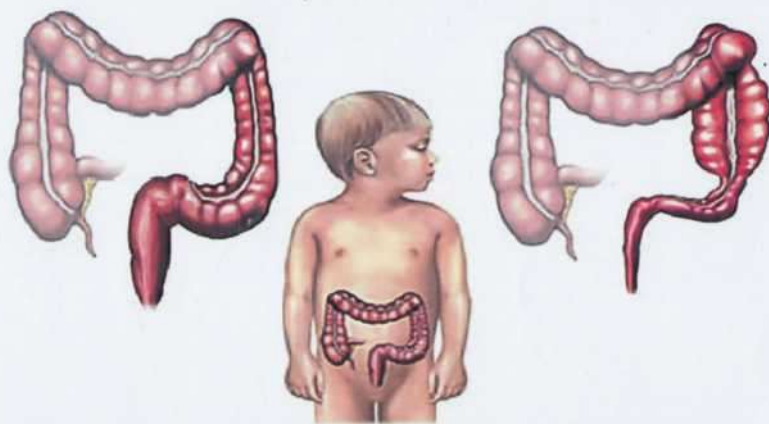


Ш.Т. БОЗОРОВ

**БОЛАЛАРДА АНОРЕКТАЛ  
СОҶА ТУҒМА  
РИВОЖЛАНИШ НУҚСОНЛАРИ**

**ЎҚУВ ҚўЛЛАНМА**



АНДИЖОН - 2022

Ш.Т. БОЗОРОВ

**БОЛАЛАРДА АНОРЕКТАЛ  
СОҶА ТУҒМА  
РИВОЖЛАНИШ НУҚСОНЛАРИ**

ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА

91 84767337

АНДИЖОН - 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" noyabrdagi  
"683-sh"-sonli buyrug'iga asosan

*Ш.Т.Бозоров*

(muallifning familiyasi, ismi-sharifi)

*5510200 - Педиатрия*

(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisi))

\_\_\_\_\_ ning  
talabalari (o'quvchilari) uchun tavsiya etilgan.

*Болalarda аноректал соҳа туғма ривожланиш  
нуқсонлари номли о'қув қо'лантаси*

(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*  
(imzo)

Ro'yxatga olish raqami:



100030



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА  
МАХСУС ТАЛИМ ВАЗИРЛИГИ

БОЗОРОВ ШАВКАТЖОН ТОЖИДДИН ЎҒЛИ

**БОЛАЛАРДА АНОРЕКТАЛ СОҶА ТУҒМА**

**РИВОЖЛАНИШ НУҚСОНЛАРИ**

**ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА**

**Билим соҳаси-ижтимоий таъминот ва соғлиқни сақлаш - 500000**

**Таълим соҳаси – Соғлиқни сақлаш - 510000**

**Таълим йўналиши «Педиатрия иши» – 5510200**

**“Болалар жарроҳлиги” мутахассислиги – 5A510202**

Тузувчи:

Бозоров Ш.Т – Андижон давлат тиббиёт институти, болалар жарроҳлиги кафедраси, т.ф.и.

Такризчилар:

Оллаберганов О.Т. – Педиатрия институти факультет болалар хирургияси

кафедраси, т.ф.д. профессор.

Гафуров. А.А. Андижон давлат тиббиёт институти, болалар жарроҳлиги кафедраси, т.ф.д. профессор.

Ўзбек тилида кирил графикасида ёзиб тайёрланган ушбу ўқув қўлланмада Аноректал ривожланиш нуқсонлари кузатишган болаларни ташиқлаш ва даволаш болалар хирургиясида ҳозирги кунгача энг долзарб ва ҳал этилмаган муаммолигича қолмоқда. Унинг ўрганилганлик давомийлиги туғма ривожланиш нуқсонларини хирургик коррекциялашнинг тарихига тўғри келади. Бироқ, нуқсонларнинг анатомик шаклига қараб, ўз вақтида ташиқлаш ва даволашнинг мақбул усулини танлаш масалалари ҳанузгача ўрганиш ва муҳокама қилиш мавзуси бўлиб, тадқиқотчи ҳамда амалиёт шифокорларининг диққат марказида қолмоқда. Аноректал туғма нуқсонлар билан тугилган болаларни маҳсус бўлимларда турли хил шошилиш ҳолатларда болаларга дастлабки жарроҳлик ёрдамиди кўрсатиш ва текшириш усуллари ҳамда уларни бажариш техникасини алгоритми, яъни ҳаракатлар кетма-кетлиги баён қилинган. Бу эса, юқори босқич талабалари эгаллашлари лозим бўлган амалий кўникмаларни бу тартибда баён қилиш, улар томонидан ўз касбий маҳоратини пухта ўзлаштиришни осонлаштиради. Қўлланмада келтирилган маълумотлар амалий кўникма, суратлар ва расмлар берилган бўлиб, улар рангли тасвирларда кўрсатилган. Ўқув қўлланма, болалар жарроҳлиги фани бўйича тиббиёт олий ўқув юртларининг юқори босқич талабалари, магистрлар, клиник ординаторлар учун мўлжалланган. Қўлланмадан онлавий поликлиникаларда фаолият юритаётган умумий амалиёт шифокорлари ҳам фойдаланиши мумкин.



## МУНДАРИЖА

<b>Кириш</b>	<b>5</b>
Тос аъзолари эмбриогенези	11
<b>1. Йўгон ва тўғри ичакнинг анатомик-физиологик тавсифи</b>	
1.1. Йўгон ичак анатомияси	14
1.2. Йўгон ичак анатомияси	16
1.3. Йўгон ичак қон таъминоти	17
1.4. Йўгон ичак лифа тизими	20
1.5. Йўгон ичак иннервацияси	24
1.6. Йўгон ичак физиологияси	26
1.7. Тўғри ичак физиологияси	27
Болаларда аноректал мальформация таснифи	36
Болаларда аноректал мальформация клиникаси ва диагностикаси	42
Умумий кўрув	42
Текширувнинг умумклиник усуллари	44
Морфологик текширув	48
4.4. Функционал текширув	51
<b>5-боб. Аноректал мальформация турлари</b>	<b>54</b>
5.1. Атрезиянинг тешиксиз шакллари	54
5.2. Жинсий тизимда тешик тўғри ичак атрезияси	56
5.3. Ректоуретрал ва везикал тешик	58
5.4. Тўғри ичак ва орқа чиқарув тешигининг тугма торайиши	60
5.5. Нормал шаклланган анал каналида ректовестибуляр ва ректовагинал тешиклар	61
5.6. Анал ёриғи эктопияси	63
5.7. Чот оралгининг тугма ёриғи	65
<b>6-боб.</b>	
6.1. Аноректал мальформация жарроҳлигининг тарихи	67
6.2. Болаларда аноректал мальформацияда бирламчи радикал ва такрорий ташрихлар бўйича қарашларнинг ривожланиши	71
6.3. Аноректал мальформациянинг жарроҳлик даволаш усуллари	77
6.4. Атрезиянинг юқори шакллари ташрихи	81
6.5. Атрезиянинг пастки шакллари ташрихи	91
6.6. Модификация клиникаси бўйича болаларда ректовестибуляр тешик билан анал ёриғи жарроҳлик даволашнинг янги усули	99
6.7. Орқа чиқариш тешиги нормал шаклланганда тугма тешик	108
6.8. Орқа чиқариш тешиги тугма торайиши	117
6.9. Болаларда анал тешик эктопияси	121
<b>7-боб.</b>	
7.1. Болаларда аноректал мальформациянинг пастки шаклларида чот ораси проктопластиканинг яқин натижалари	125
7.2. Болаларда пастки аноректал мальформация тешик шаклларида жарроҳлик даволашнинг узоқ муддатли натижаларининг қиёсий тавсифи	128
<b>8-боб. Болаларда аноректал мальформациянинг пастки тешик шаклларида такрорий тузатувчи ташрихлар</b>	<b>133</b>
<b>9-боб. Реабилитация</b>	<b>148</b>
<b>Адабиётлар рўйхати</b>	<b>114</b>

## Кириш

Проктология (грек. proctos – тўғри ичак ва logos-ўрганиш ) – тўғри ичак ва унинг атрофидаги тўқима касалликларини (этиологияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси ва даволаш) ўрганувчи тиббиёт бўлими. Аноректал пороклар ривожланиши болаликда кўп учрайдиган туғма нуқсон ҳисобланади. Айрим маҳаллий ва хорижий муаллифлар маълумотига кўра, у туғилган болаларнинг 1:4000-5000 ни ташкил қилади. Бу пороклар, одатда туғма касалликларни кенг кўламда камраб олиб, ўғил болалар сингари қизларда ҳам кузатилади. Улар нафақат ичак найчасининг дистал қисмини, балки сийдик чиқариш аъзоларига ҳам таъсир қилиши мумкин. Ушбу аномалиялардаги ўлим даражаси 17%-18% га етиб, кўпинча бунга ҳамроҳлик ривожланиш нуқсонлари, ёки операциядан кейинги йирингли-септик асоратлар сабаб бўлади, уларнинг учраши 57-68% ни ташкил қилади.

Ошқозон-ичак трактининг аноректал ривожланиш нуқсонлари ҳазм трактининг энг кўп таркалган нуқсонлари бўлиб, фақат жарроҳлик йўли билан коррекцияланади.

Аноректал мальформация – аноректал соҳанинг туғма ривожланиш нуқсони бўлиб (Malformatio кичик энциклопедиясига кўра; лот. malus ёмон + formatio ҳосил бўлиш, шаклланиш), МКБ-10 бўйича Q 42, Q 43 деб таснифланади.

Аноректал мальформациялар чақалоқлик ёки илк болалик ёшида нормал ичак континенциясини сақлашга қаратилган кўп босқичли ташриҳлар ва реабилитацион чора-тадбирлардан иборат бўлган малакали жарроҳлик коррекцияни талаб қилади.

Ушбу муаммонинг долзарблиги бир қатор сабаблар билан боғлиқ:

- Юқори кўрсаткичда учраши - 1:5000 чақалоқ;
- Бирламчи жарроҳлик амалиётларда қониқарсиз натижалар сонининг юқорилиги - 10-60%;
- Ташриҳдан кейинги йирингли-септик асоратлар кўрсаткичининг

юкорилиги - 57-68%;

- 17,13% ҳолатларда ўлим билан якунланиши;
- Оралиқдаги йўғон ичакнинг носфинктерли куйи киритишнинг юкорилиги - 31,62%;
- Анал сфинктерларининг коррекцияланмайдиган интраоперацион шикастланишларининг юкорилиги - 18,7%;
- Оператив амалиётларнинг босқичлари ва айниқса, мужассамлашган ривожланиш нуқсонларидаги радикал жарроҳлик даволаш муддатлари тўғрисидаги масалалар мунозаралигича қолмоқда.

Бу нуқсонлар одатда, туғма касалликларнинг кенг ҳажмини ўз ичига олиб, иккала жинсда - ҳам ўғил болалар, ҳам қиз болаларда учрайди. Бу нуқсонлар нафақат ичак найининг дистал қисмида, балки сийдик-таносил йўлларида ҳам кузатилиши мумкин. Аноректал соҳа мальформацияларининг тури оддий, яқкадан (бундай турдаги нуқсонларни даволаш мукамал функционал натижа беради), мураккаб мужассамлашган нуқсонларгача (ташхислашнинг мураккаблиги, даволаш доим ҳам қониқарли якуний натижа бермаслиги мумкин) учрайди. Ўғил болаларда бу нуқсонлар қиз болаларга нисбатан кўпроқ кузатилиб, ушбу нуқсоннинг окмасиз шакллари 10-20% ҳолларда аниқланади.

Замонавий шароитда муаммонинг долзарблилиги ташриҳдан олдин текширув ўтказиш ва беморни радикал ташриҳга тайёрлаш бўйича ягона тактиканинг йўқлиги билан боғлиқ. Ушбу нуқсонларнинг турли хил анатомик вариантларини жарроҳлик коррекциялаш муддатлари тўғрисида ягона фикр мавжуд эмас. Жарроҳлик коррекциялаш усулини танлаш ҳақидаги муаммо ханузгача мунозаралигича қолмоқда.

Аноректал соҳанинг мальформация кўлами орттирилган функционал натижа берадиган даволашнинг оддий ягона порокларидан то даволашда ҳар доим ҳам яхши якуний функционал натижа бермайдиган диагностика ва даволаш дилеммаси ҳисобланадиган мураккаб комбинацияланган



нуксонларгача ўзгариб туради.

Болаларда туғма аноректал порокларни жарроҳлик билан даволаш масаласи кўплаб тадқиқотчиларни ташвишга солмоқда. Ўтган асрнинг 30-йиллари бошида А. Stone чот оралик проктопластика ташриҳини бошлади. 1934 йилда Ladd & Gross икки босқичли жарроҳлик билан даволашни изохлаб берди. Дастлаб колостомия, сўнгра чот орасига атрезланган ичакни тушириш ташриҳи ўтказилди. F.D. Stephens ишларидан бошлаб, болалар жарроҳлари пуборектал илмоқни ушлаб туриш ва дефекация қилиш вазифасига алоҳида эътибор қаратишди. Бу ушбу порокларни даволашга патогенетик ёндашишга сабаб бўлди. Бу ушбу порокларни даволашга J.M.Templeton ва J.R.ÓNeil (1986) маълумотлари бўйича перфорацияланмаган анус тўғрисидаги фикрлар VII асрдан маълум бўлганлиги сабабли ушбу нуксонни осон аниқлай оламиз. Шундан буён бу нуксон кўплаб олимлар томонидан ўрганилган. Деярли 1000 йил ўтиб, 1660 й. А.К.Scultet чакалоқда анал стенозини даволашда чиқарув тешигини бужлашни қўллаган. 1676 й. М.Р.Cooke анал тешиги бўлиши керак бўлган жойни кесиб, ортидан ҳосил бўлган анусни дилатациялашни қўллаган ва ушбу соҳанинг мушак элементларига эҳтиёткор бўлишни тавсия қилган. 1787 й. J.R.Bell атрезияланган ичакнинг кўр халтасини аниқлаш учун ораликнинг ўрта қисмидан кесишни таклиф этган. 1783 й. К.Dubois эса (1710 й. да бажарилган К.Littre ҳаракатлари бўйича) ўғил болаларда перфорацияланмаган анусни даволаш учун чов соҳасига колостома қўйган. Бошқа жарроҳлар ҳам худди шу каби даволасалар-да, бироқ деярли ташриҳ қилинган болаларнинг кўп қисми ташриҳдан кейин вафот этган. Шундай қилиб, колостомия ҳозирги кунгача машҳур бўлмаган ташриҳлигича қолган. Илк марта 1835 й. J.Z.Amussat киз болалардаги анус атрезиясини даволашда тўғри ичакнинг кенгайган қисмини очиш билан Т-симон кесма ўтказишни таърифлаб ўтган. Ичак деворлари мобилизацияланган ва терига тикиб қўйилган. Бу операцияни илк чин анопластика деб аташ мумкин. Ушбу техника жарроҳлар

орасида тез қабул бўлган. 1854 й. А.В.Рuhge меконийси сийдик билан ажралган ўғил болани Amussat усули бўйича операция қилган. Бу усулга (Amussat) қўшимча тарзда С.А.Дieffenbch анал каналини суришни, К.С.Лeisrink (1872 й.), McLeod (1880 й.) ва F. Hedra (1884 й.) эса операциянинг оралиқ боскичида атрезияланган ичакнинг кўр халтаси топилмаганда, кичик чанок тубидаги қорин пардани очишни тавсия қилган. S.K.Chassaignes (1856 й.) илеостомани муваффақиятли қўйган, ҳамда дистал учдан зонд киритган. Зонд анус соҳасида сезилиб, муаллиф кесма ўтказган, оралиққа тўғри ичакнинг атрезияланган қисми фиксацияланган.

Аноректал нуқсонларни ташхислашда О.Н. Wengensteen & С.О. Rice (1930 й.) томонидан таклиф этилган рентгенологик усул “инвертограмма” муҳим воқеа бўлди, генетик ёндашишга сабаб бўлди.

Ҳозирги кунда аноректал соҳа ривожланиш пороклари кузатилган болаларни жарроҳлик билан даволашда етарлича катта тажриба тўпланган. Бироқ, кўшлаб усуллар ва уларнинг модификацияси жарроҳларни жарроҳлик билан даволашнинг тақдим этилган усуллари натижалари қониктирмаганлиги тўғрисида хабар беради. Афсуски, ҳалигача касалликни даволашнинг ягона универсал усули ишлаб чиқилмаган. Муаллифлар ушбу қўлланма орқали умумий амалиёт шифокорлари, болалар жарроҳлари аноректал ривожланиш нуқсонларини ўз вақтида аниқлаш, замонавий даволаш усуллари билан танишиб, жарроҳликнинг ушбу йўналишини янада ривожланишига ҳисса қўшишларига ишонч билдиради.

Йўгон ичак дистал қисмлари ва сийдик пуфаги вазифаларининг бузилиши туридаги аноректал порокларни даволашнинг қоникарсиз натижалари турли муаллифлар маълумотларига кўра, 10% дан 60% ни ташкил қилади. Аноректал соҳада жарроҳлик аралашувида топографик-анатомик муносабатларнинг тикланиши ҳар доим ҳам функционал бузилишларни бартараф этмайди. Адабиёт маълумотларига кўра, ўрганилаётган нуқсон жарроҳлик коррекциялангандан кейин 40-60% кизлар

хар хил даражадаги ичак таркибини ушлаб кола олмасликдан, 27-38% бола кабзиятдан азобланади. Болаларда аноректал мальформация таснифи, йўғон ва тўғри ичакнинг анатомо- физиологик тавсифи, эмбриогенези, касаллик кечиши ҳамда диагностика босқичлари тўлиқ ёритилди. Аноректал мальформациянинг пастки ёриқ-тешик шакллари жаррохлик коррекциясининг тақдим этилган янги усули, жаррохлик даволаш методлари тўлиқ тасвирланди.

