallikni klinik ko'rinishlarini belgilash mumkin. SHunday qilib to'g'ri ichakni chiqishining 1a, 16 va 1v, 116 va Pv, SHb va SHv shakllari mavjud. Biz bolalarda 2 a va 3 a shakllarini uchratmadik. Boshqacha aytganda, ichakni kanchalik katta qismi chiqsa, klinikasi va davolash ham og'ip kechadi.

Ba'zan katta yoshdagi bolalarda og'irroq jism ko'targanda yoki og'ir jarohat olganda ichakning kattagina qismi to'satdan chiqishi kuzatiladi. CHiqib qolgan ichak siqilib qolsa ham, sfinkterning tashqi qisqarish faoliyati saqlanib qoladi. Bunday hollarda ichakning siqilib qolgan qismi anal teshigi atrofida kattalashib

chiqqan ichak sal tegsa og'riydi. Keyinchalik o'ta taranglashadi va to'q jigar rang tusga kirib, uni to'g'rilash imkoni bo'lmaydi. Bunday xollarda o'ta tez muolajalar o'tkazish talab qilinib, umumiy og'riqsizlantirish yo'li bilan anal teshigi kengaytiriladi va ichak qo'l bilan joyiga kirgiziladi.

To'g'ri ichak chiqish kasalligiga tashxis kuyish uncha qiyinchilik tug'dirmaydi, chunki ota-onalar o'zlari kasallik hakida batafsil gapirib beradilar. SHifokor tashxis qo'yishda xatolikka yo'l qo'ymaslik uchun chiqqan to'g'ri ichakni ko'zdan kechirishi kerak. Ba'zan poliklinika sharoitida shifokor bunday kasallarni ko'rganda ichak vizual ko'rinmay qolishi mumkin, Bunday holda kasallik to'g'risida to'liq tasavvurga ega bo'lish uchun avvalombor engil huqna qilingach bolani tuvakka o'tkazish kerak. Bunda ichakning chiqish va uni qayta to'g'rilash tashxisi tufayligina tasdiqlanadi. SHundan so'ng qo'l bilan to'g'ri ichak tekshiriladi. Ba'zan esa to'g'ri ichak chiqishida pastda joylashgan orqa chiqaruv teshigi orqali chiqadigan poliplar ham borligi barmoqlar yordamida aniqlanadi.

Davolash. bolalar to'g'ri ichagining chiqishini davolash hali hal etilmagan muammodir. Bu davolash haqidagi fikrlarning va ayrim usullarning bir-biriga qarama-qarshiligida ko'rinadi. Kattalarga nisbatan, bolalarda bu kasallik ko'pchilik hollarda dori-darmon bilan davolanadi. Davolashning uchta asosiy ko'rinishi bo'lib, bulardan dori-darmon bilan to'g'ri ichak to'qimalarini chandiqlashtiradigan in'eksiyalar qilish va xirurgik yo'l bilan bartaraf etishdir. Bolalarni davolash muolajalarida sklerozlash davosi katta o'rin olgan, Bu davoning keng tarqalgan A.S.Mezenev, K.S.Mirogvorseva, Z.L.SHuvalova usullari bo'lib, bunda 70% li etil spirt qo'llaniladi. Oz miqdorda spirt berilganda avval teri shishadi, keyin ko'pchib chiqadi, xujayralar qismi nekrozlanadi. SHundan so'ng aseptik yallig'lanish reaksiyasi asta-sekin biriktiruvchi to'qima hosil bo'lishi bilan almashinadi, to'g'ri ichak atrofi xujayralari qattiqlashib, chandiqqa aylanadi. Bu jarayon natijasida kichik chanoq atrofidagi to'qimalarga to'g'ri ichak qattiq tortiladi va ichak chiqishi yo'qoladi. Bundan tashqari kimyoviy spirt bilan blokada qilish to'qimani yangi hosil bo'lgan to'qima bilan tiklanishiga ta'sir etadi. Bolalar xirurglari bu usulga ehtiyotlik bilan yondoshishi zarurdir.

Tajriba shuni ko'rsatadiki, bolalarda to'g'ri ichak chiqishini davolashda, davolash usullarini individual tanlash lozim. Bunda to'g'ri ichak chiqishining anatomik shakl va darajalarini, kasallikning klinik kechish holati, bola yoshi hisobga olinadi. Keltirilgan tasnif sxemasiga suyangan holda quyidagi usullarda davolashni tavsifa qilamiz.

Konservativ dori-darmon bilan davolash asosiy o‘rinni egallaydi. Bu usul 4—5 yoshdagi bolalarda ichak chiqishining barcha shakl va darajalarida, kattaroq yoshdagi bolalarda esa ichak shilliq pardasining chiqishida, to‘g‘ri ichakning 1a, 16 va 1v, 116 shakllarida qo‘llaniladi. Dori-darmon terapiyasi uch holda qo‘llaniladi:

1) avvalo kasallikni keltirib chiqaruvchi, uni rivojlanishi va tarqalishiga olib keluvchi sabablarni yo‘qotish (qabziyat, ich ketish va boshqalar): foydali oziq-ovqat rejimini tanlash, organizmni umumiy davolashda tarkibida oqsil moddalar kamroq uchraydigan kuchli ovqatlar berish; toza havoda uzoq muddat bo‘lish; har xil vitaminlar bilan davolashdan iborat. Qabziyat bo‘lganda stol buyuriladi №1, desert qoshiqda kuniga 3 martadan vazelin moyi beriladi, engil hukna qilinadi;

2) defekatsiya vaqtida qorin bo‘shlig‘i mushaklarini taranglashmasligiga harakat qilish kerak, buning uchun bolani tuvakka o‘tkazilmay qilinadi. Kasal ichi keladigan vaqtda orqa tomoni yoki yon boshiga yotkizilgan holda bo‘lishi lozim. Bu harakatlar umum davolashda muhim bo‘lib, ota-onalardan chidam va e‘tiborni talab qiladi. Chunki davolash vaqti va natijalari shularga bog‘liqdir;

3) defekatsiya vaqtidan tashqari vaqtda ichakning chiqmasligiga qattiq e‘tibor beriladi, ichak chiqqan zahotiyiq tezda to‘g‘rilanadi. Shifokor ichak to‘g‘rilash texnikasini onaga o‘rgatadi, bu ish bola orqasi bilan yotganda osonroq kuchayadi. Chiqqan ichakka vazelin moyi surib turiladi va doka salftkasi yoki polietilen plyonkasi bilan ikki qo‘l barmoqlari yordamida asta-sekin ortiqcha kuch ishlatmasdan markazdan boshlab ichak ichkariga itarib kiritiladi va to‘g‘rilanadi. Bunda markaz qismi to‘g‘rilana boshlagach chiqqan ichakning chetlari o‘z-o‘zidan ichkariga kirib ketadi. Ichak to‘g‘rilangan bola qorniga yotqiziladi.

Bundan tashqari, bolalarda to‘g‘ri ichak chiqishini davolashda juda katta ahamiyatga ega bo‘lgan muolajalardan biri, chanoq tubi mushaklarini va sfinkter apparatini mustahkamlashga qaratilgandir. Bularga — fizioterapiya, davolash jismoniy tarbiyasi, elektrostimulyasiyasi kiradi. Bu davolash usullarini patogenetik usullar kategoriyasiga kiritish mumkin. Ularni o‘rganish va kelajakda takomillashtirish bolalarda to‘g‘ri ichak chiqishini davolash muammolarini hal qilishda yaxshi natijalar beradi.

Aytib o‘tilgan qoidalarga amal qilish asosan yaxshi natija beradi: to‘g‘ri ichak chiqishi asta-sekin kamaya borib, so‘ng tuzala boshlaydi. Davolash muddati 2 haftadan 3—4 oygacha davom etishi mumkin. Shifokor va ota-

onalarning chidam va sabot bilan bolani davolashlari ko'p xollarda murakkab va qiyin usullar bilan davolashdan asrab qoladi va asoratlarni oldini oladi.