XX асрнинг 50- йилларида F.D.Stephens нинг аноректал соҳа нуқсонлари бўйича олиб борган ишлари ушбу нуқсоннинг эмбриологияси, анатомияси, физиологияси ва даволаш масалалари бўйича жиддий тадқиқотлар олиб боришни бошлаб берди. У илк марта аҳлат ушланишида чанок ва пуборектал ковузлок мушакларининг аҳамиятини айтиб ўтди. F.D.Stephens бу нуқсонларни 2 тоифага: леватор усти ва остига ажратган ҳамда пуборектал ковузлокни кўриш учун кўшимча сакрал кесишни таклиф этган, бу билан узок муддатли аҳлат ушланишига эришилган. Болалардаги аноректал ривожланиш нуқсонларини жаррохлик даволаш муаммоси кўплаб тадқиқотчиларни кизиқтириб келган.

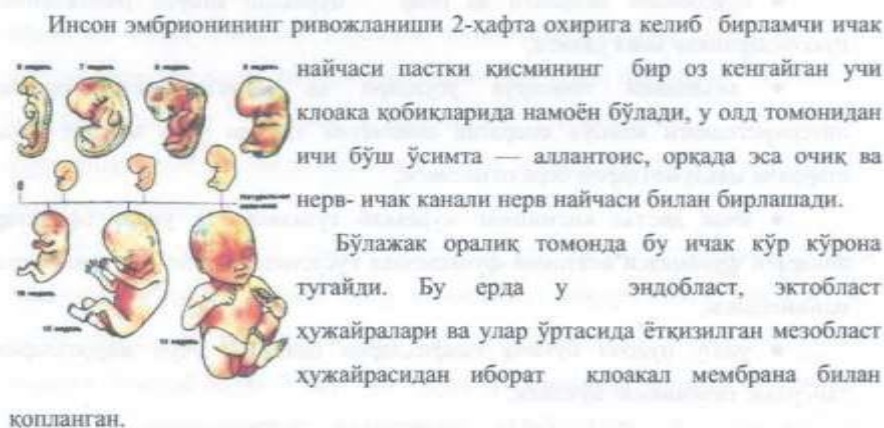
F.D.Stephens ишларидан бошлаб, болалар жаррохлари аҳлат ушланиши ва дефекацияда пуборектал ковузлокка эътибор қарата бошлади. Бу эса ушбу нуқсонларни даволашда патогенетик ёндашишни талаб этди. Ушбу ёндашувни ривожлантиришда Г.И.Баиров, А.И.Ленюшкин, P.Romualdi, F.Rehbein, F.Soave, W.Kiesewetter, P.Mollard, A.Pena ва ҳ.к. катта ҳисса қўшган, турли-туман усулларни таклиф этган. Бу усуллар ягона омилни – пуборектал ковузлокни сақлаб қолишга қаратилган. Бироқ аноректал нуқсонларни жаррохлик даволашда қилинган барча ҳаракатлар аввало яхши натижа беришни талаб этади.

Аноректал нуқсон кузатилган болаларнинг ота-оналари ўз фарзанди учун қайғуради ва ташриҳ натижасини кутади. Ота-она учун асосийси – ораликнинг ташқи кўриниши ва аҳлатнинг ушланиш даражаси. Бу

нуқсонларни даволашда кам самара берган натижалар орасида:

- нуқсоннинг оғирлиги ва оғир мураккаб ҳамроҳ ривожланиш нуқсонларининг мавжудлиги;
- анъанавий текширув усуллари ва олинган натижаларнинг интерпретацияси мақбул оператив амалиётни танлаш учун жарроҳ учун етарлича маълумотларни бера олмаслиги;
- ичак дистал қисмининг мураккаб тузилиши ва унинг сфинктер аппарати функцияси анатомик-функционал хусусиятларининг доим инобатта олинмаслиги;
- ушбу нуқсон бўйича ташриҳларни бажариш учун жарроҳларни тайёрлаш тизимининг йўқлиги;
- яқин ва узоқ ташриҳдан кейинги даврда бундай беморлар учун реабилитацион марказлар ва сифатли реабилитацион чора-тадбирларнинг йўқлиги.

## ТОС АЪЗОЛАРИ ЭМБРИОГЕНЕЗИ



копланган.

3-хафтада медулляр найча ҳосил килувчи торткени очик эктодермал бўкиши пастки думғаза учи *canalis neurentericus* ёрдамида клоак билан туташади. Шу билан бирга тортки яна сегментларга бўлинмайди.

4-хафтада икки эктодермал тизмалар бирлашиши натижасида дорсал юза бўйлаб орқа мия канали ёпилади. Тортки сегментларга бўлинишни бошлайди. *Canalis neurentericus* тескари ривожланишга учрайди. Унинг қолган дегенератив ҳужайралари бу соҳада турли туғма касалликлар учун асос бўлиб хизмат қилиши мумкин. Бирламчи ичак найчаси орқа юза бўйлаб ёпилади ва вақтинча пастки қисмда бутунлай ёпиқ –кўр бўлади.

Бачадоничи ҳаётнинг 5-хафтасида бўлажак орқа чиқарув тешиги соҳасида чот ораси томонидан эктодерма (*proctodeum*) воронка турида ичак охиридан худди шундай ўсимта томон чўка бошлайди.

6-хафтада фронтал тўсиқлар ёрдамида клоака аноректал ва урогенитал синусларга бўлишни бошлайди. Шу билан бир вақтнинг ўзида 8-хафтада клоака қопламаси ёрилади ҳамда орқа чиқарув тешиги ҳосил бўлади.

Тўғри ичак, шиллиқ қават билан копланган бўлиб, энтодермал бирламчи ичак найчасидан ривожланади, унинг оралиқ қисми эса эктодермал воронкадан ҳосил бўлади. Улар клоака қобиклари билан ўралмаган бўлиб, эмбрион

ривожланишининг 6-8 хафталарида перфорацияланади. Перфорациянинг орқада қолиши тўғри ичакнинг тугма нуҳсонлари ривожланишидан дарак беради. Эктодермал воронка тўғри ичакнинг қуйи учи билан эмас, унинг олдинги девори билан бирлашади. Шунинг учун орқа чиқарув тешиги ҳосил бўлганидан кейин у олдига очилади, қа тўғри ичакнинг давоми ҳисоблангандай бўлади.

Эмбрионнинг учли қисми яққол думли ўсимтага эга бўлиб, каудал орқа чиқарув тешиги ичак охиригача давом этади. Унинг бу қисми постнатал ичак (*intestinum postanale*) деб номланади. Ҳомила ривожланиши билан бирга думли ортиқ атрофияланади, постнатал ичак ҳам камаяди. Бирок, бола туғилиши вақтида 30% болада у тўлик йўқолади, 70% болада эса у ёки бу даражада ифодаланади (Л. В. Логинова).

Тўғри ичакли клоака вертикал клоакали парда билан, юқоридан пастга қараб фронтал тушади, 2 қисмга бўлинади – олдинги сийдик-таносил (*sinus urogenitalis*) ва орқа тўғри ичак (*sinus anorectalis*). Клоаканинг пардаси 2 эктодермал пластинкадан – урогенитал ва ректал пластинкадан иборат бўлиб, улар орасида мезобласт тўқимаси мавжуд. Парданинг дистал қисмидан ораликнинг ўрта қисми ривожланади, клоака мембранаси пастга тушиши билан тўғри ичакни урогенитал соҳадан ажратади. Мезобластда клоака пардасида жинсий Ҳомила ҳосилалари: эркаклик жинсига Вольф каналларидан, аёллик жинсига – Мюллер каналларидан пайдо бўлади. Бу жинсий Ҳомила ортиқларидан ички ва ташқи эркаклар ва аёллар жинсий аъзолари шаклланади. Кичик чаноқ аъзолари билан биргаликда оралик ҳам ривожланади. У клоакадан икки томондан кўтарилувчи 2 бурмадан шаклланади.

Ичак ва тос аъзолари ривожланишининг эмбрионал даври тўғрисида берилган қисқа маълумотларни умумлаштириб, қуйидагиларга алоҳида ажратиш керак. Бирламчи ичак найчаси ривожланишининг энг эрта босқичида иккинчи ва учинчи ҳомила япроқлари ўралади. У дастлаб қисқа, тўғри, юқори ва пастки учлари кўр, учта ёнбош ўсимталари бўлган ичи бўш— ғовак аъзо. Бу сариқ оқим канали, аллантоис ва нерв-ичак канали. Ҳар иккала оқим ва канал

тезда тескари ривожланишга ўтади, беркилиб қолади ва аллонтосдан сийдик пуфаги ва уретра ривожланади. Сарик оқим, аллантаис ва невроэтерик каналнинг тескари ривожланишида кечиш турли туғма аномалия ва касалликлар учун сабаб бўлиб хизмат қилиши мумкин.

Бирламчи ичак найчасининг кейинчалик ривожланишида кўр ичакнинг юқори ва пастки учларида ташқи муҳит билан алоқада бўлади. Бош учида ҳалқум пардасидум учида эса клоак пардаси тешилади, ундан кейин ошқозон ичак тракти айланма ёруғлик олади. Ҳалқум пардаси тешилишининг кечикиши деярли кузатилмайди, аммо клоак пардасининг тешилиши орқа чиқарув тешиги атрезияси турида баъзан кузатилади.

Ошқозон ичак тракти эмбриогенезини ўрганиш ичак найчасининг юқори бош учи ривожланиш жараёнида энг катта қийинчиликка дучор бўлади, деб ҳулоса қилишга имкон беради. Худди шундай мураккаб ўзгаришлар ва атрофдаги органлар билан ўзаро муносабат ичак найчасининг пастки каудал учида ҳам кузатилади. Бирламчи ичак найчасининг юқори учи томоқ ва юз ривожланиши билан ўзаро муносабатга киришади.

Одам эмбрионида мавжуд бўлган тешилмаган рудимент туридаги ойкулук ёриги бўқок, қалқонсимон ва жуфт қалқонсимон безлар ривожланишига сабаб бўлади. Сўлак безлари ва ўпка бирламчи ичак найчасининг юқори учида эндобласт ва мезобластнинг чиқиб кетиши натижасида ривожланади.

Бирламчи ичак найчасининг пастки учи ривожланиш жараёнида пастки сийдик йўллари, жинсий аъзолар ва нерв найчасининг пастки қисми ривожланиши билан ўзаро боғланади.

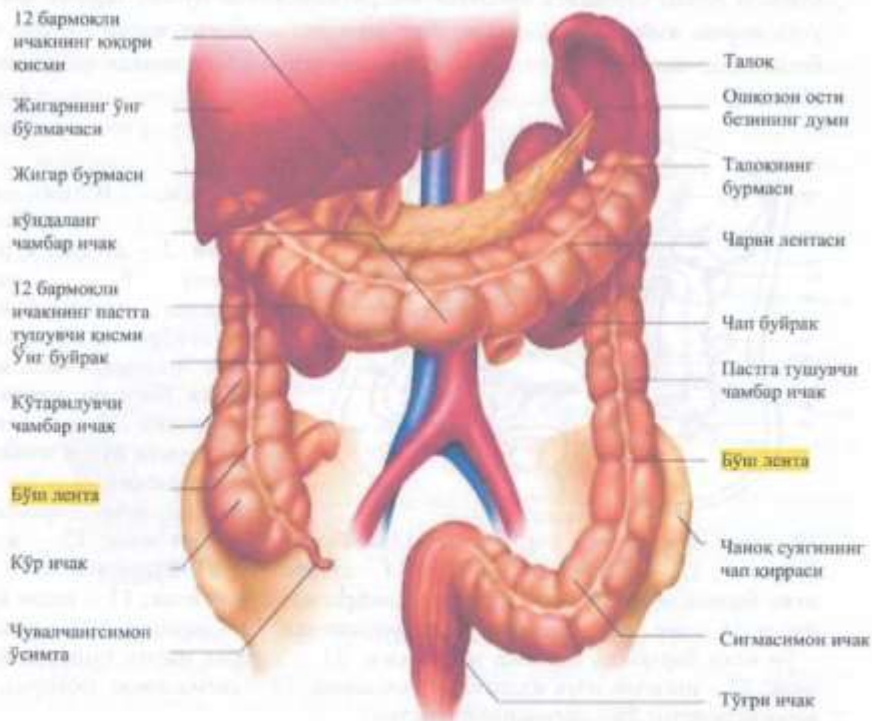
## ТЎҒРИ ИЧАКНИНГ АНАТОМИК-ФИЗИОЛОГИК ТАВСИФИ



### 1. ЙЎҒОН ИЧАК АНАТОМИЯСИ

Йўғон ичак илсоцекал бурчакдан бошланиб, орка чикариш тепигининг ташки ёриги билан тугайди. У йўғон ва тўғри ичакка бўлинади. Йўғон ичакнинг ўртача узунлиги 150 см. Ингичка ичак билан таққосланганда, у бир қанча морфологик хусусиятларга эга.

Бу унинг деворларида узунасига иплар ва соялар борлигидадир. Уларнинг бири доимо катқориннинг бирикишига мос бўлганлиги сабабли, у катқорин номини олган, иккинчиси эркин ҳолда, учинчиси қоринёғи билан боғлиқ бўлганлигидан қоринёғи камари деб ном олган.



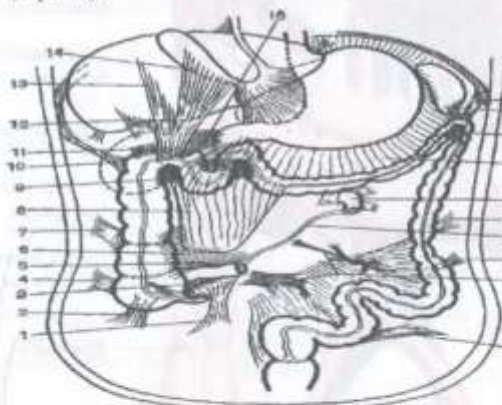
1-расм.



Йўгон ичакнинг силлиқ мушаклари унинг деворида мушак толаларининг циркуляр жойлашиши билан ифодаланади, улар орасидаги масофа 1-2 см бўлиб, бу ичакнинг букланиши –гаустрациясини таъминлайди. Гаустрлар ўнг томонда кучлироқ ифодаланади. Ректосигмоид ўтиш соҳасида сигмасимон ичак сояси кенгайди ва бутун айлана бўйлаб тўғри ичакнинг узунасидаги мушак қатламига ўтади. Йўгон ичакни копловчи қоринда ёғ илмоқлари мавжуд бўлиб, охиригилари бир ёки икки қаторда жойлашган, дистал йўналишида уларнинг сони ректосигмоид қисм чегарасигача ортиб боради, дистал қисмларда улар кузатилмайдди. Йўгон ичак ёруғлик диаметри ингичка ичак диаметридан катта бўлиб, кўр ичак соҳасида 6,5-7,0 смни ташкил қилади. Дистал қисмларда у торайиб, ректосигмоид қисмда 2,0-2,5 см ни ташкил қилади.

Йўгон ичак кўр, кўтарилган йўгон ичак, кўндаланг йўгон ичак, тушувчи йўгон ичак, сигмасимон ичакларга бўлинади (1-расм).

Эгри чизиклар – жигар остида жойлашган ўнг томон (жигар), бевосита талокнинг пастки қисмида жойлашган чап томон (талок)дан иборат. Талок бурчаги жигар бурчагига нисбатан юқори жойлашган бўлиб, ташириқ вақтида унга кириш кийин ҳисобланади. Ўнг эгри чизик асосан жигар –йўгон ичак боғламида, чап эгри чизик эса асосан диафрагмал-йўгон ичакда қайд этилади (2-расм).



2-расм. Йўгон ичак боғлами: 1 –катқорин - жинсий; 2 – латерал кўричак (пастки); 3 – пастки илеоцекал қатлам; 4 – латерал кўричак (юқори); 5 – юқори илеоцекал қатлам; 6 – кўричак боғлами қорин ёғи (бирлашма); 7 – латерал кўтариловчи йўгон ичак; 8 – катта қоринёғи; 9 – ўнг эгри чизикнинг ички бирлашиши;

10 – ўнг диафрагмал йўгон ичак; 11 – буйракли йўгон ичак; 12 – жигар-буйракли; 13 – жигарли йўгон ичак; 14 – сийдик пуфаги йўгон ичаги; 15 – ўн икки бармоқли йўгон ичак; 16 – чап диафрагмал йўгон ичак; 17 – талок йўгон ичаги; 18 – чап эгри чизикнинг ички бирлашиши; 19 – ошқозон йўгон ичаги; 20 – ўн икки бармоқли ингичка эгри чизик; 21 – латерал пастга тушувчи йўгон ичак; 22 – ингичка ичак илдизининг катқорни; 23 – сигмасимон (юқори); 24 – мезосигмоидит; 25 – сигмасимон (пастки).

### Тўғри ичак анатомияси

Тўғри ичак – сигмасимон ичакнинг давоми бўлиб, III умуртқа погонаси сатҳидан аноректал ўтиш соҳасигача жойлашган. Ичакнинг узунлиги анал канали билан бирга 15-17 см атрофида. Шу билан бирга сигмасимон ичак тўғри ичакка ўтишида фронтал бўшлиқда эгри чизикка эга. У 3- думгаза умурткасидан пастда думгаза –дум суяги чуқурчасида жойлашган. Тўғри ичакда куйндаги қисмлар фарқланади: ампулярусти, ампуляр, чет ораси. Кичик тосда тўғри ичак Дугласов чўнтагини ҳосил қилиб, ампуланинг тахминан ўртасигача қорин билан қопланган, 9-10 смли пастки қисми умуман қорин билан қопланмаган. Ичак травмаси, полиплар электрокоагуляциясида буни ҳисобга олиш зарур. Тўғри ичакнинг ички қавати ялтироқ, шиллик қаватнинг кизил рангли безлари билан бой бўлиб, у вегетатив иннервацияга эга ва нисбатан оғриққа сезгир эмас. Веноз оқим дарвоза вена тизимидан, лимфа оқими эса юқори геморроидал қон томирли оёқча бўйлаб куйи тутқич ва аортал тугунчаларга ўтади.