Sklerozlash, yordamchi rezerv davolash usuli bo'lib 5 yoshdan katta bo'lgan kasal bolalarni 116 va SHb formalaridan ichagi chiqishida, shuningdek 5 yoshcha bo'lgan kasallarda konservativ davolash usuli yordam bermaganda qo'llaniladi.

Muolaja texnikasi. In'eksiya uchun olingan 70% li spirt hajmi (1 kg og'irligiga 1,4 ml nisbatda), jami 20—25 ml dan oshmasligi kerak (3.A,SHuvalova)

Tayyorlangan dori dozasi uchta shpritsga teng bo'linadi. Umum oqritssizlantirish ostida «Litotomik xopda bola yotkizilib, chap qo'l ko'rsatkich barmoq bolaning to'g'ri ichagiga kiritilib, nazorat qilgan holda igna pararektal to'qimaga kirgiziladi, lekin igna ichak devorlari qalinligidan o'tib ketmasligi kerak ya'ni to'qima orasida qolishi kerak. O'ng qo'l bilan uch nuqtaga xuddi soat siferblati holatidagi 3, 6, 9 nuqtalar orqali 1,5 sm masofadan anal teshigidan tashqari to'qimaga kirgizilgan igna 6—7 sm chuqurlikkacha kiritiladi va chiqarib olinayotganda 1,0 ml 70% li spirt tomiziladi. Umumiy dozaning 1/3 qismi xar nuqtaga alohida shpritsda yuborilib, igna sanchish elpig'ichsimon yo'nalishda o'zgaradi. Natijada to'g'ri ichak atrof to'qimalari bir xil miqdorda infiltratsiya oladi.

Muolajadan so'ng 14 kun davomida «tuvakka» o'tirishga ruxsat berilmaydi (bola yotgan holda yoki sudnaga defekatsiya aktini bajarishi mumkin). Alohida parhez talab qilinmaydi. Manipulyasiyaning to'g'ri bajarilishi kichik yoshdagi bolalarda tuzalish bir marta yuborilgan in'eksiyadan so'ng boshlanadi.

Katta yoshdagi bolalarda ba'zan kayta in'eksiya yuborish talab qilinadi, ya'ni birinchisidan so'ng 3—4 hafta o'tgach, yana in'eksiya yuborilganda ham tuzalmasa, bu usul bilan davolashni to'xtatish kerak.

SHuni ta'kidlash kerakki, bu davolash muolajasini bajarish juda katta e'tibor va alohida mahoratni talab qiladi, shunday qilinmasa yomon asoratlarga olib kelishi mumkin. Darvoqe, ichak devori qalinligiga spirt yuborayotganda bir joyda arzimagan dozasi ham to'planib qolsa, u joyda to'qimalar nekrozga uchrab, to'g'ri ichak shilliq pardasi yallig'lanishining og'ir formasi rivojlanishiga olib keladi.

Xirurgik usuli tezkorlik bilan davolashning ayrim hollardagina qo'llaniladi. U asosan katta yoshdagi bolalarda ichak chiqishi SH v formasi yuz berganda va skleroz chandiqlatish usuli natijasiz bo'lgandagina qo'llaniladi. To'g'ri ichak chiqishini davolashda ko'plab xirurgik usullari taklif qilingan. Pediatriya

amaliyotida shulardan Tirsha operatsiyasining S.D.Ternovskiy modifikatsiyasi bolalarda qo‘l keladi.

Tirsha—Ternovskiy usuli xirurgik umum og‘riqsizlantirish ostida bajariladi. To‘g‘ri ichak huqna bilan tozalangan, bemor xirurg stolida «litotomik» holda yotqiziladi. Operatsiya qilinadigan joy spirt bilan artilgach, orqa chiqaruv yo‘li yon tomonidan 2—2,5 sm uzunlikda ikkita simmetrik xolda teri shilimshiq teriga o‘tkazmasdan 1,5—2 sm yaqinroqda kesiladi. Deshan ignasida kesilgan joydan orqa chiqaruv yo‘li orqali qalin ip (№5) utkazilib, tufi ichakka yordam sifatida kirgizilgan barmoq yordamida bog‘lanadi. Ip o‘tkazilayotganda ignaning to‘qimalar orasidan yurishiga va ichakka shikast etkazmasligiga e‘tibor berish zarur. Terining kesilgan joylari bog‘lovchi choklar bilan tikiladi. Ushlab turuvchi ip surilib ketadi yoki 1—1,5 oydan so‘ng olib tashlanadi.

Ba‘zi hollarda katta yoshdagi bolalarda kasallik o‘tkazib yuborilganda Kyummel-Zereninning proktologiya ITI modifikatsiyalangan usuli qo‘llaniladi

Operatsiya texnikasi Endotraxéal narkoz berilib, bemor chalqancha yotqizilib, qorin pastki qismida o‘rtacha laparatomiya, ya‘ni qorin bo‘shlig‘i kesiladi, keyin Trendeleburg holatida ingichka ichak tutqichlari yuqoriga suriladi, uni assistent xo‘l salfetka bilan ushlab turadi. Sigmasimon ichak jarohatdan chiqarilib yuqoriga, keyin chapga tortiladi. O‘ng siydik yo‘li jarohatlanmasligi uchun uni holati aniqlanadi. Mushaklar sohasidan 2/3 sm ichakni o‘ng tomonidan qorin pardasining parietal varag‘i o‘tadi. Kesish Duglas bo‘shlig‘a tubi pastiga qarab hamda 1—2 sm to‘g‘ri ichak chap tomoniga qo‘shimcha kesish bilan davom ettiriladi. To‘g‘ri ichak ohista-tezlik bilan o‘ng yon tomonga va orqa devorlarini chanoq levator mushaklari yonigacha suriladi. Qon to‘xtatiladi, dumg‘azaning oldingi yuqori qismi do‘ngdan boshlab suyak usti pardasiga 1,5 -2 sm 3—4 kapron ip bilan choklar tikiladi (№3—4), Pastki chokdan boshlab to‘g‘ri ichak tortib ko‘miladi. CHoklar ichak devorlariga shunday qilib tortiladiki, choklar bog‘lanayotganda 180 ga ichak rotatsiyasi hosil qilinib, ichakning bo‘sh bo‘lgan oldingi devoriga tikiladi. Qorin pardasining parietal varag‘i ichakni ust tomoniga tiqilib, duplikatura hosil qilib va Duglas burchagi olib tashlanadi. Orqa chiqaruv yo‘li tomonidan to‘g‘ri ichakka gaz chiqaruvchi nay qo‘yiladi. Qorin pardasi devori kesilgan joy yaxshilab tikiladi.

YUqoridagilarni asoslab shuni aytish mumkinki, bolalarda to‘g‘ri ichak chiqishida shifokorlar va xirurglarni davolash usullaridan qay biri to‘g‘ri kelishini to‘g‘ri tanlashlari muhimdir. Ayniqsa konservativ davolash bolalarda katta ahamiyatga ega.

Davolash natijasi. Bolalarda to'g'ri ichak chiqqanda konservativ elektrostimulyasiya bilan davolash ko'p hollarda juda yaxshi natija beradi (B.M.Klichev, 1990). Kasallikni tuzalmasdan o'lim yuz berishi juda kam hollarda kuzatilib, bu skleroz-qattiqashtirish va operatsiya qilingandan so'ng qolgan yomon asoratlar natijasida yuzaga kelishi mumkin. Ko'pgina mualliflar ma'lumotlariga ko'ra, qayta xurujlanish 2%— 12% gacha bo'ladi (A.S.Mezenev, YU.Imalyishev). Konservativ davolash effekti 90% dan ko'prokni tashkil qiladi.