Чот оралиғи қисми (3-расм) орқа чиқарув тешиги (анал канал) деб номланиб, m. levator ani остида тос диафрагмасидан пастда жойланади. Шу билан бирга шиллик ампуляр қисмининг анал каналга ўтиши аноректал чизикда жойланади, тишли ёки тожсимон каби ифодаланади. Шиллик қаватда узунасига Морганниев устуни ёки сафлари бўлиб, аноректал чизик бўйлаб ярим ой қаватлари (тўсиқлар) бирланади, синус ва криптларини (Морганниев синуслари) ҳосил қилади. Криптлар сони 6 дан 12 гача бўлиб, уларнинг энг чуқури (2 смгача) орқа крипт ҳисобланади. Анал каналининг узунлиги 1,5 см дан 3,5 гача бўлади.



3-расм Тўғри ичак шиллик қаватининг (Р.Д.Савельевский, Я.Р.Савельевский бўйича)

1 - кўндаланг қатламлар; 2 - мушак пардаси; 3 — лимфатик фолликулалар; 4 — шиллик парда; 5 - тўғри ичак ампуласи; 6 - орқа чиқариш йўлига кўтарилувчи мушак; 7 - орқа чиқариш тешигининг ички сиқувчиси; 8 - орқа чиқариш устуллари; 9 - орқа чиқариш тешигининг ташқи сиқувчиси; 10 - орқа чиқарув синуслари; 11 - геморроидал зона; 12 - орқа чиқарувчи анал канал.

Анал канали анал тешиги киргоғидан аноректал ўтиш соҳасигача давом этиб (тарокли чизик, тери қопламанинг шиллик қаватга ўтиш жойи, тишчали чизик), 8-12 каналли криптлар ва 5-8 та анал сўрғичлари жойланади. Канал ташқи тери қопламанинг давоми – анодерма билан ўралган. Анал канали ва уни ўраб турган тери сезгир соматик нерв толалари билан иннервацияланади.

оғрик стимулларига ўта сезгир ҳисобланади. Анал каналдан веноз оқими ковак вена тизимига, аноректал ўтиш жойида эса – дарвоза ва ковак вена тизимига ўтади. Лимфа оқими ички ёнбош тугунлар, қиннинг орқа девори ва чет тугунларидан ўтади. Веноз ва лимфа оқимлари ёмон сифатли ўсмалар ва инфекцияларнинг тарқалишини аниқлашда кўмак беради.

Анал каналини ўраб олган сфинктерли ҳалқа ички сфинктердан, орқа чиқарув йўлиги кўтарувчи мушакларнинг ўрта порциясидан ва ташқи сфинктер компонентларидан ташкил топган. Олдинги қисми травмаларга мойилроқ бўлиб, аҳлат тута олмасликка олиб келиши мумкин. Қов-тўғри ичак мушаги тўғри ичакни ҳалқа кўринишида ўраб олади ва дефекация вақтида ёрдамчи сифатида қўллаб –қувватлайди.

#### **Йўғон ичак қон таъминоти**

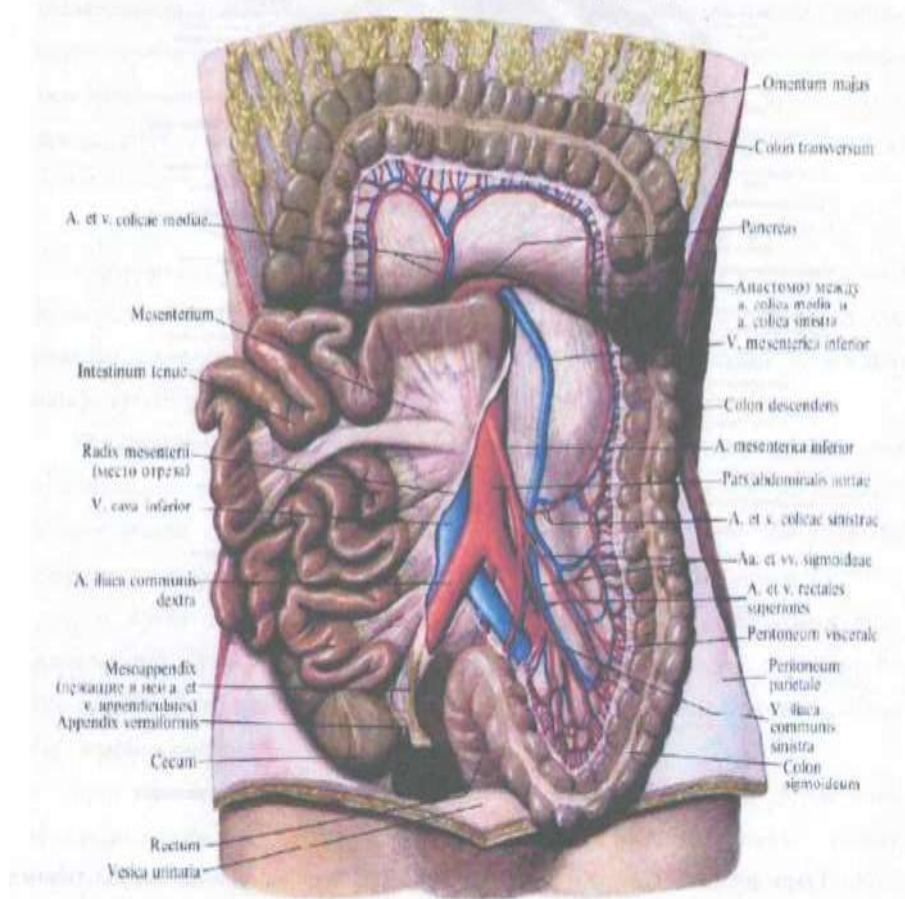
Йўғон ичак қатқорин артерияларининг юқори ва пастки тизимида қон билан таъминланади. Йўғон ичакнинг асосий томирлари, айтилган артериялардан ташқари, ичак қатқоринининг пластинкалари ўртасидан ўтиб, арк ҳосил қилади. Чап букилган чизик зонасида йўғон ичак худуди қатқорин артерияларининг юқори ва пастки тизимидан қон билан таъминланади. Бу ерда ушбу артериялар ўртасида анастомос ҳосил бўлади, улар қон айланишининг узлуксизлигини таъминлайди (Риолан ёйи). Бу зонада қон айланишининг танқислиги ҳисобига ишемия ва ишемик йўғон ичак яллиғланиши мумкин.

Ковурға билан қорин орасидаги йўғон ичак артерияси юқори қатқорин артериясининг дистал шохи ҳисобланади ва кўр ҳамда юқори кўтарилувчи йўғон ичакни қон билан таъминлайди. Бу артериялар аркадаси ингичка ичак томирлари ва йўғон ичакнинг ўнг артериясини анастомозлайди. Ушбу артерияни боғлаш кўр ва кўтарилувчи ичакда қон таъминоти танқислиги хавфини келтириб чиқаради, чунки у уларнинг қон таъминотини таъминловчи ягона томир ҳисобланади.

Юқори қатқоринининг иккинчи шохи йўғон ичак ўнг артерияси ҳисобланиб, коворға билан қорин ўртасидаги йўғон ичак ҳамда йўғон ичак ичак артерияси билан анастомозланади, ошқозоноти беги тана остида кўндаланг йўғон ичак қатқорнига кириб, икки шохга бўлинади. Унинг ўнг шохи жигар эгри чизиги соҳаси ва кўндаланг йўғон ичакнинг учдан икки проксимал қисмини, унинг чап шохи эса кўндаланг йўғон ичакнинг чап қисмини қон билан таъминлайди. Ўрта артерия маргинал арка (Риолан ёйи) узунлиги воситасида йўғон ичакнинг чап артерия шохлари билан анастомозланади.

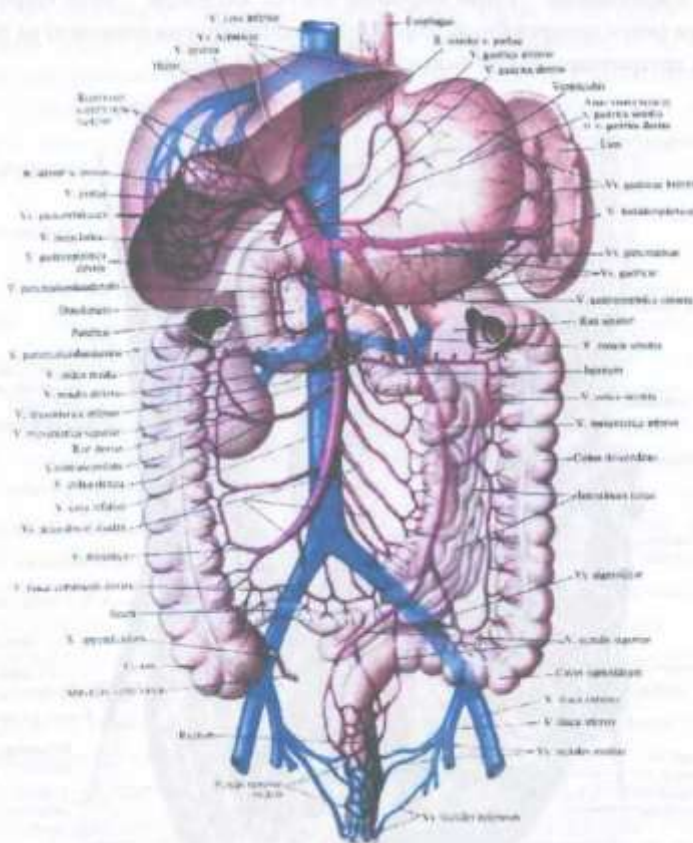
Пастки қатқорин артерия шохлари йўғон ичак дистал қисмлари: талоқ эгри чизиги, пастга тушувчи йўғон ичак, сигмасимон ва тўғри ичакнинг юқори қисмини қон билан таъминлайди. Пастки қатқорин артериясининг йирик

шоҳлари пастки қатқорин артериясидан узоклашган, сигмасимон ичак артерияси билан анастомозланадиган йўғон ичакнинг чап артерияси ҳисобланади. Тўғри ичак 5 та артерия: юқори тўғри ичак (жуфтсиз), икки ўрта ва икки пастки тўғри ичак артерияларини кон билан таъминлайди. Асосий ствол пастки қатқорин артериясининг давоми ҳисобланган юқори тўғри ичак артерияси ҳисобланади. Тўғри ичакнинг пастки қисмлари ўрта тўғри ичак артериялари (ички ковурга билан қорин ўртасидаги артерия шоҳлари) ва пастки тўғри ичак артерияларини кон билан таъминлайди (4-расм).



4-расм. Йўғон ва илгичка ичак томирлари, артерияларининг – олд томондан кўриниши; йўғон ичак ҳалқаси ўнгда берилган; кўндаланг йўғон ичак юқорига тортилган; висцерал плевра қисман олиб ташланган.

Ўзгун ичак веналари артериялар бир хил номланади. Ичакдан чиқадиган вена қон оқими дарвоза венасида амалга оширилади, талоқ ва юқори қатқорин венаси билан пастқи қатқорин венасининг бириқиши стволни қосил қилади (5-расм).



5-расм. Ўзгун ичак веналари ва дарвоза венасининг қизмаси

Тўғри ичакдан вена қон оқими учта асосий веналар ўрамин: портал тизимда тўғри ичак юқори учдан бир қисмидан юқори геморронал қисми орқали; тўғри ичакнинг ўрта учдан бир қисмидан ўрта артерияси орқали (қон оқими ички қовурға билан қорин ўртасида, кейин эса пастқи тўлиқ венадан ўтади); пастқи

геморроидал ўрам орқали кон ташки инкор қилувчи мушак ва чот ораси бўшлигининг териностида тўпланади, кон окими ички уят ва сўнгра пастки ковак вена орқали амалга оширилади. Учала вена ўрами ўзаро анастомозланади.

#### **Йўгон ичак лимфа тизими**

Йўгон ичак лимфа тизими шиллиқости, мушак ва ичакнинг қорин қатламларида жойлашган капилляр ҳамда лимфа томирлардан ташкил топган ички орган лимфа тармоқларида кўрсатилади. Бу тармоқлар ичак деворлари қалинлиги ва унинг узунлиги бўйича узлуксиз равишда ўтади. Ичак деворларида лимфа фолликулалар тўпланиб, асосан қуртсимон шохчада жойлашади.

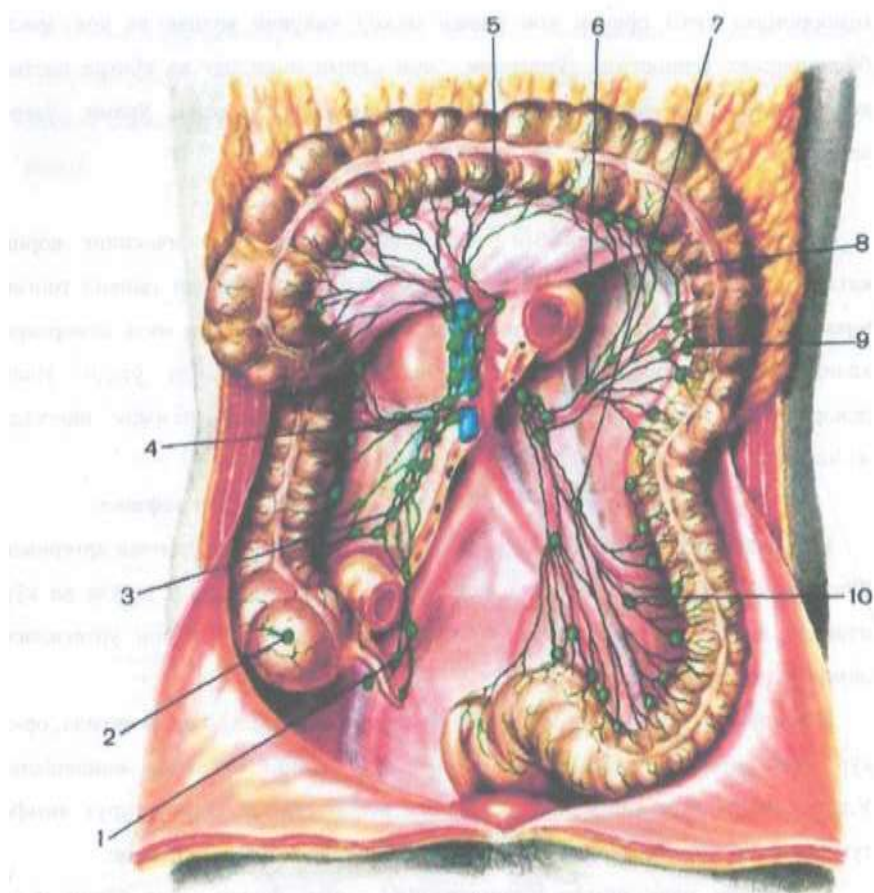
#### **Йўгон ва тўғри ичак лимфа тугунлари топографияси**

Кўр ичакдан олдинги лимфа тугунлари (n.l. prececales) кўр ичак артерияси йўналиши бўйлаб қорин ортида жойлашади. Улар қуртсимон шохча ва кўр ичакдан лимфа олади. Етилган томирлар қовурға билан қорин ўртасидаги лимфа тугунларига тушади.

Кўр ичакдан кейинги лимфа тугунлари (n.l. retrocecales) қорин ортида, орқа кўр ичак артерияси йўналиши бўйлаб кўр ичакнинг орқасида жойлашади. Уларга лимфа қуртсимон ва кўр ичакдан келиб тушади. Ушбу гуруҳ лимфа тугунлари қовурға билан қорин ўртасидаги лимфа тугунларига боради.

Ўнг йўгон ичак лимфа тугунлари (n.l. colici dextri) ўнг йўгон ичак артериясини кузатиб, йўгон ичак қатқорнида жойлашади. Уларга лимфа кўтарилувчи йўгон ичакдан тушади. Етилган лимфа тугунлари юқори қатқорин тугунларига тушади.

Ўрта йўгон ичак лимфа тугунлари (n.l. colici medii) ўрта йўгон ичак шохларини кузатиб, қўндаланг йўгон ичак қатқорнида жойлашади. Уларга лимфалар қўндаланг йўгон ичак ва катта қорин ёғидан келиб тушади. Чикиб кетадиган томирлар юқори қатқорин ва бел лимфа тугунларига келади (6-расм).

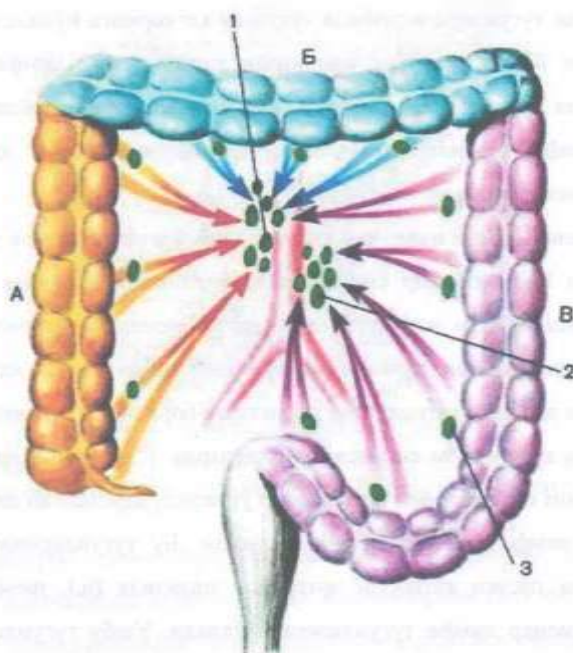


6-расм. Йўгон ичакнинг регионар лимфа тугунлари.

1 — аппендикуляр лимфа тугунлари; 2 — кўр ичак олди лимфа тугунлари; 3 — ковурга билан қорин ўртасидаги лимфа тугунлари; 4 — йўгон ичак ўнг лимфа тугунлари; 5 — йўгон ичак ўрта лимфа тугунлари; 6 — йўгон ичак чап лимфа тугунлари; 7 — пастки қатқорин лимфа тугунлари; 8 — қатқорин йўгон ичак лимфа тугунлари; 9 — йўгон ичак атрофидаги лимфа тугунлар; 10 — сигмасимон лимфа тугунлари.

Чап йўгон ичак лимфа тугунлари (n.l. colici sinistri) чап йўгон ичак қатқорнида чап йўгон ичак артериясини кузатади. Йўгон ичак чап қисмидан лимфа олади. Уларда лимфалар оқими пастки қатқорин ва бел лимфа тугунларида амалга оширилади.

Сигмасимон лимфа тугунлари (n.l. sigmoidei) сигмасимон артерия ва унинг шохлари йўллари бўйича қорин остида ётади. Уларга лимфалар сигмасимон ичакдан тушади. Бу тугунлардан етилган томирлар пастки қатқорин лимфа тугунларига тушади. Кўр ичак ва чувалчангсимон бўлақлардан тармоқланган шохчалар бир номланган қон томирлар йўналишида жойлашган қовурға билан қорин ўртасидаги йўғон ичак лимфа тугунларига (n.l. ileocolici) келиб тушади. Чувалсимон шохчалардан кетувчи томирларнинг бир қисми бевосита марказий юқори қатқорин лимфа тугунларига (n.l. mesenterici superiores) тушади, улар қорин орти бўшлиғидаги шохчалардан инфекцияни ташишга сабаб бўлади.



7-расм. Регионар лимфа тугунларида йўғон ичакнинг турли қисмларидан лимфалар оқими йўли (чизма).  
 А — кўр ва кўтарилувчи ичакдан (сарик ранг); Б — кўндаланг йўғон ичакдан (кўк ранг);  
 В — пастга тушувчи ва сигмасимон ичакдан (сиёҳранг); 1 — юқори қатқорин лимфа тугунлари; 2 — пастки қатқорин лимфа тугунлари; 3 — йўғон ичак атрофидаги лимфа тугунлари.



Кўтарилувчи йўғон ичакдан (7-расм) лимфа тугунлари қовурға билан қорин ўртасидаги йўғон ичак артериясининг йўғон ичак йўналиши бўйлаб жойлашган йўғон ичак атрофи тугунларига келиб тушади. Ушбу тугунлардан лимфа ўнг ва ўрта йўғон ичак артерияси стволи (n.l. colici dextri et medii) атрофида жойлашган тугунларга йўналади, кейин эса пастки қовак вена, аорта, юқори қатқорин артерияси илдизи атрофида жойлашган юқори қатқорин тугунларига тушади.

Кўтарилувчи ичакнинг пастки қисмларидан лимфа томирлар олдинги ва орқадаги кўр ичак лимфа тугунларига боради (n.l. prececales et retrocecales).

Кўндаланг йўғон ичакдан тармоқланган лимфа томирлари (2.5.2-Б-расм) йўғон ичак тугунлари атрофида тўхтаган қатқоринга йўналади (n.l. paracolici). Кўндаланг йўғон ичак ўнг томонидан тармоқланган лимфа томирлари ўрта йўғон ичак артериясининг пастга тушувчи шохларида жойлашган ўрта йўғон ичак лимфа тугунларига тушади, кейин эса юқори қатқорин артерия тугунларига йўл олади.

Кўндаланг йўғон ичак чап қисми ва чап йўғон ичак эгри чизигидан лимфа тугунлари Риолан томир ёни яқинида жойлашган йўғон ичак яқинидаги лимфа тугунларига, сўнгра чап йўғон ичак артериясининг кўтарилувчи тармоқлари атрофида жойлашган тармоқларга ва ундан кейин пастки қатқорин артерияси чиқадиган жойда кузатиладиган тугунларга боради (n.l. mesenterici inferiores).

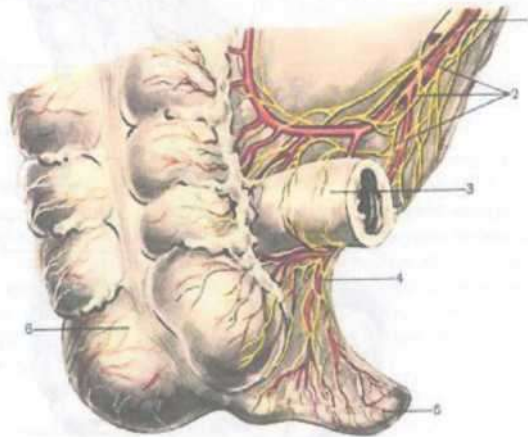
Пастга тушувчи ва сигмасимон ичакларда (7-В –расм) артериал ёйлар (n.l. colici sinistri et sigmoi-dei) ва деворлар ўртасида жойлашган лимфа тугунларини узувчи лимфа томирлари бўйлаб оқади. Бу тугунларнинг етилган лимфа томирлари пастки қатқорин артерияси илдизида (n.l. mesenterica inferiores) ётган регионар лимфа тугунларига йўналади. Ушбу тугунлар сигмасимон ва тўғри ичак учун умумий регионар тугун ҳисобланади.

Лимфаларнинг бир қисми бевосита ичак стволига (truncus intestinales) ёки сутли қобикка (cysterna chyli) тушиши мумкин.

### Йўғон ичак иннервацияси

Йўғон ичак иннервацияси юқори ва пастки қатқорин ўрами шохлари, шунингдек чувалчангсимон ўрам шохлари томонидан амалга оширилади.

Юқори қатқорин ўрамининг нерв шохлари чувалчангсимон ўсма, кўр ичак, кўтарилувчи йўғон ва кўндаланг йўғон ичак томонидан иннервация қилинади. Бу шохлар асосий артерияли стволнинг периваскуляр клетчаткасида (a. ileocolica, a. colica dextra, a. colica media) жойлашган ичак деворига яқинлашади. Ичак деворлари яқинида улар жуда майда шохчаларга бўлинади, улар ўзаро анастомозланади (8-рсм).



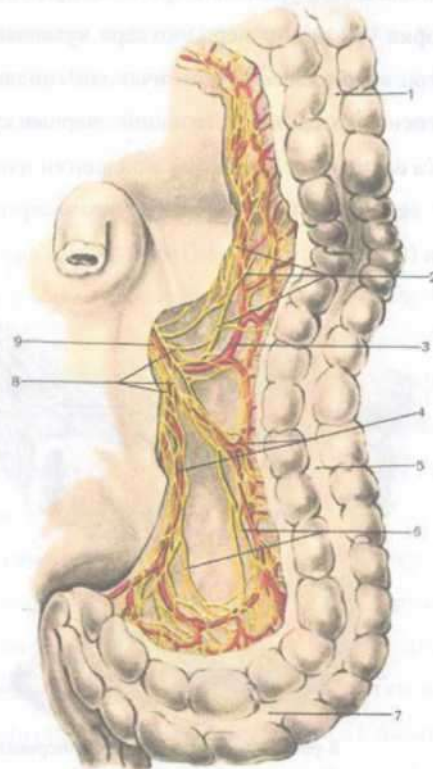
8-рсм. Илеоцекал бурчак иннервацияси.

1 — a. ileocolica; 2 — нерв шохлари plexus mesenterici superioris; 3 — ileum; 4 — a. appendicis vermiformis; 5 — appendix vermiformis; 6 — caecum.

Пастки қатқорин ўрами бир хил номланган артериялар ўраб турувчи периваскуляр клетчаткада, шунингдек бу артериялардан бир қанча масофада жойлашади. Айрим ҳолатларда ўрам ўзаро тугунлараро боғламларда бириккан қатта миқдордаги тугунлардан ташкил топади. Бошқа ҳолатларда ўрам иккита йирик тугунга эга бўлиб, пастки қатқорин артериясида жойлашади.

Пастки қатқорин ўрами чувалчангсимон, буйрак, аортал ва юқори қатқорин ўрамлари билан боғлиқликка эга. Бу ўрамлардан келиб чиқадиган нервлар ичак

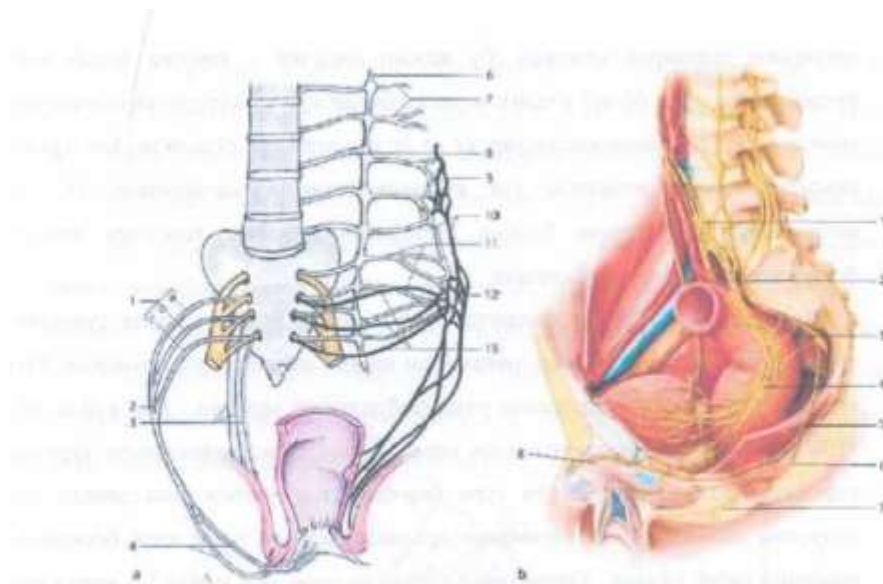
деворларига ёки ўзига мос артериал стволларга ёки ўз-ўзидан етиб боради; улар юқори катқорин ўрами нервлари сингари ичак деворида жуда ҳам майда шохчаларга бўлинади (9-расм).



9-расм. Йўғон ичак чап қисми иннервацияси.

1 — colon transversum; 2 — нерв шохлари plexus mesenterici inferioris; 3 — a. colica sinistra; 4 — a. sigmoideae; 5 — colon descendens; 6 — нерв шохлари plexus mesenterici inferioris; 7 — colon sigmoideum; 8 — plexus mesentericus inferior; 9 — a. mesenterica inferior.

Тўғри ичак иннервациясини чегарадаги симпатик ствол думғаза қисмидан келувчи шохчалар, шунингдек тўғри ичак артериясини ўраб турувчи симпатик ўрам шохлари амалга оширади. Ундан ташқари, тўғри ичак иннервациясида думғаза нервларининг II, III, IV илдизларидан келувчи шохчалар иштирок этади (10-расм).



10-расм. Кичик тос ва аноректал соҳанинг соматик ҳамда вегетатив иннервацияси. 1- сакрал нервлар (S2, S3, 6, в S4), 2- n. pudendae, 3 -n. levatory, 4 -пастки ректал нервлар, 5- ташқи анал сфинктери ва тос туби мушакларининг соматик иннервацияси, 6- симпатик ствол, 7 -бел қорин нервлари, 8- n. coeliacus, 9 -қўтарилувчи қоринности ўрами, 10- қоринности ўрамлар, 11 -сакрал қоринности нервлар, 12 -пастки қоринности ўрамлар, 13- тос қорин нервлари. б -эркаклар кичик тос ва аноректал соҳасининг соматик ва вегетатив иннервацияси. 1 -қоринности ўрам бошлиғи, 2 -қоринности нервлари, 3 -сакрал қорин нервни, 4 -пастки қоринности ўрами, 5- уят нервни, 6- ректал нервлардан паст, 7 -мояк халтасининг орқа нервлари, 8\* жинсий аъзо орқа мия нервни.

### Йўғон ичак физиологияси

Йўғон ичак асосан тўрт: сўрувчи, овқат ҳазм қилувчи, ҳаракат ва ажратувчи вазифаларини бажаради. Физиологиядан маълумки, овқат химуси овқатлангандан 3-6 соат ўтган ингичка ичакдан йўғон ичакка тушади. Кейин 24-36 соат мобайнида у секин аста дистал йўналишга силжийди, сигмасимон ва тўғри ичакка етади. Илеоцекал қопқоғи орқали ўтувчи суюқликнинг қулиқ миқдори нормада 2000-4000 мл ни ташкил қилади, бу суюқликнинг асосий миқдори йўғон ичакнинг ўнг қисмида сўрилади, қолган 70-120 мл аҳлат билан чиқиб кетади. Одатий аралаш овқатланганда нажас миқдори 100-150 г атрофида бўлади.

Овқат миқдорининг ҳазм бўлиши ва сўрилиш жараёнида йўғон ичак

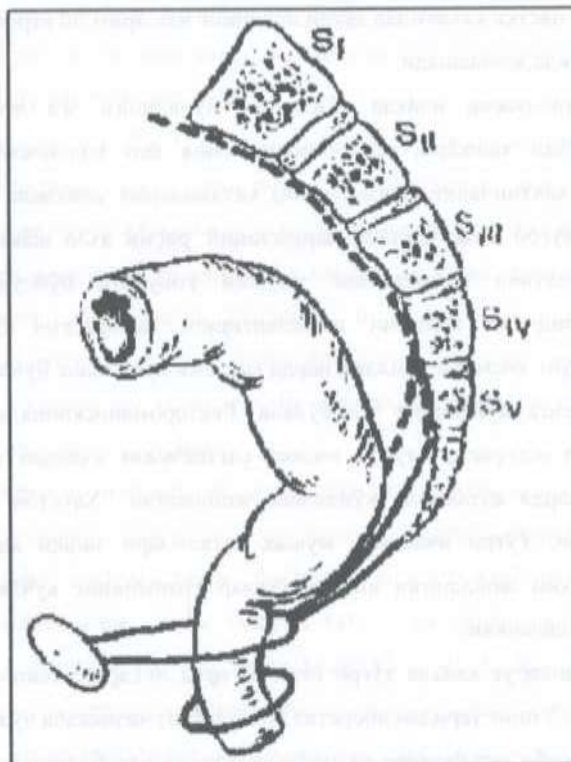
иштироки сезиларли камаяди (бу асосан ингичка – қовурға билан қорин ўртасидаги ичакда бўлиб ўтади); шунинг билан кўр ва кўтариловчи ичакларда моносахаридлар, аминокислотлар, ёғ ва ёғ кислоталари сўрилади. Бактериялар таъсирида йўғон ичакнинг ўнг қисмида глюкоза парчаланadi, В гуруҳ витаминлари, К витамини, биотин, рибофлавин, тиамин, пантотен, никотин, фолий кислоталари синтезланади.

Аксарият муаллифлар фикрича, тўғри ичакда шиллиқ парда суюқликни сўриш қобилиятига эга, ammo овқат ҳазм қилиш жараёни кузатилмайди. Тўғри ичакдан парентерал овқатланиш учун фойдаланиш мумкин. Бир кунда 1000-1500 мл гача суюқлик киритилиши керак. Йўғон ичак ҳаракатининг тўрт тури тафовутланади. Дастлабки уч тури бир-бирининг устига қаватланади, ичак тонусини силайди, ичак таркибини аралаштиради ва ички ичак босимининг ошишига сабаб бўлади. Ҳаракатнинг тўртинчи тури бир кунда 2-3 марта юзага келади, ошқозон-ичак рефлюксини келтириб чиқарувчи оммавий пропульсив тўлқин кўринишида намоён бўлади. Энг муҳими, ҳазм қилинмаган қолган овқатни эвакуация қилади. Бу жараён тўғри ичак ва сфинктернинг мувофиқлаштирилган фаолияти туфайли бош мия назоратида амалга оширилади, у орқа мияда ўз марказига эга. Тўғри ичак деворларининг чўзилишида дефекация қилиш истаги пайдо бўлади. Аксарият ҳолатларда бу эрталаб кузатилади, овқатлангандан кейин ошқозон ичак рефлeksi тунги дам олишдан кейин оммавий перистальтикани келтириб чиқаради. Бир вақтнинг ўзида ичак дефекацияси физиологик характерда бўлади, ичак таркиби 3-5 дақиқадан 10-30 дақиқагача бўлган ораликда икки усудда чиқариб ташлашдан кўра, нажас ундан фарқли тез ва тўлиқ бир вақтда эвакуация қилинади.

#### **Тўғри ичак физиологияси**

Ҳозирги вақтгача тўғри ичакнинг боғловчи аппарат тўғрисида ягона фикр йўқ. Джонсоннинг ён боғлами баъзан тўғри ичакнинг ён боғлами деб номланади. Бироқ эҳтиёткорлик билан анатомик тайёргарликда тўғри ичакка тоснинг ён деворларидан ўрта тўғри ичак томирларигача йўналган бириктирув тўқимасининг жипслашишидан бошқа нарса эмаслиги аниқланди. Ушбу

органининг юқори қайд этувчи аппаратига думғаза ва дум суягига ичакнинг ён атрофидан боровчи томир ва боғламлар киради. Энг кучли боғловчи ўсмалар тўғри ичак орқасида жойлашган Вальдейер-Пирогов фасцияси ҳамда леваторнинг пай пластинкалари ҳисобланади (11-расм). Аёлларда орқа кин девори ва тўғри ичакнинг олд ярим атрофида, эркакларда сийдик чиқариш каналида жойлашган Денонвиллье апоневрози муҳим клиник аҳамиятга эга. У юқоридаги шаклланишларни тўғри ичакда ривожланувчи яллиғланиш жараёнида аралашиндан “сақлайди”. Унинг мавжудлиги қорин –анал резекцияси, қорин оралиқ экстирпациясида тўғри ичакнинг олдинги ярим атрофи мобилизациясининг техник қийинчилигига сабаб бўлади.



11-расм. Вальдейер – Пирогов фасцияси (узук –узук чизик). В.Д. Федоров, Ю.В. Дульцев бўйича, 1984)

Йўғон ичакнинг турли касалликларида маълумотли диагностик усуллардан бири ректороманоскопия ҳисобланиб, биринчи навбатда тўғри ичакнинг шиллик пардаси ва сигмасимон ичакнинг учдан бир дистал қисми ҳолатига эътибор қаратилади. Соғлом кишилар тўғри ичагининг шиллик пардасида иккита қатлам: орқа чиқарув каналига яқин –узунасига, проксимали эса кўндалангига ҳосил бўлади. Узунасига ҳосил бўлган қатламлар орқа чиқарув (анал, морганъев) устунлар деб номланади, улар ўртасида орқа чиқарув (анал, морганъе криптлари) бўшлиқлари, ярим ой орқа чиқарув қопқоғидан пастга чегараланган. Кўндаланг йўналишга эга қатламлардан учтаси – юқори, ўрта ва пасткилари яхши ифодаланган бўлиб, ичакнинг ампуляр қисмида жойлашади. Юқори ва пастки қатламлар тўғри ичакнинг чап ярим ой атрофида, ўртаси эса – ўнг томонида жойлашади.