8. BAVOSIL

Klinika va tashxisi. Ko'p hollarda ota-onalar xirurgga bolaning defekatsiya paytida yoki yig'laganida, kuchanganida anus atrofida tugunsimon bo'rtmalarning paydo bo'lishiga shikoyat qilib kelishadi. Anal sohasi ko'zdan kechirilganda o'zgarishsiz bo'lib, ba'zi hollarda teri orqali kengaygan tomir sezilib turadi. Bolani tuvakka o'tirgizish yoki kuchanish so'ralganda varikoz kengaygan venalar yoki tashqi gemoroidal tugunlari yaqqol ko'rinadi. Bu holatga shu narsa xoski, bemorda sub'ekgiv shikoyatlar (og'riq qichish) va ob'ektiv belgilar (qonash, yallig'lanish) bo'lmaydi. Boshqacha aytganda, bu erda kasallikning alohida shakli, ya'ni "Bavosilsiz-bavosil" uchraydi. Bola odatdagi holatda bo'ladi. Qulay sharoit bo'lishi bilan erta yoki kech kasallik namoyon bo'ladi.

Ba'zan anusdan amaliyotda kichik yoshdagi coppa-cog' yurgan bolalarda to'satdan anusdan uncha kuchli bo'lmagan qon keta boshlaydi. Bu ayrim tutunchalarning qotgan axlat ta'sirida jarohatlanishi natijasi ko'pincha kelib chiqadi. Qon ketishi takrorlanib, og'riq bo'lmaydi. Kattaroq yoshdagi bolalarda dastlab anal kanalida yot jism bordek tuyulib, keyinchalik anusda qichish va achishish seziladi. So'ngra tezda og'riq qo'shilib, u defekatsiya paytida zo'rayadi. Bir yoki bir nechta bavosil tugunchalari shishadi, kattalashadi va yallig'lanadi, teri shu joyda taranglashadi va ko'kimtir tusda bo'ladi. Bu joyini paypaslash kuchli og'riqni qo'zg'aydi. Tana harorati 37,5—38 °S gacha ko'tariladi. Odatda bunday hollarda qon ketishi kuzatilmaydi.

Katta odamlardagi kabi, katta yoshdagi bolalarda ham gemoroidal tugunlar trambozi natijasida yuz bergan o'tkir bavosil, og'irligi bo'yicha 3 xil darajada bo'lishi mumkin.

I darajada — ipsimon chiziqdan pastda joylashgan uncha katta bo'lmagan, og'riqsiz bavosil tugunlari paykaladi,

II darajada — orqa yo'l butunlay «yallig'langan o'sma»ga o'xshab qoladi. Uni paypaslash juda og'riqli.

III darajada — oraliq sohasida orqa chiqaruv kanalidan chiqib kolgan ko'kintir-ko'ng'ir tUSDagi ichki bAVOSIL tugunlar ko'rinib turadi.

Bavosil tashxisi ko'p qiyinchilik tug'dirmaydi. Portal gipertenziya natijasida ro'y bergan gemoroidal venalarning kengayishini bAVOSIL deb atash kerak emas, boshqa barcha hollarda bu tashxis o'rinlidirki, agar flebektaziya boshqa biror Girshprung kasalligining oqibatida bo'lsa ham. Albatta, kasallikni aniqlashda to'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish va rektoromanoskopiya shart. Bu usullar tashxisni aniqlashtirib qolmasdan bAVOSIL hamda to'g'ri ichak polipi, anus yorig'i, gemangioma va paraproyuitlarni bir-biridan farqlash imkonini beradi.

Davosi. Bavosilning boshlanish davrida konservativ davo qo'llaniladi. Bunda defekatsiya aktini hamda yumshatuvchi xossaga ega bo'lgan parhez tartibini saqlash kerak. O'tkir bAVOSIL shoshilinch choralar ko'rishni talab qiladi. Xuqna yordamida ichak tozalanadi. Kuniga 2—4 marta kaliy permanganatining kuchsiz iliq eritmasida «o'tirish vanna»lari buyuriladi. Kuchli og'riq bo'lganda, avval oraliqqa sovuq (muz), so'ngra Vishnevskiy mazi yordamida kompress buyuriladi. Ertalab va kechasiga anus kanaliga quyidagi tarkibli shamchalardan 1/2 miqdorda buyuriladi.

Iliq holdagi Vishnevskiy mazi, na'matak o'simligi moyi yoki chakanda moyi bilan mikrohuqna qilish yaxshi terapevtik natija beradi. Qon ketganda - geparinli; og'riq bo'lganda "anuzol, neoanuzol, proktosedil, ich qotganda glitserinli shamchalardan foydalaniladi, Parhez, fizioterapevtik va dorivor vositalardan birgalikda unumli foydalanish o'tkir jarayonga tezda bardam beradi. Bolalarda bAVOSILning surunkali stadiyasi xos emas.

Bavosilning oldini olish pediater diqqat markazida bo'lishi shart, chunki kattalardagi surunkali shakllarning paydo bo'lishi uchun bolalik davrida sharoit yaratiladi. Asosiy profilaktik choralardan biri defekatsiya aktini me'yoriy bajarib turishdir. YOshlikdan tarbiyalab borib, fiziologik eng qulay bir martalik defekatsiyaga rioya qilish kerak degan A.M.Aminevning fikrlarini batamom kuvvatlaymiz. SHularga asoslangan xolda maktabgacha bolalar muassasalarida maqsadga muvofiq ishlar olib borib, xodimlarga bolalarning tuvakda uzoq o'tirib qolishi zararli ekanligini tushuntirish lozim.

Doimiy profilaktik kuzatuvlar o'tkazib turilsa bAVOSILning oldini olish yanada samaraliroq bo'ladi. Gemoroidal venalarning tug'ma kengayishi bo'lgan bolalarni dispanser nazoratiga olish va bu «xatar» guruxiga mansub bolalar bilan batafsil profilaktik nazorat ishlarini olib borish kerak. Bunday kuzatuvdan bolalarda qabziyatga yo'l qo'ymaslikning ahamiyati katta. Oraliq sohasini sovuq suv bilan yuvib turish muhim profilaktik ahamiyatta ega.

Ertalabki ichilgan sovuq suv xuddi yumshatuvchi kabi ta'sir etadi. Oraliqni yuvib turish esa gigienik ahamiyatdan tashqari qon-tomirlar tonusini oshiradi. Flebektaziya asta-sekin kichraya borib, bir necha yildan so'ng yo'qolib ketadi.

9. PARAPROKTIT

Paraproktit bu to'g'ri ichak atrof to'qimasi va proktodeal bezlarning yallig'lanishidir. Paraproktit o'tkir va surunkali tarzda kechadi. Bizning kuzatuvimizda yangi tug'ilgan chakaloqdan to 14 yoshgacha bo'lgan 400 ta bemordan paraproktitning 2/3 qismida o'tkir, 1/3 qismida surunkali kechgan. SHularning 68% dan ko'pini yangi tug'ilgan va erta yoshdagi bolalar tashkil qiladi.

Etiologiya va patogenezn. Bolalik yoshida paraproktit nospetsifik jarayon bo'lib, bu yiring qo'zg'ovchi mikroblarning proktodeal bezlarning yallig'lanish natijasidir. Kattalarda bu kasallik ichak tayoqchasi va boshqa ichak mikroorganizmlari bilan birga polimikrob xususiyatiga ega bo'lsa, bolalarda esa asosan stafilakokkli monomikrob flora bu kasallikka sabab bo'ladi. Bunday nomutanosiblikni qanday tushuntirish mumkin? Bu savolga javob berishdan avval, hech bo'lmasa kattalarda paraproktitning kelib chiqish mexanizmiga qisman to'xtab o'tishga to'g'ri keladi.

Ko'pgina zamonaviy tadqiqotchilar bu kasallikning kelib chiqishini anus bezlari va kriptalarning yallig'lanishi bilan bog'lashadi, sababi bu joylar infeksiyaning ichak bo'shlig'idan o'tib, o'rnashib olishi uchun qulay hisoblanadi. Agar protokdeal bez yo'li bekilib qoladigan bo'lsa yiringlagan retension kista hosil bo'ladi. Uning yorilishi infeksiyaning perianal sohaga tushishiga imkon tug'diradi va natijada atrof to'qimaning keng tarqalgan reaksiyasi kuzatiladi. Keyinchalik bu jarayon chegaralanib, yiring to'planib abscess vujudga keladi va u o'zi mustaqil yorilishi yoki xirurgik yo'l bilan ochilishi mumkin. V.A Garanin, A.A,Zaremba kabi olimlar bu fikrga ishonarli dalillar keltirishgan. Bu dalillar haqiqiy paraproktitda pararektal abscess kelib chiqishining to'g'ri ichak bo'shlig'i bilan bog'liqligini tasdiqlaydi. Bu fikrni Dulsev YU.V. va Salamov K.N. ham faol qo'llab-quvvatlaydi. Paraproktit kelib chiqishida to'g'ri ichak shilliq qavatining bevosita jarohati va axlat turib qolishi muhim ahamiyatga ega.

SHunday qilib, kattalar proktologiyasida o'tkir paraproktit kelib chiqishining anus bezlari va kriptalarning yallig'lanishiga bog'liqligi tushunchasi mavjud bo'lgan holda, bolalar proktologiyasida bu muammo e'tiborni to'liq qozonganicha yo'q.

Bolalarni yiringli-yallig'lanish kasalliklari ichida hakikiy paraproktit va oralik abscessini yaqqol farqlash lozim.

Oraliq abscessida infeksiya pereal anal sohani to'g'ri ichak bo'shligidan tushmaydi, yangi tutlgan chakalokva emizakli bolalarda bu soha terisining o'ziga xos oson shikastlanuvchanligi va bichilishii ko'p kuzatiladi. Buning ustiga oraliq abscessi yangi tug'ilgan chaqaloqlarda septikopiemiya infeksiyasining navbatdagi mahalliy o'chog'i hisoblanadi va bu floraning muvofiqligi bilan tasdiqlanadi (odatda, stafilakokk). Bunday yiringli jarayon haqiqiy paraproktit hisoblanmaydi. Xaqiqiy paraproktitda infeksiyaning tarqalishi to'g'ri ichak tomondan yo'nalgan bo'ladi. Anus kriptalari bo'lib kirish darvozalari xizmat qiladi, ular anus bezlarining yo'llariga ochiladi (German yo'llari).

Gistomorfologik tekshirishlarning ko'rsatishicha, yosh go'daklarda paraproktitning kelib chiqishida asosiy omillardan biri tug'ma moyillik holatlari hisoblanadi. Bular anal bezlar yo'llarining anomal kistalar yo'lida bo'lishi, anal bez yo'llarini sinusdan tashqari har xil joyga ochilishi yoki bir necha bezlarning bir yo'lga ochilishi, anorektal soha limfostrukturasini anomal kista va limfangiomatoz holatida bo'lishi kiradi. Bular ma'lum noqulay sharoitlarda, jumladan, dispeptik buzilishlarda, disbakterioz, ichak saprofit mikroflorasi virulentligi o'zgarganda yoki patogen shtamplar paydo bo'lganda o'tkir yallig'lanish sodir bo'ladigan joy bo'lib xizmat qiladi. Avval bir kripta yallig'lanadi. Mana shu infeksiya kiradigan erda «ichki oqma» hosil bo'ladi. Infeksiya so'ngra anal bezlarining yo'llari bo'ylab anomal tarmokdarga tarqaladi, ularni zararlab pararektal to'qimalar; shilliq osti teri osti, ishiorektal va pelviorektal sohalarga tarqaladi.

Organizmning reaktivligiga va floraning virulentlik darajasiga qarab bu jarayon bir anatomik soha bilan cheklanadi yoki qo'shni sohalarga tarqaladi. Yiring teri orqali yorib chiqib «tashqi oqma»ni hosil qilishi mumkin. Bu ba'zan xirurgik aralashuvdan so'ng ham qoladi, bunday holatlarda jarayon surunkali bosqichga o'tadi. Xozirgi vaqtda o'tkir va surunkali paraproktit bir kasallikning bosqichi hisoblanadi. Bunda kasallikning surunkali va xurujlanib kechishi, Morgane kriptalariga ochiladigan epitelial to'qima bilan koplangan infeksiyalangan anal bezlari, ya'ni ichki oqmadan o'tadigan reinfeksiya natijasidir.

Tasnifi. Xirurgning paraproktitda kechayotgan jarayonning klinik shakli, anatomo-morfologik xususiyatlari xaqida to'g'ri tasavvurga ega bo'lishi juda muhim bo'lib, klinik tashxisni belgilashda va davolashning optimal usulini tanlashda asosiy dalil hisoblanadi. SHu nuqtai nazardan uning ratsional tasnifiga ehtiyoj tug'iladi. Ko'plab taklif qilingan tasniflar orasida qo'llashga eng qulay

bo'lgani, bu sobiq RSFSR Proktologiya Ilmiy tadqiqot instituti taklif etgan tasnifdir.

1. Etiologik belgisiga ko'ra: nospetsifik — xos bo'lmagan (banal), spetsifik xos bo'lgan (jarohatlanishdan so'nggi).

2. YAllig'lanish jarayoni faolligga ko'ra: o'tkir, qaytalanuvchi, surunkali (to'g'ri ichak oqmalari).

3. Infiltrat, yiringdonlarning joylashgan o'rniga ko'ra: teri va shilliq qavat osti, quymich, to'g'ri ichak , to'g'ri ichak, to'g'ri ichak orti.

4. Oqma ichki tugunining joylashuviga ko'ra: oldingi, orqangi, yon.

5. Oqma yo'lining sfinkterga nisbatan joylashuviga ko'ra: intrasfinkter, trassfinkter, ekstrasfinkter.

Bu tasnif jarayonning tarqalganini va xarakterini oson aniqlash va baholash, tashxisni etarlicha aniq ifodalash va ratsional davo uslubini tanlash imkonini bersada, kichik yoshdagi bolalarda paraproktitni o'ziga xos kechishini to'liq ifodalay olmaydi. SHuning uchun erta yoshdagi bolalar uchun quyidagi tasnifni qo'shimcha ilova qilamiz (A.J.Hamroev 1998).

I. O'tkir paraproktit

1. Geneziga ko'ra: tug'ma va orttirilgan.

2. Kelib chiqishi yo'liga ko'ra: birlamchi va ikkilamchi.

3. Joylashnshiga ko'ra: teri osti, shilliq osti va to'g'ri ichak orti.

4. Natijasiga qarab: asoratlanmagan va asoratlangan (xurujlanuvchi va surunkali).

II. Xurujlanubchi paraproktit

III.Surunkali paraproktit

1. Geneziga ko'ra: tug'ma va orttirilgan.

2. Oqma yo'lining shakliga ko'ra: oqмали va oqmasiz.

3. Oqmaning turiga ko'ra: to'liq va noto'liq.

4. Oqmaning murakkabligiga ko'ra: oddiy va murakkab.

5. Oqmaning sfiikterga nisbatan joylashnshiga ko'ra: sfinkter ichi, sfinkteraro va sfinkterdan tashqari.

6. Oqmaning segmentar joyiga ko'ra: oldingi, orqa va yon (chap va o'ng)

7. Natijasiga ko'ra: asoratlanmagan va asoratlangan (xurujlanuvchi va anus sfinkteri funksiyasini etishmovchiligi).

O'tkir paraproktit. Bolalarga xos bo'lgan paraproktitni tavsiflashdan avval shuni qayd etish lozimki, u asosan nospetsifik yoki shu xastalikka xos bo'lmagan xususiyatga egadir. Yiringdoshlarning chuqur joylashuvi yosh

bolalarda juda kam uchraydi va jarayon asosan 95—97% holatlarda teri va shilliq osti absessi shaklida kechadi va kasallikning to‘g‘ri ichak shakli ancha kam uchraydi (3~5%). O‘tkir paraproktitning boshqa shakllarini erta yoshdagi bolalarda uchratmadi.