Перисталланган ичакда кўндаланг йўналишга эга доимий (анатомик) қатламлардан ташқари, ректороманоскопия ёки колоноскопияда узунасига йўналган вақтинчалик (физиологик) қатламларни аниқлаш мумкин. Умуман олганда, йўғон ичак шиллик пардасининг расми аъзо шакли ва тузилишига таъсир қилувчи фаолиятнинг умумий қонунига бўйсунди. Химусни аралаштириш ва нажасни шакллантириш вазифасини бажарувчи йўғон ичакнинг ўнг қисмида шиллик парда қатлами кўндаланг йўналишга, чап қисми эса узунасига йўналишга эга бўлади. Ректороманоскопияда тўғри ичакнинг проксимал чегараси, тўғри ичакка сигмасимон ичакдан аниқ ўтиш жойи шиллик парда қатламида кўндаланг жойлашган “Хаустон қапқоғи” бўйича аниқланади. Тўғри ичакнинг мушак қатламлари ташқи қатлам ва шиллик пардага яқин жойлашган айлана туклар тизимининг кучли жойлашганлиги билан ифодаланади.

Орқа чиқарув канали тўғри ичак ва орқа чиқариш тешиги ўртасида ўтиш зонасидир. Унинг теридан аноретал (тишсимон) чизикчага чўзилганлиги 2-4 см. Канал таркиби тер безлари ва тукли фолликулалар бўлган ўтиш эпителийлари билан қопланган. Ушбу эпителийлар ингичкалашиб, тишсимон чизик атрофида тугайди. Орқа чиқарув канал ёруғи пассив ҳолатида мушакларининг тоник

қискариши оқибатида (ички сфинктер) беркилади.



12-расм. Тўғри ичак ва орқа чиқарув канали ёйининг чизмалли тасвири (В.Д. Федоров, Ю.В. Дульцев бўйича, 1984).

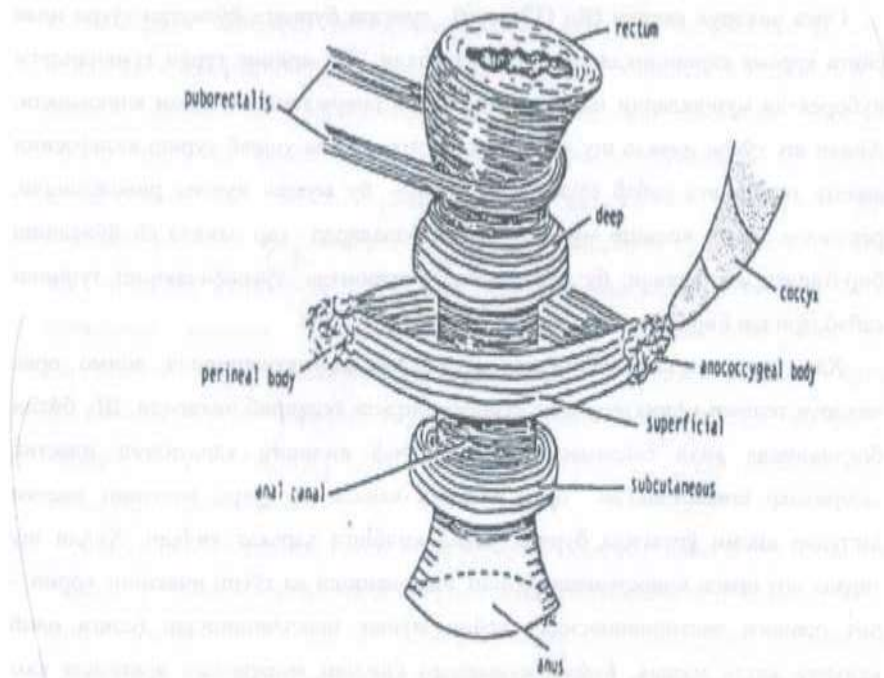
Орқа чиқарув канали ёйи (12-расм) думгаза бурнига йўналган тўғри ичак ёйига қарама қаршиликда киндикка қаралади. Ёйларнинг турли туманлилиги пуборектал мушакларни плашсимон шаклда ривожланиши билан аниқланади. Айнан шу тўғри ичакда шу ҳолатда қайд этилади ва ушлаб туриш вазифасини амалга оширишга сабаб бўлади. Аёлларда бу мушак кучсиз ривожланади, ректоцеле юзага келиши мумкин, кичик болаларда ҳар иккала ёй йўналиши бир-бирига мос келади; бу ҳолат маълум шароитда тўғри ичакнинг тушиши сабабларидан бири бўлиши мумкин.

Ҳар хил генезли пуборектал мушаклар шикастланишида доимо орқа чиқарув тешиги сфинктерининг етишмаслигини келтириб чиқаради. Шу билан боғлиқликда анал сақламасликни бартараф қилишга қаратилган пластик ташриҳлар шикастланган орқа чиқарув канали ва тўғри ичакнинг пастки ампуляр қисми ўртасида бурчак ҳосил қилишга ҳаракат қилади. Худди шу тарзда чот ораси колостомозларининг шаклланиши ва тўғри ичакнинг қорин – чот оралиғи экстирпациясидан кейин мушак шаклланишидан (сонга олиб келувчи катта мушак, нафис мушаклар) ёпилиш аппаратини яратишда ҳам қўлланади.



Орқа чиқарув каналида айланувчи толалар асосан кучли ифодаланади, улар орқа чиқарув ички сфинктерини ҳосил қилади, унинг узунлиги 3-4см, қалинлиги эса 1 см бўлади. Ички сфинктер толалари (силлик мускуллар) ташқи сфинктер (кўндаланг йўл-йўл мушак) айланаси билан ўралган. Учинчи мушак исканжаси – перианал теридан 8-10 см чуқурликда жойлашган силлик мушак толалари (Гепнер мушаги) тўпланиши ажратилади.

Тўғри ичак охирида борувчи апаратини ифодалаш учун бир нечта атамалар – «тўғри ичак сфинктери», «ёпиш қисқичи» ёки «тўғри ичакнинг ёпиш апарати» мавжуд. Охиригиси унчалик тўғри эмас, чунки ёпиш апарати йўғон ичак таркибинини ушлаб қолишдек мураккаб вазифани амалга оширувчи бир қатор ўсмаларни ўз ичига олади. Бу вазифаларни бевосита тўғри ичакнинг (орқа чиқарув тешиги) ташқи ва ички сфинктери бажаради (13-расм).



13-расм. Тўғри ичакнинг ёпиш апарати

Тўғри ичак ёпиш аппаратининг асосий вазифаси – фаол қисқариш бўлиб, ташқи сфинктер мушаклари ёрдамида амалга оширилади. Ички сфинктер пассив ёпишда ўз ўрнига эга бўлиб, орқа чиқарув канали деворининг қўшилиб кетишига сабаб бўлади.

Ташқи сфинктер чот орасидаги барча мушаклардан юқори жойлашган ҳисобланади. У тўғри ичакнинг дистал қисмини баландлиги (кенглиги) 2,5-3 см бўлган кенг мушак ҳалқаси билан ўраб олади.

Ташқи сфинктер учта мушак қисмдан иборат. Юза қисмининг мушак толалари орқа чиқарув тешигидан олдинга кесиб ўтади ва орқа чиқарув тешигини ўраб турган терига бириктирилади. Иккинчи чуқур жойлашган қисми чот оралигининг пай марказидан бошланади. Ушбу қисмининг мушак толалари тўғри ичакни ҳар томондан ўраб олади ва қисман терига, қисман думғазани ўраб турган суяк пардасига бириктирилади. Цилиндр турида айланувчи мушак толалардан иборат бўлган ташқи сфинктернинг энг чуқур учинчи қисми тўғри ичакнинг ички сфинктерини қамраб олади. Улар ўртасида донмо бир нечта миқдордаги клетчаткалар мавжуд. Чуқур қисм толалари орқа томондан думғазани қоплаб олади, эрақларда эса олдиндан гумбазли горсимон мушакка, аёлларда эса қин сиқувчиси билан бириккади.

Тўғри ичак ва ташқи сфинктер ён юзалари ўртасидан баландда орқа чиқарув тешигини кўтарувчи мушакларнинг уч қисми толалари тўкилади, амалий жиҳатдан улар тўғри ичакни тўғридан тўғри эгаллаб олади. Ташқи сфинктернинг ён юзаси тўғри ичак ўраси атрофида ҳаракатланувчи клетчатка билан алоқага киради.

Орқа чиқарув каналининг ташқи сфинктери жинсий (срам) нерв тармоқлари оралигини иннервация қилади, изоляция қилинган тирнаш хусусияти билан унинг қисқариши кузатилади. Ички сфинктер жинсий нервнинг асосий симпатик тармоқларида (қисмлари) иннервацияланади, у думғазани симпатик тугунлардан чиқувчи постганглионар толалар ҳисобланади.

Ички сфинктер орқа чиқарув тешигини тонли ёпади. Орқа чиқарув тешигининг ёпилиши ички сфинктер мушакларининг пассив қисқариши ҳисобига амалга оширилади. Ҳаракат нерви билан иннервацияланган ташқи сфинктер ихтиёрий ҳаракатлар билан қисқаришга сабаб бўлади. Бу сфинктерларнинг ўзаро таъсири кўпинча тўғри ичак деворларида бўлган нерв ганглиялар ҳолатига боғлиқ. Тўғри ичак атрофида, шунингдек йўғон ичакнинг қатор қисмлари йўналишлари бўйича бир нечта клетчаткали бўшлиқларнинг мавжудлиги йўғон ва тўғри ичак шиллик парда ости ҳамда шиллик парданинг бир бутунликдаги бузилишида яллиғланган жараёнларнинг жойлашишига сабаб бўлади.

Тўғри ичак қон таъминоти битта жуфтсиз артерия – юқори тўғри ичак ва икки жуфт – ўрта тўғри ичак (ички қовурға билан қорин ўртасидаги артерия шохлари) ҳамда пастки тўғри ичак (ички жинсий артерия шохлари) артерияларида амалга оширилади. Юқори тўғри ичак артерияси пастки қатқорин артериясининг давоми ҳисобланиб, тўғри ичакнинг асосий артериал томири саналади.

Артериал устунлар ичак деворига нисбатан узунасига жойлашиб, йўналиши бўйича йўғон ичакнинг юқори қисмида жойлашган шундай устунлардан фарқ қилади.

Тўғри ичакдан вена қон оқими икки вена тизими – пастки ғовак ва дарвоза венада амалга оширилади. Шу билан учта– териости, шиллиқости ва фасциалости вена ўрами пайдо бўлади. Териости ўрами тўғри ичак ташқи сфинктер соҳасида жойлашади. Тўғри ичакнинг энг пастки қисмида, шиллик парданинг узунчоқ қатламида шиллиқости вена ўрами ифодаланади. Бу ўрам вена думалоқ мушаклар тўплами орасида жойлашган ҳамда геморроидал зонани ҳосил қилувчи томирлар чигалларидан иборат. Фасциалости вена ўрами ичакнинг хусусий фасцияси ва узунасига жойлашган мушак қатламлари ўртасида жойлашади. Тўғри ичакнинг 2/3 қисмидан вена қони оқими юқори тўғри ичак венаси ва пастки қатқорин венаси (дарвоза вена тизими), дистал венанинг учдан бирдан пастки ғовак вена тизимига оқади.

Тўғри ичакнинг асосий артериал устуни юқори тўғри ичак артерияси ҳисобланади. Ушбу аъзонни жарроҳлик мобилизациясида, энг аввало, уни ажратиб, икки лигатура билан боғлаш ва юқори тўғри ичак артерияси ва венаси ўртасида кесинтиришга киришилади. Шундан кейин, ўткир асбоб билан тўғри ичакни ажратиб, Джонеско боғламни кесиб ўтиб, унинг қалинлигида ўрта тўғри ичак артерияси жойлашган бўлса, жарроҳ қон кетишини сезмайди, чунки ичак деворига бевосита яқин бўлган бу артериялар диаметри жуда кичикдир, улар кесилишидаги интимларнинг “бурилиши” ва тез тромб ҳосил бўлиши кузатилади.

Тўғри ичак иннервацияси симпатик ва парасимпатик (ҳаракат ва сезиш) толалари билан амалга оширилади. Қатқорин ва аортал ўрамдан чиқувчи симпатик толалар ё юқори тўғри ичак артерияси йўналишида, ёки бир хил номланган ўрамлар ҳосил бўлишида ништароқ этувчи ҳар иккала чувалчангсимон нервлар таркиби остида тўғри ичакка етиб боради. Тўғри ичакнинг оралиқ қисми таркибида ҳаракатчан ва сезувчан толалар бўлган ғовак нерв билан иннервация қилинади.

Тўғри ичакдан лимфалар отилиши тўртта асосий йўналишларда амалга оширилади. Орқа чиқарув каналидан лимфа ё чет, ёки тўғри ичак шахсий фасцияси остида жойлашган регионар лимфа тугунларида (Герот тугунлари) оқади. Тўғри ичакнинг юқори қисмларидан лимфалар думгаза лимфа тугунларига келиб тушади; шу билан бирга, унинг олдинги қисмларидан лимфа яна қорин ичи остидаги коллекторларга, шунингдек юқори тўғри ичак артериясида жойлашган лимфа тугунларига оқади. Шундай қилиб, лимфа оқимининг биринчи йўналиши – чет лимфа тугунлари (тўғри ичакнинг дистал қисмлари), иккинчи йўналиши юқори тўғри ичак, учинчиси – думгаза лимфа тугунлари, тўртинчи йўналиши пастки коворға билан қорин орасидаги артериал коллекторлар ҳисобланади.

Тос бўшлиғи ўрта “кавати”нинг асосий хужайрали бўшлиқлари деворли (ҳар икки томондан), пуфаколди, тўғри ичак орқаси, пельвиоректал ва бачадон атрофи ҳисобланади. Тос бўшлиғи пастки “кават”нинг асосий хужайрали бўшлиқлари ёғ тўқималари билан тўлган қуймич- тўғри ичак чуқурчаси ҳисобланади. Унинг чегаралари тепадан – фасция билан қопланган, орқа чиқарув тешигини кўтарувчи мушакнинг пастки юзаси, пастдан –тўғри ичакнинг ташки сфинктер толалари, ён томондан эса –тоснинг ён деворлари саналади.

Ушбу бўшлиқнинг ёғ тўқимаси орқа чиқарув тешигини кўтарувчи мушак толалари ва фасциал қопламалари парчаланганда, тос бўшлиғи ўрта “кавати”нинг хужайравий бўшлиқлари билан алоқага киради. Пастки қисмлар хужайраларининг ички говак томирлари кичик қуймич ёриги орқали тоснинг ўрта “кавати” хужайравий бўшлиқлари билан муносабатга киради.

#### **БОЛАЛАРДА АНОРЕКТАЛ МАЛЬФОРМАЦИЯ ТАСНИФИ**

Турли давлат болалар жарроҳлари маълум қийинчиликларни тушуниб, аноректал мальформациянинг ҳар хил таснифларни таклиф қилади. Шу билан бирга, болалар ёшидаги колопроктология соҳасида ихтисосликка эга бўлган ҳар бир жарроҳ эркин тарзда ўз таснифини қўллайди.

МДХ давлатларида кўпинча Баиров Г.А. (1997) ва А.И.Лёнюшкин (1990) таснифларидан фойдаланилади. Қолган давлатларда Ledd Gross (1934) ёки Stephens (1984) (4, 20, 57) таснифларидан фойдаланилади.

Хорижий муаллифлар маълумотларига кўра, амалиётчи болалар жарроҳлари учун Ledd ва Gross (1934) таснифи қулай ҳисобланади, чунки унда порокларнинг клиник ва анатомик жойлашиши фарқ қилади. Унда пороклар ривожланиши 4 тури фарқланган:

- 1- тури – анал стенозлар;**
- 2 -тури –тешилмаган анус;**
- 3 - тури – анал атрезия;**
- 4 - тури – тўғри ичак атрезияси.**

1970 йили болалар жарроҳлари халқаро конгрессида (Мельбурнда) асосида эмбриогенез босқичида пороклар ривожланиши ётган тасниф қабул қилинган ва таклиф қилинган бўлиб, у Мельбурн таснифи деб номланган. Мазкур тасниф тўғри ичак якуний қисмларининг пуборектал мушакларга муносабатига боғлиқликда порокларни юқори, оралиқ ва пастки шаклларига ажратган.

<b>Юқори (супралевадор)</b>	
<b>1) Аноректал агенезия</b>	
Ўғил болалар:	Қиз болалар:
а) окмасиз	а) окмасиз
б) окма билан:	б) окма билан:
ректовезикал	ректовезикал
ректоуретрал	ректоклоакал
	ректовагинал
<b>2) Ректал атрезиялар (ўғил ва қиз болалар).</b>	
Ўрта (интермедал)	
1) Анал агенезия	
Ўғил болалар:	Қиз болалар:
а) окмасиз	а) окмасиз
б) окма билан:	б) окма билан:
ректобульбар	ректовестibuляр
<b>2) Аноректал стеноз (ўғил ва қиз болалар).</b>	
Қуйи (транслевадор)	
Ўғил ва қиз болалар	
Ёпилган орқа пешов - оддий	
Анал стеноз	
1) Анал агенезия	
Ўғил болалар:	Қиз болалар:
олдинги оралиқ анус	олдинги оралиқ анус
ректо-оралиқ окма	ректовестibuляр окма
	вульвар орқа пешов
	ановульвар окма

Ушбу таснифга кўра, барча аноректал пороклар уч: юқори, оралиқ ва пастки гуруҳларга бўлинади, бу жарроҳга нуқсонни анатомик тавсифини белгилашга ва даволаш тактикасини танлашга имкон беради.