O‘tkir paraproktit bolalarda kriptalarni, odatda, old yoki old-yon tomonini yallig‘lanishi bilan kechadi. Bu kasallikka o‘g‘il bolalar ko‘proq chalinadi va bu nisbat qiz bolalarga qaraganda 5 : 1 ni tashkil qiladi.

Klinikasi va tashxis. Kasallik o‘tkir boshlanadi. Bola dastlab sababsiz bezovtalanib, ishtaxasi yo‘qoladi. Tana harorati 38 -39 S gacha ko‘tariladi. YOsh bolalar (chaqaloqlar)da yo‘rgaklash yoki oraliqni tozalashda bezovtalanish ortadi. Kattaroq bolalarda defekatsiya mobaynida o‘tirgan holatda anal atrofida og‘riqning kuchayishi kuzatiladi. YAllig‘lanish orqa yo‘lning oldingi yarim aylana qismida joylashganda dizurik buzilishlar kuzatiladi.

Bemorni ko‘zdan kechirganda, mahalliy o‘zgarishlar, ya’ni anus atrofi sohasi ustidagi terining qizargani va biroz shishgani ko‘rinadi. Anus teshigidan boshlangan teri burmalari tekislanib, shakli birmuncha o‘zgaradi. Paypaslab ko‘rganda, keskin og‘riqli infiltrat aniqlanib, teri osti shaklida uning chegarasi yaqqol aniqlanadi. Paraproktitni o‘tirgich-to‘g‘ri ichak shaklida esa dumba sohasidagi keskin shish natijasida aniq yallig‘lanish chegarasini aniqlash qiyin bo‘ladi. Infiltrat avvaliga zich bo‘lib, keyinchalik uning markazida flyuktuatsiya paydo bo‘ladi.

Kasallik tez zo‘rayadi, 2—3 kundan so‘ng mahalliy o‘zgarishlar aniq ko‘rinadi. Bir vaqtda o‘zini yomon his qilish, bola faolligining pasayishi, uyqu va ovqatlanishning buzilishi kabi umumiy simptomlar kuchayib boradi.

Qonda ham o‘zgarishlar paydo bo‘ladi — ECHT ning oshishi, leykotsitoz va h.k. Ich kelishi, ba’zan suyuq bo‘lsa, ba’zida to‘xtalish kuzatiladi. Kattaroq bolalar o‘tirmaslikka harakat qiladi yoki sog‘lom tomondagi dumbasi bilan ehtiyot bo‘lib, oyoqlarini uzatib o‘tiradi. YOtganda ham sog‘lom yonga ag‘darilgan va tizzalarini qoringa keltirgan holatda bo‘ladi.

O‘z vaqtida yordam ko‘rsatilmasa yallig‘lanish infiltrati qarama-qarshi tomonga ham o‘tadi. Odatda 6-8- kunlari yiringdon o‘z-o‘zidan tashqariga, kamdan-kam hollarda ichak bo‘shlig‘iga ochiladi. Lekin kasallikning o‘z-o‘zidan davo topib ketishini kutish maxalliy va umumiy asoratlar xavfini oshiradi.

Paraproktitning teri osti va shilliq qavati osti shakllari engilroq xisoblanib, subfebril harakat va defekatsiya vaqtida uncha kuchli bo‘lmagan

og'riqlari bilan kechadi. Uning aniq klinik belgilari, yiringni tojsimon chiziqdan pastga tushganda yoki teri osti yog' to'qimasiga o'tganda yaqqol ko'rinadi.

Bunda anus atrofida, yarim aylanasi bo'yicha shish paydo bo'ladi. To'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirganda tojsimon chiziq ustida dumaloq og'riqli, elastik cheklangan hosila aniqlanadi, o'tkir paraproktitni ishiorektal shaklida kasallik asta-sekin rivojlanishi mumkin. Avvaliga umumiy holat yomonlashadi, subfebrilitet, uyqu buzilishi, so'ngra og'irlashish, to'g'ri ichak sohasida noqulaylik (diskomfort) paydo bo'ladi, 3—5 kun davomida bemor o'zini yomon his qiladi, tana harorati 38—39 °S gacha ko'tariladi va defekatsiya paytida og'riqlar kuchayadi. Bu holat 5—6 kunlarda yaqqol seziladi. Bunda dastlab teri o'zgarmaydi, keyin biroz shish paydo bo'ladi va shu joy oraliq terisining engil giperemiyasi kuzatiladi. Paypaslaganda og'riq unchalik kuchli bo'lmaydi. To'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirganda yallig'lanish infiltrati tojsimon chiziq ustida ichak devorini bo'rttirib turgani va bu yiringli jarayonni oraliq teri osti to'qimasiga tarqalganligidan dalolat beradi.

Eng ko'p tashxisiy xato noto'g'ri yoki flyuktuatsiyani kech aniqlash natijasida yuz beradi. Agar yiringdon o'lchamlari kichik bo'lganda oraliq to'qimasidagi biroz shish bo'lishi sababli flyuktuatsiyani umuman aniqlash qiyin, faqat maxalliy og'riqli yallig'lanish infiltrati markazida yumshash aniqlanadi.

Davosi. O'tkir paraproktitda xususan xirurgik aralashuv muhimdir. Kasallikning erta bosqichlarida, endigina to'qimalar infiltratsiyasi boshlanishida konservativ muolajalar: o'tirish vannasi, oraliqqa isituvchi kompress, ilik mikrohuqnalalar, mushak orasiga antibiotik va mahalliy pastenergiyali lazerlar qo'llash mumkin bo'ladi. Davo vaqtida kasalni tushakda bo'lishi jarayonning yiringlamasdan ortga qaytarish imkonini yaratadi. Lekin konservatik davo shifokorning jiddiy kuzatuv ostida o'tkaziladi. Aksincha jarayonning kuchayib borishi operatsiya uchun ko'rsatma hisoblanadi.

Operatsiya umumiy og'riqsizlantirish ostida bajariladi. Erta va o'z muddatida bajarilgan operatsiya, yallig'lanish jarayonining tezda orqaga qaytishiga olib keladi, uning chanoq va pararektal yog' to'qimalarga tarkalishini oldini oladi. Operatsiya majmui quyidagilardan iborat: a) yiringli bo'shliqni ochish va drenajlash; b) undagi ichki oqmani yukotish, bu yiringli bo'shliqni to'g'ri ichak bilan aloqasiga barham berish.

O'tkir paraproktitni ochishdan oldin iloji boricha ichki oqmaning joylashgan o'rni vizual aniqlanadi. Buning uchun og'riqsizlantirish ostida anus kengaytirilganda yiring tomchisini paydo bo'lishi orqali ichki oqma aniqlanadi.

Bolalarda oqma yoʻli kichik oʻlchamli boʻlganligi va uni ingichka leska orqali zondlab oqma aniqlanadi.

Ammo shunga qaramasdan qisqich (moskit) tumshukchasi (uchi) bilan oqma chekkasidan tutilib, shuni moʻljalga olgan holda 2,5—3 sm uzunlikda radial kesiladi va bu kesik uzunligi yiringdon devori boʻylab qilinadi. Yiring yaxshilab tozalangandan soʻng boʻshliq antibiotik yoki antiseptik eritmada yuviladi va jarohat ingichka qirqimli rezina bilan 10% li osh tuzi eritmasi shimdirilgan xolda gipertonik boylam qoʻyilib bogʻlanadi.