Ҳозирги вақтда кўплаб болалар жарроҳлари томонидан қабул қилинган аноректал нуқсонларнинг Крикенбек таснифи қўлланилади (Германия, 2005), унда “юқори”, “қуйи”, “оралиқ” деган тушунчалар мавжуд эмас.

Асосий клиник гуруҳ	Кам учрайдиган аномалиялар
Оралик оқмалар	«Ректал халта»
Ректоуретрал оқма (бульбар ва простатик)	Тўғри ичак атрезияси ёки стенози
Вестибуляр оқма	Ректовагинал оқма
Клоака	Н-симон оқма
Оқмасиз аноректаль мальяформация	Бошқалар
Анал стеноз	

Кунлик клиник амалиётда А.И.Лёнюшкин томонидан таклиф этилган таснифни қўллан кулай ҳисобланади:

I. Анал тешиги эктопияси

1. Чот оралиги
2. Вестибуляр

II. Нормал шаклланган орка чиқарув тешигида туғма тешиклар

1. Жинсий аъзолар тизими (кин, кин дарвозаси)
2. Сийдик чиқариш тизими (сийдик пуфаги, уретра)
3. Чот оралиги

III. Туғма торайиш

1. Орка чиқарув тешиги
2. Орка чиқарув тешиги ва тўғри ичак
3. Тўғри ичак

IV. Атрезия

A. Оддий

1. Ёпиқ анал тешиги
2. Анал канали атрезияси
3. Анал канали ва тўғри ичак атрезияси
4. Тўғри ичак атрезияси

B. Тешикли

1. Жинсий аъзолар тизими (бачадон, кин, кин оғзи)
2. Сийдик чиқариш тизими (сийдик пуфаги уретра)
3. Чот оралиги

4. Камдан кам учрайдиган ҳолатлар (туғма клоака, тўғри ичакнинг иккилангани ва бошқалар).

V. Такрорий аралашув талаб қилувчи радикал ташрихдан кейинги ҳолат

*Атрезиянинг даражасига кўра таснифи*

• **қуйи** – йўғон ичакнинг атрезияланган соҳасида жойлашишига кўра – теридан 2,5 см қуйироқда бўлиши. Доим пуборектал қовузлоқдан дисталроқ жойлашади.

• **оралик** – йўғон ичакнинг атрезияланган соҳасида жойлашишига кўра – теридан 2,5 дан 4-5 см гача бўлиши. Пуборектал қовузлоқ сатҳида жойлашади.

• **юқори** – йўғон ичакнинг атрезияланган соҳасида жойлашишига кўра – теридан 5 см юқорироқда бўлиши. Пуборектал қовузлоқдан проксималроқ жойлашади.

Г.А. Баиров таснифи (1977) асосида модификацияланган Мельбури таснифи ётади, бироқ унда аномалиянинг барча тури берилмаган. Совет иттифоқидан кейинги давлатларда А.И.Лёношкин таклиф қилган тасниф катта машҳурликка эга бўлиб, унинг ҳар бирида бир нечта кичик бўлинмалар билан аномалиянинг 5 тури ёритилган (14-расм).

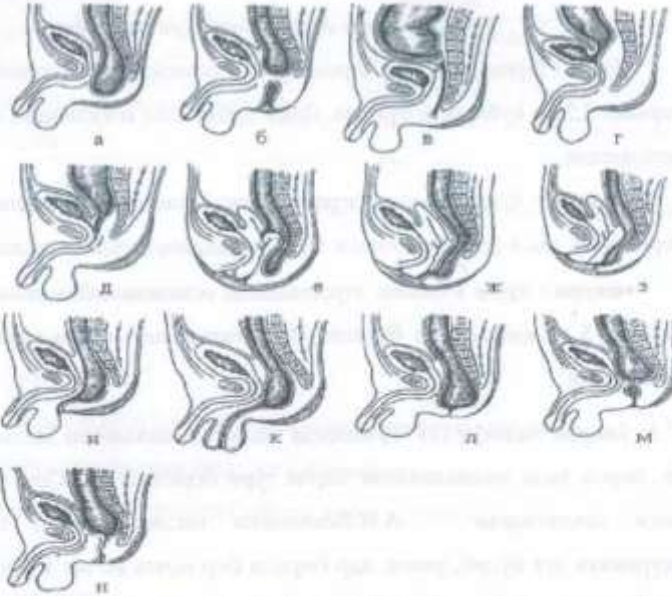
Г.А.Баиров таснифи (1977)

1. Атрезия:
1. паст (леваторости)
1) орқа чиқарув тешигининг мембранали атрезияси
2) тўғри ичак ва орқа чиқарув тешиги атрезияси
2. баланд (леватор усти)
1) тўғри ичак ва орқа чиқарув тешиги атрезияси
2) тўғри ичак атрезияси
3. Тешикли атрезия
1. пастки (леватор ости)
1). чот оралиги
2). вестибуляр
2. юқори (леватор усти)
1). пуфакли
2) уретрал
3) бачадонли
4) кинили
3. Торайиш:
1) орқа чиқарув
2) тўғри ичак
3) орқа чиқарув ва тўғри ичак



4.Клоака:

- 1) пуфақли
- 2) вагинал



14-расм. Орқа чиқарув тешиги ва тўғри ичак ривожланиш пороклари: а - орқа чиқарув тешиги атрезияси; б - тўғри ичак атрезияси; в - орқа чиқарув тешиги ва тўғри ичак атрезияси; г, д - сийдик пуфағи, уретрада тешик билан тўғри ичак атрезияси; е - бачадонда тешик билан тўғри ичак атрезияси; ж, з - қинда, қинолди эшигида тешик билан тўғри ичак атрезияси; и, к - мояқ халтаси ва чот орасида тешик билан тўғри ичак атрезияси; л, м, н - анал ёриги, тўғри ичак, анал ёриги ва тўғри ичакнинг торайиши.

1984 йили Wingspread симпозиумида F.D. Stephens & E. Smith бошчилигидаги турли давлат мутахассислари турухи кенгайтирилган таснифни таклиф қилади. Ушбу таклифда аноректал пороклар бемор жинсига ва тос дифрагма мушакларига инебатан атрезия даражаларига кўра юкори (супралеватор), оралик (қисман транслеватор) ва паст (тўлиқ транслеватор) шаклларига бўлинган. Ҳозирги вақтда аксарият хорижий ва маҳаллий болалар жарроҳлари мазкур таснифдан фойдаланади ва уларни фойдаланишига қулай, пороклар ривожланиш характерини тўлиқ очиб берувчи, жарроҳлик тактикасини тўғри танланга сабаб бўлади деб санашади.

F.D.Stephens & E.Smith (1984)

Ўғил болалар	Қизлар
Юқори	Юқори
а) Ректопростатик тешикли аноректал агенезия	а) Ректопростатик тешикли аноректал агенезия
тешикли ректоуретрал тешикли	тешикли
б) Тўғри ичак атрезияси	б) Тўғри ичак атрезияси
Оралиқ	Оралиқ
а) Ректобулбар, уретрал тешикли	а) Ректовестибулар тешикли
б) Тешикли анал агенезия	б) Ректоагиналтешикли
	в) Тешикли анал агенезия
Пастки	Пастки
а) Анал-тери тешикли	а) Анал-тери тешикли
б) Анал стенози	б) Анал стенози
	в) Анал стенози
Қам учрайдиган аномалия	Қам учрайдиган аномалия
	Клава

А.Реп фикрича, аноректал порокларнинг пастки, оралиқ ва юқори вариантларини ажратиш даволаш усулини танлашда катта аҳамиятга эга эмас. Муаллиф энг рационал тасниф таклиф қилади.

А.Реп таснифи



F.D.Stefens va E.Smith (1984) таснифини қўллаб қувватлаймиз, чунки у нафақат аралашув усулини аниқлаш, балки, колостомозга кўрсатмани аниқлашда жаррох ўз ҳуқуқига эга бўлишга имкон беради.

## БОЛАЛАРДА АНОРЕКТАЛ МАЛЬФОРМАЦИЯ КЛИНИКАСИ ВА ДИАГНОСТИКАСИ

### Умумий текширув

Текширув йўли билан ичак касалликларига гумон қилинганда қориннинг умумий шишиши, унинг маълум қисмларининг шишиши, кўзга ташланадиган перистальтика ва бошқаларни аниқлаш мумкин. Текширувда қорин бўшлиғи аъзоларида аввал қилинган ташриҳ ёки уларнинг шикастланиши, ичак тешикларининг ташқи ёриғи, олд қрин деворига ёпишган ўсмалар ва бошқалар тўғрисида маълумот берадиган чандиклар осон аниқланади.

Аускультация перистальтика интенсивлигини баҳолаш ва эшитиш, парез ёки спастик ичак тутилиши белгиларини аниқлаш, парез ёки ичак фалажи ҳамда бошқа кўплаб ҳолатларда қорин ўрта чизигидан узокроқ аортанинг каттиқ пульсини эшитишга имкон беради.

Қоринни пайпаслаш текширувнинг энг қимматли методларидан бири ҳисобланади. Пайпаслаш йўли билан қорин мушаклари зўриқиши белгиланади, ичак ўсмаларининг ҳаракатчанлиги, консистенцияси, ҳажми ва жойлашиш ўрни, ичак ҳалқаси, асцитнинг спастик қисқариши аниқланади.

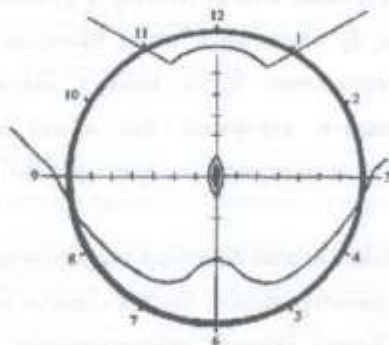
Сўнгра думғаза соҳаси ва чот оралиғи кўрилади. Проктологик амалиётда кўпинча орқа томондан бемор оёқларини ўртача қоринга текизган ҳолатида кўлланади. Бу ҳолат нафақат чот оралиғини, орқа чиқарув тешиги, тўғри ичакни бармоқлар билан синчиклаб текшириш учун, балки аноскопия қилиш, тешикни зондлашда ректал ойнада кўриш, бўёқли намуна, анал рефлексини аниқлашда ҳам қулай ҳисобланади.

Энг аввало, орқа чиқарув тешиги атрофидаги тери қопламалари ҳолати, думбанинг ички юзаси ва думғаза-дум соҳаси ҳолатига эътибор қаратилади. Бунда тери ҳолати (анал воронка туби – ботиқ ёки ясси) аниқланади. Тешик ёриқларининг аниқланиши муҳим аҳамият касб этади, унга тўлиқ тавсиф берилади: жойлашиши, уларнинг диаметри, ташқи ёриқ атрофидаги тўкималар ҳолати (яллиғланиш ёки эпителизация), тешикдан ажралаётган таркиб

характери, ёриқ атрофидаги тўқималарнинг қалинлашиши.

Перианал зонани кўрув вақтида анал рефлекс ҳам текширилади. Анал рефлекс барча соғлом кишиларда ҳам кузатилади. У функционал ёки органик характердаги кўплаб сабаблар бўйича ўзгариши – кучайиши, пасайиши ёки умуман йўқолиши мумкин. Анал рефлекс ва сфинктернинг қисқариш қобилияти ўртасидаги мавжуд параллелизм тонуе ҳолати ҳамда анал пресс мушакларининг қисқариш кучи тўғрисида тез ва осон ахборот олишга имкон беради. Анал рефлекс перианал терига зонд ёки ўтмас игнали штрихда тегшиш йўли билан текширилади ва ташқи сфинктер қисқариш кучи бўйича баҳоланади. Анал рефлексни аниқлаш учун кўриш креслосида беморнинг орқа томонидаги ҳолати яхши шароит ҳисобланади.

Орқа чиқарув тешиги ва чет оралиғи кўрувида аниқланган патологик ўзгаришлар топографиясини қайд этиш мақсадида соат циферблата чизмасидан фойдаланиш қабул қилинган. Орқа чиқарув тешигининг атрофи шартли равишда “соат 12” белгисида жинсий оралиқ ёки мөяк халтаси чоки бўйича, “соат 6” эса дум суягида жойлашиш ҳолатида башорат қилинган соат терилишининг белгиларига мос келади. Шу билан бирга “соат 9” ағусдан ўнгга, “соат 3” чапга ифодаланади. Уларни бирлаштирувчи чизик шартли равишда орқа чиқарув тешигининг ўртасидан ўтади ва уни ўнг ҳамда чап ярим айланага ажратади (15-расм).



15-расм. «Шартли циферблат» ва оралиқ координатлари

### **Текширувнинг умумклиник методлари.**

Беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш, ректоанал зонани текшириш ва анал рефлексни аниқлаш болалар проктологияси қондаларига мос олиб борилади (А.И.Ленюшкин 1987).

Ташриҳгача бўлган вақтдаги текширувда асосий вақт куйидагилар бўлди: а) тўғри ичакнинг атрезияланган яқун даражаси; б) йўғон ичак дистал қисмининг ҳолати; в) тешик узунлиги ва калибри; г) бириккан нуксоннинг мавжудлиги ёки мавжуд эмаслиги; д) беморнинг умумий ҳолати. Олдига қўйилган вазифаларнинг бажарилишига мос тарзда беморда умумклиник, рентгенологик (ирригография, фистулография, дефскография), эхография (сийдик чақариш тизими аъзолари ва кичик тосни сканирлаш), эндоскопик (вагиноскопия, ректоскопия) текширувлар ўтказилди. Аноректал соҳа синчиклаб кўрилганди очик тешик ёриғ жойи (кўринадиган тешикларда), унинг диаметри, анал рефлекс аниқланган жойи, ташқи жинсий аъзолар ҳолати ва умуртканинг дистал қисмига эътибор қаратилди. Тугмасимон зонд ёрдамида тешик йўли аниқланди.

Касалхонага такроран мурожаат қилган болаларда анал рефлексни баҳолаш учун “Россолимо намунаси” олинди. Ижобий анал рефлекс сфинктернинг нерв аппарати ва мушакларнинг сақланганлигини кўрсатди. Кучсиз ифодаланган рефлекс ташқи сфинктер шикастланиши билан жарроҳлик аралашувида такрор тузатилиш учун мурожаат қилган болаларда кузатилди. Сегментар узилишлар тез-тез аниқланди, бу сфинктерни тўлиқ бўлмаган тарзда шикастланишидан хабар беради. Рефлекснинг тўлиқ мавжуд эмаслиги эса тўғри ичакнинг бўйсунмаган аппарати атрофияси ёки кўпол шикастланиши тўғрисида маълумот беради ҳамда тузатиш ташриҳларининг мақсадга мувофиқлигини аниқлайди.

Касалхонага қайта келган беморлар тўғри ичаги бармоқлар текширувида асосий эътибор сфинктер тонуси, чандик стенози даражасига қаратилди. Яна асосий эътибор дистал умуртқа нуксонларининг мавжудлиги ёки мавжуд эмаслиги, улар деформациясига қаратилди, улар рентгенологик текширувда

аниқланади.

**Ирригография** иккиламчи мегаколон, анал каналининг ташрихдан кейинги чандиқли тузилиши ва стеноз даражасини аниқлаш учун ўтказилади. Ёибош рентгенограммада ректоанал бурчак аниқланди, тўғри ичак ҳолати баҳоланди.

#### **Ирригографияга тайёрлаш**

Аниқ маълумотли тасвирларни олиш учун текширув вақтида ичак таркиби характери тўғрисида олдинроқ ўйлаш зарур. Ичак бўш бўлиши жуда муҳим, шунинг учун ирригография муолажасига 2-3 кун қолганда бемор қолдиқ қолдирмайдиган маҳсулотлар билан парҳез қилиши керак, яъни овқатлар газ ва нажас ҳосил бўлишини келтириб чиқармаслиги лозим. Манипуляция ўтказишда бемор тушда овқатланади, аммо кечкурун овқатланмайди. Бемор суюқлик ичиши мумкин. Эрталаб текширувдан олдин бемор овқатланмаган, оч бўлиши керак.

**Ичак** ҳам хуқналар билан тозаланади. Кечкурун, текширув кунлари беморга 0,5-2 литр ҳажмидаги 35-37<sup>0</sup> ҳароратдаги илиқ сувда хуқна буюрилади. Зурурат бўлса хуқна бир соат ўтгач, яна такрорланади. Эрталаб ирригографиядан олдин 1 соат ораллиғида тозалов хуқналари 2 марта қилинади. Тоза сувда чайқалади. Ичакни яхши тозалаш учун қўшимча тарзда беморга кучсиз, чизма бўйича қабул қилаётган хуқна буюрилади, унинг охириги дозасини текширув кунини эрталаб қабул қилади.

#### **Ирригография муолажаси**

Текширув олдидан контраст модда тайёрланади. Бунинг учун барий сульфат 2 литр илиқ сувда 400 г курук модда нисбатиде эритилади. Зарурат бўлганда аралашма тана ҳарорати даражасида иситилади, кейин эса ичак тешигига киритиш учун мўлжалланган махсус асбоб –**Бобров аппаратига** жойлаштирилади.



Расм.16. Ирригография учун асбоб — Бобров аппарати

Бу унча катта бўлмаган ҳажмдаги зарур контраст модда куйиладиган асбоб бўлиб, ундан икки найча ажралган. Биринчиси орқали аппарат ташкаридан хаво пўмланади, барий аралашмасига ортикча босим ҳосил қилинади. Бунда контраст учи орқа чиқарув тешигига кўйилган иккинчи найча бўйлаб ичак ёригига киритилади. Бемор тиззани кучоклаган ҳолатида ёнбош ётади. Аппаратни ичакка киритишда бемор тана ҳолатини, даврий равишда у ён бошга ва орқага қараб ўзгартиради .

Шундай қилиб, контраст модда ичак ёригига старли даражада тенг тақсимланади. Контраст киритиш жараёни тасвирини рентгенолог олиб туради. Ирригографиянинг бу қисми **каттик контраст** усули деб номланади. Ушбу фазада охириги тасвир барий сульфат ичакка тўлиқ кирганида олинади.