Ishiorektal yiringdon ochilgandan soʻng uning boʻshligʻi tekshiriladi, toʻqimali toʻsiqchalar yoʻqotiladi va qoldiq boʻshliqchalarga barham beriladi. Deyarli katta yoshli bolalarda ham yarada barmoq bilan muolaja oʻtkazish nooʻrin boʻlib, kichik tupfer bilan tekshirish ayni muddaodir. Boshqa ancha murakkab operatsiyalar katta yoshdagi bolalarga tavsiya qilinadi. Kichik yoshdagi bolalar esa bundan mustasnodir. Birinchi boylam 6—8 soatdan soʻng qilinib, 1 sutkadan keyin turunda va yopuvchi doka- salfetka almashtiriladi. Jarohatdan drenaj rezina 4 kuni olinib, yaraning bitib ketgunigacha har defekatsiyadan soʻng kaliy permanganatning kuchsiz eritmasida kuniga bir necha marta vanna qilinadi. Bunday paytda mahalliy past energiyali lazerlarni mahalliy qoʻllash oʻtkir paraproktitning asoratsiz bitishiga olib keladi.

Operatsiyadan keyingi yaqin kunlarda shlaksiz parhez buyuriladi. 3—4 kunlari agar mustaqil ichi kelmasa tozalovchi huqna qilinadi. Bemor umumiy holatining ogʻirligiga va jarayonning tarqalishiga qarab, dastlabki 4—5 kun antibiotiklar buyuriladi. YAlligʻlanishning kamayishi va bola ahvolidning yaxshilanishi bilan davoni ambulator sharoitida oʻtkazish ham mumkin.

Davo natijalari. Koʻp bemorlarda oʻtkir paraproktit batamom sogʻayish bilan kechadi. Lekin kasallikni surunkali bosqichga oʻtishi 20% hollarda kuzatiladi. Kasallikni oldini olish uchun bolalarga oraliq sohasini yuvish (yoshlarga ota-ona nazoratida, kattalarga esa oʻzi) tavsiya qilinadi.

Surunkali paraproktit. Bolalarda orttirilgan toʻgʻri ichak oqmalari asosan oʻtkir paraproktitni surunkali formaga oʻtishi bilan paydo boʻladi. Uning ichki teshigi toʻgʻri ichakda, tashqari teshigi esa bir necha chandiqlar koʻrinishida pararektal sohasining teri qismida joylashadi. Bolalarda paraproktitning oʻtkir formasi surunkali formaga oʻtib, keyinchalik orttirilgan pararektal oqmalar paydo boʻlishiga sabab boʻladi. Pararektal oqmalarning bolalarda uchrashi kasalda oʻtkir paraproktitni erta diagnoz qoʻyishga, tezroq va faol davo usullarini qoʻllashga borliqdir. Bundan tashqari, oqmalarning paydo boʻlishi uchun shu sohaning oʻziga xos quyidagi shart-sharoitlari sabab boʻladi:

— pararektal soxaning infeksiyalarga qarshiligi va regeneratsiya jarayonining ushbu sohada ancha kamligi;

— doimo sfinkter apparatining siqilishi hisobiga bu sohada jarohatning bitishi uchun sharoit yoʻqligi va hosil boʻlgan yiringning oʻz vaqtida chiqmasdan qolishi;

— oqma yoʻlining axlat suyuqligi bilan doimo ifloslanib turishi;

— baʼzan oqma tashqi teshigining teri sohasida chandiqlanib bitib qolishi.

Pararektal oqmalarning bir necha tasnifi mavjud. SHulardan eng oddiysi ochilish yoʻliga qarab toʻliq va toʻliqsiz oqmalarga boʻlinadi.

Toʻliq oqmalar. Bular ham oʻz navbatida tashqi va ichki oqmalarga boʻlinadi. Agar oqmaning tashqi teshigi teriga, ichki teshigi toʻgʻri ichak shilliq qavatiga ochilsa — tashqi tuliq agar oqma teshigi ham toʻgʻri ichak shilliq qavatiga ochilsa — ichki toʻliq oqma deyiladi.

Toʻliqsiz oqmalar. Bunday oqmalarning faqat bitta teshigi boʻlib, agar u toʻgʻri ichakning shilliq qavatiga ochilsa ichki toʻliqsiz, agar teriga ochilsa — tashqi toʻliqsiz oqmalar deyiladi.

Pararektal oqmalarning orqa chiqaruv teshigining sfinkter mushaklariga nisbatan joylashishini xisobga olib quyidagi turlarga boʻlinadi: sfinkter orqali, sfinkterdan ichkari va sfinkterdan tashqari. SHulardan pararektal oqmalarning sfinkter orqali va tashqari turlari bolalarda kam uchraydi, oqmaning sfinkterdan ichkari turi bolalarda koʻp uchrab, ular koʻpincha toʻgʻri shaklda boʻladi.

Oqmalar shakliga qarab oddiy va toʻgʻri chiziqli yoki murakkab shoxli, spiralsimon, buralgan egri boʻlishi va anus atrofidagi terining har eridan ochilishi mumkin.

SHuni aytish mumkinki, bolalarda kechadigan orttirilgan pararektal oqmalar baʼzan tugʻma xarakterda ham boʻlishi mumkin. Bularda tugʻma oqmaning tuliqsiz ichki formasi divertikul tarzida boʻlib, keyinchalik oʻtkir paraproktit hisobiga ochilib, toʻliq tashqi pararektal oqмага aylanishi mumkinligi koʻrinadi.

Klinikasi. YAxshi yigʻilgan anamnez orqali pararektal oqmalarning oʻz-oʻzidan yoki xirurgik yoʻli bilan oʻtkir paroproktitning ochilish hisobiga paydo boʻlganligini bilish mumkin. Katta yoshdagi bolalar orqa chiqaruv teshigi atrofida ogʻriq va doim yiring chiqib turishdan shikoyat qilishadi. Agar bunday kasallar oʻz vaqtida tozalanib turmasa, oraliq sohasidagi surunkali yalligʻlanishni hisobga bichilish kuzatiladi, keyinchalik esa, agar bemor uzoq vaqt oqma bilan ogʻrigan boʻlsa, oʻsha sohada baʼzan papillyar oʻsma hosil boʻladi. Oqmadan chiqadigan yiring miqdori har xil boʻlib baʼzan qisqa muddatda bitib qolishi ham

mumkin. Pararektal oqmalarning klinik kechishi oqma yo'lining diametriga, uning uzunligi, shakli va shoxlanishiga bog'liq bo'ladi. Surunkali qaytalash darajasi yo'ldosh kasalliklarning turi va og'irligiga, organizmdagi immunobiologik jarayonlar holatiga ham bog'liq bo'ladi.

Oqmalarning qaytalama formasi bolalarda tez uchrashiga sabab vaqti-vaqti bilan oqmaning teridagi teshigini bitishi bo'lib, bunda oqma suyuqligi chiqma olmasdan to'planadi, yiringlashib, atrof sohalarini emirib, qaytadan terini yorib chiqadi. Bunday holat qaytalanib turadi. Kasallarda bunday qaytalanish ORVI, zotiljam kasalliklari natijasida tez sodir bo'ladi. Bu qaytalash davrida kasalning axvoli yomonlashadi, bezovtalanadi, xarorati 38—39 °0 ga ko'tariladi. Anus atrofi lo'qillab og'riydi, ayniqsa bola faqat tikka turgan holda yuradi, o'tira olmaydi. Defekatsiya og'riq tufayli qiyinlashadi. Anus atrofida qizarish paydo bo'lib, bu holat 3—5 kun davom etadi. Yiringli xaltacha yorilgandan so'ng bu jarayon asta-sekin yo'qolib, yangi paydo bo'lgan oqmadan yana ko'p vaqt yiringli suyuqlik oqib chiqib turadi va bunday holat yiliga 2—4 marta qaytalashi mumkin.

Ba'zan oqma teshigi va yo'li katta bo'lsa, oqmadan suyuq ahlat ham chiqib turadi.

Pararektal oqmaning «sovuq davrida», paypaslab ko'rganda oqma yo'lining yumshoq to'qimasida ko'pincha, qattiq ipsimon, aniq bilinadigan chuqur to'qimaga ketuvchi tortqi seziladi. Bu holat to'g'ri shakllangan pararektal oqmalarda kuzatiladi, Ba'zida tortki siqilsa, bir ikki tomchi yiringli suyuqlik chiqishi mumkin.

Tashxisi. Bolalarda orttirilgan pararektal oqmalarni aniqlash yo'li qiyinchilik tug'dirmaydi. Ko'rish, paypaslash, rektal oyna va zond bilan tekshirish, oqma yuliga rangli modda (1% metilen ko'ki yoki zelyonka) yuborish, fistulografiya qilish usullari vaqtida pararektal oqmalarning katta-kichikligini, uzun-qisqaligini va ichki sfinkterlarga nisbatan joylash o'rnini aniqlash mumkin.

Pararektal sohani ko'rganda oqma tashqi teshigi atrof to'qimalarda va chandiqli jarayonninig borligi e'tiborni o'ziga qaratadi. Paypaslab ko'rilganda ko'proq takrorlanadigan oqma atrofidagi chandiqli jarayonlar va oqma bo'ylab tortqi qo'lga seziladi. Bu tortqi aylanasimon, qattiq va atrof yumshoq to'qimalardan ajralib turadi. Bu shakllangan pararektal oqмага xos belgi bo'lib, ba'zan bu chandiqli tortqini siqqanda ichakka yoki teriga bir (yarim) tomchi yiring chiqishi mumkin. Bir vaqtning o'zida bu hodisani ko'rish uchun orqa chiqaruv teshigini rektal oyna bilan ko'riladi va qaysi to'g'ri ichak kriptasiga ochilganligi aniqlanadi. Bundan tashqari, katta bolalarga tashqi oqma orqali rangli eritmalar (zelyonka va yod) va metall zond yuborib, rektal oyna asbob orqali

ko‘rish oqma yo‘nalishi va joyini aniqlashda juda muhim tekshirish usuli bo‘lib xizmat qiladi. Biroq juda ingichka va buralma qiyshiq pararektal oqimlarda zondlash qulay bo‘lmasdan, ko‘pincha oqмага rangli eritma yuborish yoki fistulografiya usullari juda katta ma‘lumot beradi.

Davosi. Davo turlari konservativ va operativ usullardan iborat. Konservativ davolashning asosiy maqsadi — yiringli jarayonlarni o‘z vaqtida yo‘q qilish va uning oldini olish bo‘lib, bu asosan chaqaloqlarda va bir yoshdagi, undan katta yoshdagi bolalarda oqmaning to‘liq shakllanishi davrida qo‘llaniladi. Kuniga 2—3 marta margansovka eritmasi yoki «tirik suv» — katolit bilan vanna qilinadi. Oraliq soha doimo toza yuvilib turiladi. Oqma yiringdan tozalanib, qaytalanish holati takrorlanmaydi. Bundan tashqari, agar oqmaning murakkab turlari bo‘lganda alohida eritmalar: dioksidin, 1% xlorfilipt, I : 5000 furatsilin va elektr aktivlangan suvning katolit eritmasi bilan oqma 2—4 kun yuvilib, yiringdan tozalanib, remissiya holati yuzaga keltiriladi.

Keyinchalik kasalning yoshiga, oqmaning shakllanishi turiga qarab, maxalliy konservativ davo usuli davom ettiriladi yoki operatsiya masalasi hal qilinadi. Ba‘zi hollarda konservativ yo‘l bilan davolash oqmaning shakllanmagan erta turida uning ichi teshigi bitishga erishilsa retsidiv faqat tashqaridan tushadigan infeksiya hisobiga bo‘lsa, bunda davolash konservativ yo‘l bilan yakunlanadi. Buning uchun yuqoridagi muolajalardan tashqari, regeneratsiyani kuchaytiradigan 20% li propolis yoki 4% li mumiyo eritmasi, chakanda moyi keng qo‘llaniladi.

Mahalliy geliy—neon va yarim o‘tkazgichli lazerlarni qo‘llash yaxshi natija berib, oqmaning butunlay bitishiga imkon yaratadi. Ammo shuni aytish kerakki, keyinchalik bolalarda oraliq sohani doimo toza tutish, parxezga, issiqlik va allergenlik mahsulotlarini emaslikka amal qilish, shifokor nazoratida yurish va dispanser ko‘rigida turish muhim ahamiyat kasb etadi. Operatsiya vaqtini tanlash muhim ahamiyatga ega bo‘lib, bu bir tomonlama hal kilinmasdan individual tarzda amalga oshiriladi. Bunda ikki holat: oqma yo‘lining shakllanish darajasi va kasalligining yoshi va undagi yo‘ldosh kasalliklar kechishining xarakteri va xususiyatlari hisobga olinadi.

Pararektal oqmaning shoxlangan formasida paypaslab ko‘rilganda - naysimon, qattiq tortqi holatida, og‘riqsiz bo‘lib, atrof to‘qimalardan aniq ajralib turadi. SHu bilan oqmani operatsiya vaqtida ajratishda texnik qiyinchilik tug‘ilmasdan, kasal asoratsiz davolanadi.

Operatsiya usullarini tanlash, operatsiyagacha va operatsiya vaqtida pararektal oqmalarning turi, oqma yo‘llarining shakliga karab aloxdsa tanlanadi. Bunda operatsiya kiladigan xirurgdan maxorat va bilim talab kilinadi, Operatsiya yuzaki

qaraganda oson tuyulsada, uning asoratlari, kasalning kiynalishi, ota-onaning bola uchun tashvishlanishi, katta yoshdagi bolaning ijtimoiy cheklanishi, tengqurlari bilan ularning oldida uyalish, kasalning psixologiyasiga salbiy ta'sir kilish kabi muammolarga sabab bo'ladi. SHuning uchun ham, bunday kasallarni alohida klinikalarda davolashni va operatsiyadan keyingi rehabilitatsiya to'liq o'tishini talab qiladi.

CHaqaloqlarda va ko'krak yoshdagi bolalarda orttirgan pararektal oqmalar asosan operatsiya yo'li bilan hal qilinmaydi, chunki bu yoshdagi bolalarda oqmalar shakllanishga ulgurmaydi. Operatsiya maydoni kichik bo'lganligi tufayli, sfinkter mushaklarining qattiq shikastlanishga olib kelishi mumkin va bunda kasallarni operatsiyadan keyingi davrda parvarishlash qiyinligi tufayli ko'p asoratlar paydo bo'lishi va uning bir necha bor qaytalanishi mumkin. SHuni inobatga olgan holda 1—2 yoshdan boshlab bolalarni operatsiyaga tanlash muddatini aniqlash mumkin. Bundan tashqari, bolalarda pararektal oqmalarni operatsiya qilishning ayrim afzalliklari borligi tufayli operativ texnik jarayonlar ancha engil kechishi mumkin. Bular avvalo bolalarda pararektal oqmalar murakkab turlarining kamroq uchrashi, oraliq sohada tuklarning bo'lmasligi va bitish jarayonining tez o'tishi hisoblanadi.

Bolalarda pararektal oqmalarni davolashda asosan oqmani kesib tashlab, jarohatni tikish kabi radikal operatsiyalar qo'llaniladi. Bunda aylanmasimon kesilib, chandiq oqma devori atrof sog'lom to'qimadan birin-ketin ajratilib, ichak devoriga qadar boriladi va oqmaning asosidan kapron bilan tikilib, kesib tashlanadi. Jarohat qavatma-qavat kettut bilan, teri esa ipak ip bilan tikib kuyiladi. Pararektal oqmaning ichki teshigi nisbatan katta bo'lsa, invaginatsion ekstirpatsiya usuli bilan yo'g'on ichakka oqma chiqarilib, ichak tomonidan tikib, kesib tashlanadi va qavatma-qavat tikiladi. Bu usul ancha radikal bo'lib, asoratsiz kechadi. Bundan tashqari, pararektal oqma yuza sfinkterdan tashqari joylashgan bo'lsa, oqma atrof to'qima bilan olib tashlanadi va jarohat qavat-qavat tikiladi.