Сўнгра ирригографиянинг иккинчи қисми – иккиламчи контрастlash усули. Бунда бемор ичаги бўшатилади, натижада ичак найчасининг ички деворида контрастнинг юпқа қатлами қолади. Шифокор эҳтиёткорлик билан унинг тарқалишига ёрдам бериб, ичак ёригидаги хавони тугатади, рентгенолог эса янги тасвирларни тайёрлайди.

**Фистулография** тешик ёригига ёшга боғлиқ тарзда ҳар хил (дозаларда ўлчамда): бир ёшгача бўлган болаларга 50-80мл, 1-3 ёшлиларга 100-150мл, 4-7 ёшда 200- 250мл, 7 ёшдан катталарга 300-400мл сувда эрийдиган контраст ёки барий охаги киритилди. Бунда ташқи ва ички ёриқларни ўз ичига олган тешик

калибри ҳамда узунлиги аниқланди. Иккиламчи мегаколон ходисаси кузатилганда ичак санацияси физиотерапевтик тадбирлар билан тешик ёриғи орқали қилинади, кейин назорат фистулографияси ўтказилди. Йўғон ичак диаметрининг кичрайиши ва гаустр пайдо бўлиши жарроҳлик аралашувига кўрсатма ҳисобланди (17, 18-расмлар).



А



Б

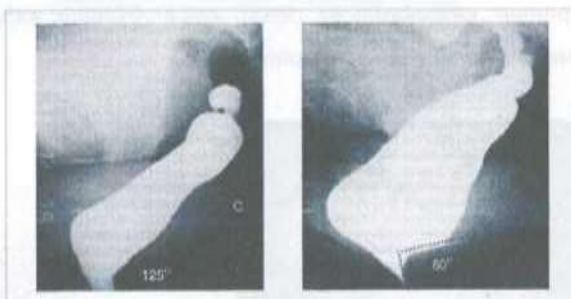
17-расм. Ректо оралик тешик билан анал ёриқ атрезияси. Йўғон ичак гаустрацияси кузатилади. Диастаз 0,7 см. (а – фистулограмма, б – расм).

«Дефекография» ёрдамида тинч ҳолатда ва дефекация вақтида аноректал бурчак аниқланади, бу тос туби мушак вазифаси ва пуборектал халқага пастки ичакнинг муносабати тўғрисида маълумот беради. Дефекография методикаси қуйидагилардан иборат. Ичакнинг дистал қисми нажас миқдоридан текширув давомида икки марта кечқурун тозалов хукнаси ёрдамида тозаланади. Контраст молда тўғри ичакка уни тўлдириш ва дефекация истаги пайдо бўлиш учун етарли миқдорда юборилади. Найчани олиб ташлашда орқа чиқарув тешиги белги билан белгиланади. Сўнгра бола шифокор кўрсатмаси бўйича пластик идишга бўшанади. Биринчи тасвирни найча чиқарилганидан кейин юборилган контрастни ушлаб туриш ҳолатида, иккинчиси – зўриққанда, учинчиси эса – бевосита дефекация вақтида олинади. Дефекография дефекация вақтида аноректал игна ҳажмини, шунингдек тўғри ичак конфигурация ўзгаришини бевосита қайд қилишга имкон беради. Аноректал бурчак тинч



ҳолатда  $92^\circ$ , бўшанган ҳолатида  $111$  дан  $137^\circ$  ни ташкил қилади (18-расм).

Текширув ҳажми, шунингдек унинг тартиби ва кетма кетлиги бемор ёши ҳамда нуқсон турига боғлиқликда аниқланади.



18-расм. Дефекация нормал акти (чапда) ва обструктив дефекация (ўнгда) дефекографияси.

#### **Морфологик текширувлар**

Кўплаб муаллифлар йўғон ичак якуний сегментининг гистотузилишини ўрганишди, бироқ маълумотлар қарама-қарши фикрли эди (Щитинин В.Е. ва бошқалар 2001, D.Kirks et al. 1984). Жумладан, кўшни аъзолар билан атрезияланган ичак оғзида морфологик кўриниш хукмронлик қилади, атрезияланган ичакда морфологик ўзгаришларнинг тарқалиши тўғрисида қарама-қарши фикрлар мавжуд (Ленюшкин А.И.1990., G.Curtarino 1991).

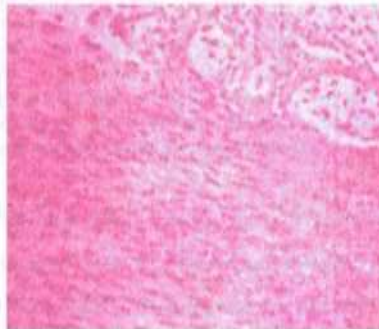
Шунинг билан бир қаторда бу масалалар амалий аҳамиятга эга бўлиб, ё фақат патоморфологик кўриниш ҳисоби билан жарроҳлик тузатиш рационал чизмасини куриш, даволаш натижасини баҳолаш, прогнозни аниқлаш мумкин.

Қизларда аноректал мальформациянинг пастки тешик шакли бўйича ташриҳ қилинган болаларда ташриҳдан кейинги даврда асоратларнинг асосий исми копростаз эканлигини ҳисобга олиб, тўғри ичакнинг дистал қисми ҳамда тешик йўли морфологик ўрганилди. Бунда асосий эътибор органнинг пропульсив вазифасини таъминловчи йўғон ичак силлиқ мушаклари ва бириктирувчи тўқима таркибининг ўзгарувчанлик динамикасига қаратилди.

Гистологик кесмалар Ван-Гизон, Вейгерт усули, гематоксилин-эозин,

толуидин кўк (рН 2,8-4,6), ШИК-реакцияси бўйича бўялди. Гистологик дори воситаларида бириктирувчи тўқима толалари, фибробластлар ва силлик мушакларнинг бир-бири билан ўзаро таъсири, жойлашиши, ҳажми ўрганилди.

Анал тешиги ва тўғри ичак атрезиясида тўғри ичак кўр кесмасининг морфологик девори бутунлигича ўхшаш бўлади, бироқ мушак қатламлари айланасига ва узунасига бўлинмаган, улар хаотик жойлашган мушак толаларидек намоён бўлади. Бир қатор ҳолатларда узунасига ва айланасига жойлашган мушак қатламлари алоҳида мушак толалари ёки уларнинг унча катта бўлмаган гуруҳлари синғари тасвирланади, улар бутун мушак пластларини ташкил қилмайди. Материални гематоксилин-эозин билан бўяшда ривожланган интрамурал нерв толалари аниқланмайди, фақат айрим юпка толалар кўринади. Кўрсатилган ўзгаришлар кўр халта гумбазидан аниқ фарқ қилади. Уларнинг ифодаланиши атрезия даражасига пропорционал, яъни мавжуд бўлмаган ичак сегментининг узунлиги проксимал сегментда кичраяди. Фақат анал канали атрезиясида кескин ўзгаришлар 1-1,5 см давомида, тўғри ичак ва анал канал атрезиясида 3-3,5 см узунликда аниқланди. Ривожланган сегментларга бевосита бириккан ҳудудларда шиллик қават тузилиши нормал ҳолатда, аммо ангиоматоз, шиллик қават катлам, узунаси ва кўндаланг мушак қатламлари гипертрофиясининг ортиқча ўсиши аниқланмади (19-расм).

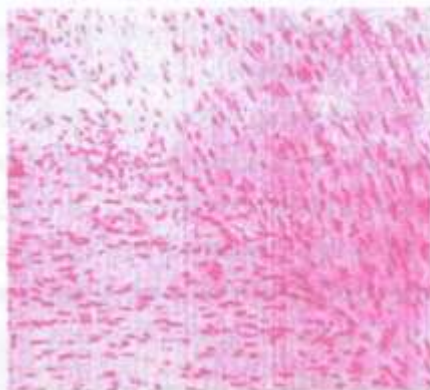


19-расм. Шиллик ости қаватининг ортиқча ўсиши, узунаси ва кўндаланг мушак қатламлари гипертрофияси ҳамда ангиоматоз.

Ректоуретрал тешик билан орқа чиқарув тешиги атрезиясида охириги ўриндаги деворни кучсиз қиёсланган (дифференцияланган) дағаллашмаган

кўп қаватли ясси эпителий қоплаган, улар коллогенлашган қалинлашган девор билан аксарият томирларга кириб борган. Уретрага яқин жойлашган ҳудудларда эпителий анча етилган, унинг юза қатлами жипслашган хужайраларда тасвирланган. Тешик йўли девор эпителийси остида алоҳида мушак толалари билан бўш бириктирувчи тўқима бўлиб, улар турли йўналишларга кетади. Интрамурал нерв толалари йўқ. Канал ташқи томондан ингичка адвентициал парда билан қопланган. Тўғри ичак шиллик пардаси бевосита ректоуретрал тешикнинг ясси эпителийсидан ўтади (20-расм).

Қизларда жинсий аъзо ва кин оғзида тешик, оғиз девори атрезияси кўп қатламли ясси эпителий билан қопланган, унга яқин қисмида эса толали бириктирувчи тўқима тасвирланган, канал деворига кўплаб томирлар ва лимфа йўллари кириб борган.



20-расм. Ичак деворларининг мушак қатламлари гипертрофикланган, интрамурал ганглия нормал ривожланган ва нерв толалари етук ҳаракатчанликка қалар нерв хужайраларининг турли етуқлигига эга.

Вақти вақти билан алоҳида мушак толалари кўзга ташланади. Эпителнал қоплама айрим ҳудудларда эпителий пролиферцияси ва тўқимада бўртиқ ҳосил бўлиши ҳисобига кескин қалинлашади. Эпителий қалинлиги томирларга эга. Ичак деворлари оғзи билан каналнинг кўп қаватли ясси эпителийсида ичак без эпителийсига, у ёки бу шиллик пардага ўтишида фақат унча катта бўлмаган микроскопик фарқ қилувчи чўзилишларни, шу билан бирга тўғри ичакнинг

мушак қатлами сингари баъзи масофада (4 смгача) тешиқ йўналиши деворини кўриш мумкин.

Гистоморфологик текширув кўрсатишича, тешиқда ривожланган нерв тугунлари йўқ, фақат уларнинг дистрофиясидан дарак берувчи ўчоқли калинлашиш ҳамда алоҳида эгилувчан нерв илдизлари аниқланди. Шу билан бирга тешиқ оғзидан 2-3 см юқори ичак деворларининг мушак қатламлари гипертрофияланди, интрамурал ганглия нормал ривожланган ва нерв тугунлари етук ҳаракатгача турли даражада етилган нерв хужайраларини ўз ичига олади.

Тери –шиллик чиқарув ва эпидермиснинг анал соҳаси гистоморфологик текширилганда сезиларли ингичкалашгани ёки аксинча акантоз белгиларига эга эканлиги тасдиқланди. Сўргичнинг ингичкалашган жойи текисланган ва эпителий хужайранинг 2-3 қатламида ҳамда жуда ингичка шохли қатламда тасвирланган. Нормал терига таккосланганда эркин эпидермис жуда кам бўлади. Нерв толалари ва улар тугашининг мавжуд эмаслиги унга хос. Фақат жуда кам ҳолатда дерманинг пастки қатламида ёки эркин эпидермис атрофида алоҳида ингичка ип туридаги нерв толаларини аниқлаш мумкин. Ўзгариш одатда атрезия баландлигидан қатъий назар маълум ҳудудда жойлашади (21-расм).



21-расм. Ҳар хил йўналишларга кетувчи алоҳида мушак толалари билан бўшашган бириктирувчи тўқима. Интрамурал нерв тугунлари мавжуд эмас ва склеротик ўзгаришлар аниқланди.

Тешик ёриги ва тўғри ичак атрезияланган деворлари дистал қисмлари тузилишининг морфологик таҳлили тузилиши тўлиқ бўлмаган ичак деворини яна шаклланган анал ёригидан ташқарига чиқариб, тўғри ичакни сезиларли даражада ҳаракатлантириш (камида 3-4 см) ва тушириш зарурлиги аниқланди, бу эса аноректал мальформация аниқланган болаларни даволаш натижаларини яхшилашга олиб келади.

#### **Текширувнинг функционал методлари. Сфинкстерометрия.**

Бу усул сфинктер тонусининг миқдорий муносабати, улар қисқаришининг максимал кучи ва ихтиёрий ҳаракатлар кўрсаткичини аниқлаш имконини беради. Катта даражада тоник қисқаришлар ҳажми ихтиёрсиз (ички) сфинктернинг функционал қобилияти билан тавсифланади, ихтиёрий ҳаракатлар эса эзувчи аппарат ихтиёрий (ташқи) компонентининг қисқартирувчи қобилияти устуилгини акс эттиради.

Сфинктерлар функционал ҳолатини яқуний баҳолаш клиник маълумотлар ва инструментал текшириш кўрсаткичларини ҳисобга олиш билан аниқланади. Анал сфинктер етишмаслигининг даражаси Россияда (1991 йил ишлаб чиқилган) ишлаб чиқилган «НАК 1032» кучланишли сфинкстерометр ёрдамида аниқланади.

**Анал сфинктернинг функционал ҳолатини баҳолаш.** Ҳозирги вақтгача олиб борилган даволашни баҳолаш масаласи жавоб кутмоқда. Аноректал зонани реконструктив ташриҳдан кейин тўғри ичакни ушлаб қолувчи аппарат ҳолатини баҳолаш учун колопроктологиянинг стақчи хорижий марказлари болалар жарроҳлари томонидан ушлаб қолиш вазифасини баҳолашга махсус шкала ишлаб чиқилди. Болалар энкопрозини жарроҳлик даволаш натижалари, ташриҳдан кейинги реабилитация дастурининг самарадорлигини баҳолашга тегишли хорижий адабиётлардаги ҳеч қандай нашрлар бундай тадқиқотларсиз тўлиқ бўлмайди. Кичик марказли тадқиқот натижаларига кўра, ректоанал зонани текширишнинг махсус функционал усулларида фойдаланиб, баҳолаш

шкалаларини кўллаш орқали олинган натижалар, маълумотлар ўртасида боғлиқлик борлиги кўрсатилган. Баҳолаш шкаласи қиммат нархли электромиографик аппаратурага нисбатан қулай, ҳар қандай ёшдаги болада статистик қайта ишлашда осон ва ишончли. Бугунги кунда 1995 йили R. J. Rinital et. al. томонидан ишлаб чиқилган сақлаш вазифасини баҳолаш шкаласи мақбул деб топилган.

Rinital [65] томонидан олиб борилган тадқиқот соғлом болалардан ташкил топган назорат гуруҳининг ёши, жинси ва сони бўйича бир хил аҳамиятга эга бўлиб, аноректал пороклар кузатилган болалар гуруҳининг таҳлил қилиши қийин бўлган ва ҳар доим ҳар хиллигини баҳолашда маълум бир суратни умумийлаштириш мумкин. Якуний баҳолаш миқдорий ифодаланишга эга. Бу гуруҳ ичида, гуруҳлар ўртасида, турли клиникалардан олинган натижаларни таққослашни осонлаштиради (1-жадвал).

Болада дефекация қилиш истаги, аноректал зонанинг нормал анатомик тузилмаси ва нормал ҳажмдан ташқарида сфинктер аппаратининг сақлаб турувчи вазифаси кузатилганда натижа яхши деб ҳисобланган. Яхши натижалар 16-20 балл.

Болада қабзият ёки сфинктер аппарати вазифаси ҳамда тузилишининг сабабли бузилиши ичи суюқ келганда сезилмас нажас кузатилганда натижа қониқарли ҳисобланган. Бунда сфинктерометрия кўрсаткичларининг 34% га камайгани аниқланди. Қониқарли натижа 10-15 балл.

Қониқарсиз натижаларга сфинктер аппаратининг анатомик ва функционал етишмовчилиги, доимий нажас, анал ёригининг ятроген эктопияси ёки унинг ёпилиши билан аниқланган натижалар киради. Қониқарсиз натижалар 10 баллдан камроқ.

Биз соғлом болалар гуруҳидаги 25 нафар болада анкета саволномасини ўтказдик, ундан  $17,8 \pm 2,1$  балли натижа олдик.

1-жадвал.

## Rinital R. J. Сақлаш вазифасини баҳолаш шкаласи (1995)

Дефекацияни сақлаб қолиш қобилияти	Дефекация бошланишини сезиш (ифодалаш)	Ич келиш частотаси	Каломазан	Ахлат тута олмаслик	Қабзият	Ижтимоий муаммолар
Доимо -3	Доимо -3	Ҳар кун ич ёки кунда икки маҳал -2	Йўқ -3	Йўқ -3	Йўқ -3	Йўқ -3
Ҳафтада 1 мартадан кам бузилиш -2	Даврий ҳар доим -2	Камроқ -1	Ҳафтада 1 мартадан кам (ич кийим алмаштиришга зарурат йўқ) -2	Ҳафтада 1 мартадан кам -2	Парҳезга рухсат берилди -2	Баъзан (нохуш ҳол) -2
Ҳар ҳафта бузилиш -1	Баъзан ёки аниқ эмас -1	Кам -1	Даврий (ич кийим алмаштириш зарурати) -1	Ҳар ҳафта (кўпинча химоя чоралари зарур) -1	Бўшаштирувчи дори воситаларига рухсат берилди -1	Жамиятда умрни чеклаш муаммолари 1
Эркин назоратнинг йўқлиги -0	Мавжуд эмас -0		Ҳар ҳафта (махсус химоя чоралари зарур) -0	Ҳар ҳафта (доимо химоя чоралари зарур) -0	Ички тозаловчи клизмаларга рухсат берилди -0	Охир ижтимоий ва ёки Психик муаммолар -0

Шундай қилиб, жарроҳлик аралашувларга тайёрлаш даврида болаларни текширишда нафақат тос аъзолари тубининг анатомик ҳолати, балки текширувнинг инструментал усуллари натижалари, R. J. Rinital баҳолаш шкаласига кўра ота-оналар ва болани синчиклаб сўраш бўйича уларнинг функционал ҳолати ҳам ҳисобга олинади.