Ko'pincha pararektal oqmalarning teri va shilliq qavat osti formasi bo'lib, bu sfinktergacha bo'lgan masofada joylashgan bo'lsa ham radikal holatlarda operatsiyaning Gabriel usuli qo'llaniladi. Bunda oqmaning tashqi va ichki oqma orasidagi masofa oqma yunalishida kesilib, oqma devori atrof to'qimadan kesib olinadi va uchburchaksimon jarohat hosil qilinadi. Bu uchburchakning uchi oqmaning ichki oqma sohasiga, asosi esa tashqi oqma sohasiga to'g'ri keladi. Operatsiya jarohati tikilmasdan vinilin yoki Vishnevskiy mazi qo'yiladi.

Operatsiyadan keyingi parvarish asoratning oldini olishda juda katta ahamiyatga ega. Buning uchun jarohatni avvalo ifloslanishdan saqlash maqsadida

tez bog‘lanib, axlat tushishidan extiyot kilinadi. 5-7 kun davomida bemor o‘rinda yotadi. 3 kun suv, choy ichish rejimi belgilanadi, 3- kundan boshlab shlaksiz, engil hazm bo‘ladigan ovqatlar, sut mahsulotlari (kefir, qaymoq) tavsiya qilinadi, jarohatning tezroq bitishi uchun regeneratsiyani kuchaytiruvchi umumiy va mahalliy dori-darmonlardan foydalaniladi, geliy-neon va yarim o‘tkazgichli lazerlar bilan jarohat davolanadi. Agar 4-5 kunda me’yorda axlat kelmasa, tozalovchi huknalar qilinadi. Ip 7 -9 kunda olinadi. Keyinchalik 2-6 oy davomida kasal dispanser kuzatuvida bo‘ladi. Agar biror asorat bo‘lsa, darhol mahalliy va umumiy davolash yo‘llari bilan bartaraf qilinib, qaytalash jarayonining oldi olinadi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

- Avaliani L.V., Gachechiladze T.V** Bolalar enkoprezini to'g'ri ichak elektrostimulyasiyasi bilan davolash. **Grekov** nomli xirurgik xabarnomasi, 1983, № 7 , 108—110- b.
- Bairov G-A., Ostrovskiy E.A.** Bolalarda yo'g'on ichak xirurgiyasi L, «Meditsina».1974, 207- b.
- Buyanov M.I.**, Axlal va siydik tutolmaslik. M., «Meditsina», 1984, 275- bet
- Dulsev YU.V., Salamov K.N.** Paraproktit. M., «Meditsina», 1981, 208- bet.
- Isakov YU.F., Lyonyushkin A.I., Doletskiy S.YA.** Bolalarda yuton ichak rivojlanish nuksonlarini davolash, M., «Meditsina», 1972, 246- bet.
- Isakov YU.F., Stepanov E.A., SHumov N.D.** va boshqalar, Bolalar Girshprung kasalligining operatsiyasigacha bulgan davrda tashxisi, Grekov nomli xirurgik xabarnomasi, 1985, № 2, 78-82- b
- Koloproktologiya va chanoq tubi (**M.Genri, N.Svosh** tahriri ostida inglizchadan tarjima) M, «Meditsina», 1988, 459- bet.
- Lyonyushknn A.I.** Bolalar xirurgik koloproktologiyasi M., «Meditsina» t 1999, 365- bet,
- Lyonyushkin A.I., Atageldiev T,A,** Bolalarda yo'g'on ichak va oraliq sohasining takroriy operatsiyasi, M., «Meditsina», 1984, 176-bet
- Podmarenkova L.F, Tulikova A.I., Dulbiev KXV., Bolshova L.I.** To'g'ri ichak siquvchi apparati funksiyasini kompleks tekshirish «Proktologiyaning bir qancha dolzarb muammolari» kitobida . Tbilisi, 1977, 109—110-betlar.
- Sitkovskiy N.B., Kaplan V.M., Danshin T.I., Sitkovskaya S.N.** Bolalarda to'g'ri ichak va siydik-tanosil a'zolari orasidagi tug'ma hamda orttirilgan oqmalarni xirurgik usulda davolash. Grekov nomli xirurgik xabarnomasi 1975, № 12, 85—90-betlar393
- Sulaymonov AX Lyonyushknn AI., Xamraev AJ.** Bolalar koloproktologiyasi. 1999,347-6
- Sulaymonov A X., Xamraev A.J, Bolalarda orttirilgan va sun'iy yo'g'on ichak oqmalari, T., 1993,100- b,
- Sulaymanov A X., Xamraev A,J., Lyonyushknn A.I.** Bolalar ambulyator prokgologiyasi. 1995., 175- b.
- Fedorov VD., Levitin M X** Yo'g'on ichak kasalliklarining zamonaviy diagnostikasi. «Klinik meditsina», 1980, № 3,8-12- betlar,
- Fedorov V.D. Dulsev YU.V Proktologiya. M., «Meditsina», 1984,382 bet.**
- Иїтин V.E., Staritin O,V., YUsinov R.V.** va boshqalar. Anal jomining operatsiyadan keyingi etishmovchnligini ob'ektiv baholash. «Bolalarda ko'krak va qorin bo'shlig'ida takroriy operatsiyalar» (bolalar xirurgik simpozium i tezisleri) kitobi, 1982,146-149- b.
- Иїтин V,E., Staritin O.V, YUsupov R.V** Bolalar anal jomi etishmasligini xirurgik yo'l bilan sozlash. «Xirurgiya». 1984> № 8,68-71- b,
- Yakovlev N,A.** Proktologik operatsiyalar atlas. «Meditsina», 1976.
- Xamraev A J** Paraproktit u detey, Tm str. 172.

Mundarija

	Kirish	5
1.	Yo'gon ichak kasalliklari bilan xastalangan bemorlarni tekshirish usullari	10
1.1.	Anamnez	10
1.2.	Bemorni ko'rikdan o'tkazish bato'g'pi ichakni barmoq bilan tekshirish	11
1.3.	Anal refleksini tekshirish	12
1.4.	Rektoanal soha funksional holati va yo'foh ichakning harakat faolligini aniqlash	14
1.5.	Rentgenologik tekshirishlar	19
1.6.	Sonografiya	21
1.7.	Rektoromanoskopiya	22
1.8.	Kolonofibroskopiya	26
1.9.	Xirurgik biopsiya	28
2.	Kolostomiya	29
2.1.	Kolostomiyaga ko'rsatmalar	37
2.2.	Kolostomani parvarishlash va uning asoratlari	44
2.3.	Kolostomani bekitish	58
3.	Yo'g'on ichak tug'ma nuqson kasalliklari yo'g'on ichakning ikkilanishi	68
4.	Girshprung kasalligi	73
5.	Dolixosigma	98
6.	Yo'g'on ichakning tugallanmagan buralishidan yuzaga keladigan anomal holatlar	102
7.	To'g'ri ichakning chiqishi	105
8.	Bavosil	114
9.	Paraproktit	116
10.	Foydalanilgan adabiyotlar	127
11.	Mundarija	128

U.SH. MAMAJANOV

**BOLALARDA YO‘G‘ON ICHAK
XIRURGIK KASALLIKLARI**

O‘QUV QO‘LLANMA

АДТИ КИТОБ ДЎКОНИ
Телеграм: @kitoblarkerakmi
Тел: +99890 060 10 58

Andijon-2022