## АНОРЕКТАЛ МАЛЬФОРМАЦИЯ ТУРЛАРИ

### Атрезиянинг тешиксиз турлари. Тўғри ичак ва анал тешиги атрезияси.

Аномалиянинг биринчи гуруҳини атрезиянинг кўп сонли шаклларида иборат бўлиб, улар орқа чиқарув тешиги ва тўғри ичак ривожланиш порокларининг 60-85% ни ташкил қилади. Тешиксиз атрезияда касаллик пастки ичак тугилиши белгилари билан намоён бўлади. Бола туғилганидан кейинги дастлабки соатларда боланинг умумий ҳолати ташвишга солмайди, аммо 10-12 соат ўтгач бола кучанишни бошлайди ва йиғлайди. Сўнгра қорин шишади, қусади, эксикоз ва токсикоз келиб чиқади. Бу аноректал соҳа аномалиялари гуруҳи шошилиш жарроҳлик аралашувларини талаб қилади. Аралашув қилинмаганда аспирацион пневмония, ичак тешилиши ва перитонит ривожланади, баъзан бу ўлимга олиб келиши ҳам мумкин. Атрезияни ўз вақтида аниқлаш учун бола туғилган вақтида, бундан ташқари дастлабки 8-10 соат ичида аҳлат чиқмаса чот ораликлари профилактик текширилиши зарур. Атрезия қийинчиликларсиз аниқланади; орқа чиқарув тешиги бўлмаганда (22-расм).

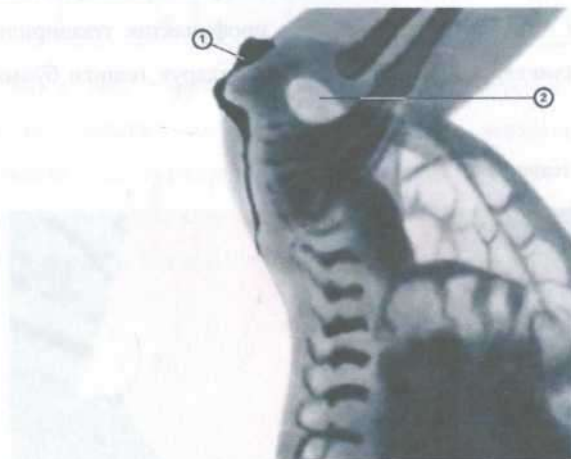
22-расм. Анал тешиги ва тўғри ичак атрезияси .





Атрезияни нафақат ташхислаш, балки уни юкори таққослаш (дифференциация қилиш) ҳам муҳим. Тери юзаси ва чот ораси соҳасидан то кўр ичак учигача бўлган масофа 2-2,5 см бўлганда пастки атрезия ҳисобланади (ушбу чуқурликда леваторлар жойлашади), масофа катта бўлганда атрезия юкори деб таснифланади.

Атрезия даражаси давомийлигини аниқлаш учун қўшимча методлардан, жумладан Какович-Вангестин-Райс (Саккович, 1924; Wangesteen O.H., Rice C.O., 1930) бўйича махсус рентгенологик текширувдан фойдаланилади. Методика моҳияти шундаки, орқа чиқарув тешиги бўлиши керак бўлган жой текширувгача рентген нурини ушлаб турувчи предмет билан белгиланади. Кейин қорин бўшлиғи ва тос бола боши пастга қилиниб, олд орқа ҳамда ёнбош томондан рентген тасвирга олинади. Ичакнинг ёпик тугаган учи (газ пуфағи) ва ораликда қўйилган назорат белгилари орасидаги масофа бўйича атрезия баландлиги таҳлил қилинади (23-расм).



23-расм. Тўғри ичакнинг юкори атрезиясида бошни пастга буккан ҳолатда чақалок Вангестин-Какович бўйича рентгенограмма қилинади (ёнбош тасвир): 1 — чот ораси терисида рентгеноконтраст модда белгиси (суртма); 2 — ичакнинг ёпик тугаган учи (газ пуфағи) орасидаги масофа атрезиянинг даражасини белгилайди.

Мазкур метод бола туғилганидан камида 15-16 соат ўтгач газ пуфаклари ичакнинг ёпиқ тугаган учига киришга улгурганида ишончли бўлиб, тадқиқотнинг охириги шартига риоя қилмаслик радикал ташрих усулини нотўғри танлаш ҳамда диагностик хатоларнинг бири бўлиши мумкин.

Атрезия баландлигини аниқлашда яна бир ёрдамчи усул Ситковский синамаси пункцион усули ҳисобланади. Шприц билан ингичка игна хот оралиғига шприцда мекония пайдо бўлгунча санчилади, у ерга контраст модда жўнатилади, хот оралиғи белгиланади ва икки хил тасвирда рентгенография қилинади.

#### **Жинсий аъзолар тизимида тешикли тўғри ичак атрезияси.**

Тешикли атрезияда кўпинча жинсий аъзо тизимида очилувчи тешиклар кузатилади. Жинсий аъзо тизимидаги тешиклар истисно тарикасида қизлар учун хос бўлиб, у қин оғзида очилади, кам ҳолатда қинда, жуда ҳам кам ҳолатда бачадонда очилади (24-расм).



24-расм. Ректобуляр тешикли анус атрезияси.

Жинсий аъзолар тизимида тешикли атрезия клиникаси кўпинча тешикли ёриқ диаметри, унинг жойлашиши ва бола парваришига боғлиқ. Анастомознинг асосий белгиси – мекония, кейин жинсий аъзолар ёриғидан нажас ва газ ажралиб чиқиши ҳисобланади. Агар тешик калта ва етарлича кенг, тўғри ичак эса етарлича ривожланмаган бўлса, бола ҳаётининг дастлабки ойларида озми кўпми мустақил ичи келиши аниқланади. Озиқ киритилиши ёки суғий оватланишига ўтилиши билан мустақил ичи келиши камаяди, ичи қотиши келиб чиқади, бу мегаколон синдроми ривожланишига олиб келади, у бола қанчалик яхши парвариш қилинмаса, аниқроқ ифодаланади. Аксарият ота-оналар бола кучли кучанганини ва дефекация вақтида нажас жуда оз чиққанидан йиғлашганини аниқлайди. Кўпинча ичакни механик тозалашга тўғри келади.

Қанда тешикли атрезияга алоҳида эътибор қаратиш лозим. Бу ҳолатда тешикли ёриқ, одатда тор бўлиб, ректовестибуляр тешикдан фарқли ўларок анал тешиги сингари фаолият кўрсатиши мумкин эмас, унда кин конструкторлари нажас миқдорини ушлаб қолиш учун қўшимча механизм бўлиб хизмат қилади. Қин тешиги орқали доим ичак таркиби ажралади, бу сийдик йўллари инфекцияси ва қорин бўшлиғининг кўтарилиши учун шароит яратади. Бола ҳаётининг дастлабки ҳафталарида ичи қотиши кучая бошлаганида қўшимча тадбирлар зарур, бироқ тешикнинг жойлашиши ҳукна қилишига қийинчилик туғдиради. Ота-оналар тешик ёриғини топиш учун табиики бундай кўникмаларга эга эмас, шунинг учун одатий тарзда улар керакли парвариш қилиш қондаларини таъминлай олмайди. Бу эса нажаснинг эрта пайдо бўлиши, умумий ҳолатнинг ёмонлашиши билан интоксикацияга олиб келиди.

Ректовестибуляр тешикларда қуйидаги қонуниятлар аниқланган: тўғри ичак атрезияси кўпинча паст тонфага киради, ректовагинал анастомозда атрезия доим юқори бўлиб, одатда ташки жинсий аъзолар инфантилизмида кузатилади, у тешик юқори жойлашганда аниқ ифодаланади. Бундай ҳолатларда уретра ва кин оғзининг ташки ёриғини аниқлаш зарур. Агар уларнинг бири йўқ бўлса,

буида 100% ҳолатда бўлинмаган клоак тўғрисида маълумот беради.

Ичакнинг кўр учи ва тешикнинг юқори жойлашишини аниқлаш учун палпайлашдан фойдаланилади, орқа чиқарув тешигининг одатий жойлашган жойига тешик орқали метал катетер киритилади, бошқа қўл бармоқлари билан чот оралиғи орқали ушбу катетер учи ушланади ва қалинлиги бўйича атрезия баландлиги аниқланади. Барча ҳолатларда рентгенофистулография ўтказиш мақсадга мувофиқдир, у нуқсоннинг анатомик шаклини аниқлаш, рационал даволаш тактикасини танлашга ёрдам беради.

#### **Ректоуретрал ва везикал тешик**

Сийдик тизимида очиладиган тешик деярли ўғил болаларда (қизларда факат клоакал шаклда) истисно тариқасида кузатилади. Уни ретовагинал тешикнинг эркаларда учрайдиган вариантга боғлаш мумкин. Аналогия сийдик тизимидаги ички тешик жуда кам бўлиб, жинсий тешик сингари кўрсатилади.

Тўғри ичак тешигининг асосий белгиси газ ва мекониянинг сийдик чакариш канали ташқи ёриғи орқали ўтиши ҳисобланади.

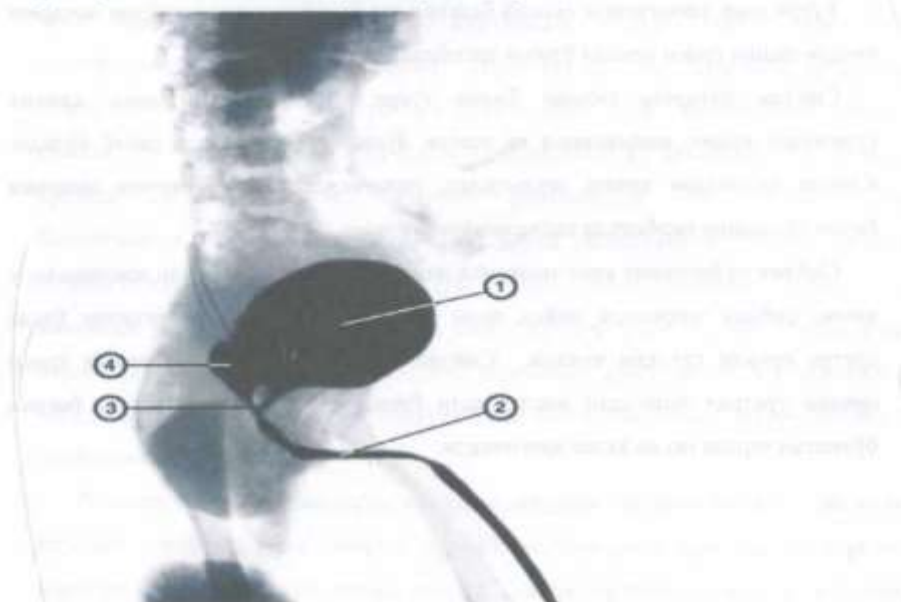
Сийдик чиқариш тизими билан тўғри ичак анастомозининг клиник кўриниши тешик жойлашиши ва тешик йўлининг кенглигига сабаб бўлади. Клиник белгилари тешик торлигидан, шунингдек тешик ёриғини мекония билан тўсилиши оқибатида текисланиши мумкин.

Сийдик пуфагининг кенг тешигида нажас доимо сийдик билан аралашади, у ҳамма сийдик чиқишида лойка, хира бўлиб ажралади. Бир вақтнинг ўзида уретра орқали газ ҳам чиқади. Сийдик чиқариш каналининг ташқи ёриғи орқали уретрал тешикдан вақти вақти билан сийдик чиқиш актига боғлиқ бўлмаган тарзда газ ва аҳлат ҳам чиқади.

Сийдик чиқиши вақтида сийдик дастлаб лойка хира бўлади, кейин тиниклашади. Инфекцияланган сийдик йўллари қайталанувчи уретрит, баланит, шунингдек пиелонефритга сабаб бўлади.

Тешик йўли тор турида маҳаллий белгилар доим ҳам аниқ ифодаланмайди, ёки аксинча бўлади. Унга хос бўлган белги эпизодик ҳисобланиб, кўпинча ота-оналар унга аҳамият бермайди. Уретрит ва баланитни шифокорлар одатда банал инфекция деб қарашади.

Тўғма тўғри ичак-сийдик тешиклари тапхисотида анамнез катта аҳамият касб этади. Сийдик чиққанидан кейин таклиқда қандайдир қорамтир ёки сарик доғ пайдо бўлганлигини, уретрада гап пуфакчалари пайдо бўлган бўлмаганлигини аниқлаш керак. Тўғри ташхиш қўйишда Вангенстин-Какович бўйича рентгенологик текширув (сийдик пуфагида газ) ва уретроцистография, шунингдек, кизартирувчи суюқликни уретрага қуйиш билан ректороманоскопия катта ёрдам беради (25-расм).



25-расм. Ректоуретрал тешик уретроцистограммаси: 1 — сийдик пуфаги; 2 — уретра; 3 — тешик; 4 — тўғри ичак.

Бу текширувлар зарурат бўлганда такрорланади, чунки ҳар донм ҳам улар биринчи мартада муваффақиятли бўлмайди: тор тешикда шиллик қават ёки нажас зарралари тиклиб қолиши мумкин.

#### **Тўғри ичак ва орқа чиқарув тешигининг туғма торайиши**

Аноректал ривожланиш пороклари орасида туғма стриктуралар 10-15% ни ташкил қилади. Торайиш кўпинча ичакнинг эндотермал қисмидан эктодермал қисмига ўтиш жойида, яъни анал доирасининг тож чизиги соҳасида жойлашади. Аммо баъзан торайиш орқа чиқарув тешигидан бир неча сантиметр юқорисида жойлашиши мумкин. Жуда кам ҳолатда стеноз анал ёриги ва тўғри ичак қисмини эгаллайди.

Стриктур шакли ва узунлиги ўзгаришчан. Баъзан бу мембрана юпка тери ёки шиллик пардадан, яна бошқа ҳолатда – мустаҳкам фиброз доирасидан ташкил топади. Торайиш узунлиги бир неча миллиметрдан то 2-4 см гача бўлади.

Чакалок туғилиш даври ва ҳаётининг дастлабки ойларида туғма стриктура клиник намоён бўлмаслиги мумкин, шунинг учун суюқ нажас торайган тешикдан кўпроқ ёки озроқ эркинлик чиқади. Бироқ ўткир стенозда қабзият чакалок ҳаётининг дастлабки кунларидаёқ кузатилади. Ота-оналар нажаснинг лента ёки тор цилиндр турида ажралишини аниқлайди.

Озука киритилиши билан ич қотиши яна ҳам ифодаланади, дефекация акти қаттиқ бураш ва бақирини билан кузатилади. Сурункали ичак таркибининг кечини натижасида қорин ҳажми катталашини ривожланади. Бошқача қилиб айтганда иккиламчи мегаколон кўриниши ривожланади, катта болаларга нисбатан кучлироқ ифодаланади.

Стенознинг клиник намоён бўлишига торайиш характери ва даражаси, шунингдек бола парвариши таъсир қилади. Стенознинг мембранали шаклининг тўсатдан бўлмаган даражасида нисбатан енгил кечади, ичак тозалов ҳуқналаридан кейин яхши бўшатилади. Мустаҳкам фиброз доирада барча белгилар ботикроқ бўлади, ичак ҳатто тўлмаганда ҳам донмий консерватив

терапия билан бўшатилади, чунки кўпинча нажас заррачалар пайдо бўлади, сурункали ичак тутилиши ривожланади.

Анал тешигининг туғма торайиши ташхис қийинчиликда қўйилмайди. Сурункали қабзиятга шикоят қилинганда чот оралиғи соҳаси синчковлик билан текширилади ва ректал бармоқли текширув ўтказилади, бундай аномалияни доим эсда сақлаш зарур.

Баъзи ҳолатларда анал тешиги аномал характерда, воронка ҳолатида бўлади. Анал каналига бармоқ тикилганда торайиш жойи бир ҳолатда эластик доира снгарии ҳис қилинади: бармоқ резина пластинкада ёриқ орқали ўтгандай бўлади, учинчи бармоқ орқасидан тортиб олинади, бошқа ҳолатда стриктура қийинчилик билан бармоқ учини ўтказлади.

#### **Нормал шаклланган анал каналида ректовестибуляр ва ректовагинал тешиклар.**

Қин бошланиши билан тўғри ичакнинг туғма аномалии турлича номланади: чот ораси – икки стволли, икки каналли чот ораси, чот ораси канали. Терминологик тафовутлар маълум даражада тўғри ичакнинг икки баравар кўпайиши билан порок ривожланиши, деган фикрлар қўллаб қуватланади. Бироқ гистоморфологик текширишлар кўрсатишича, аномал канал девори тузилиши бўйича умуман ичакдан ва қисман тўғри ичакдан фарк қилади. Бошқача қилиб айтганда, нормал фаолият кўрсатаётган аномал тешикда ректовестибуляр аномалии тўғри ичакнинг иккиланиши деб ҳисоблаб бўлмайди. Улар аноректал аномалияларнинг мустақил гуруҳини ташкил қилиб, тўғрироқ номи – тешик саналади.

Ректовестибуляр ва қин тешиклари учун нажас ва газни эркин ҳолда жинсий аъзолар ёриғи орқали доимий равишда табиий усулда чиқиши ҳосилдир. Янги туғилган чақалоқлар ва кўкрак сути билан овқатланадиган болаларда ич ярим суюқ бўлганда (“кўкрак билан боқиладиган болалар”) доимий равишда нажас массасининг тешик орқали чиқиши ташқи жинсий аъзолар шиллик қавати ҳамда чот ораси тери, вульвовагинитни кескин тирналишига олиб келади. Анча катта болаларда шаклланган нажас массаси кам ажралади, аммо доимий

ихтиёрсиз газ чиқади.

$\frac{1}{4}$  болада дастлабки анастомознинг пайдо бўлиши туғилиши билан, қолганларида кечроқ 2-3 –ойларда аниқланади. Нажаснинг жинсий аъзолар ёриғи орқали чиқиши кўпинча катта жинсий лаб ёки қин бошланиши соҳасида тўқималарнинг йиринглашидан олдин кузатилади. Баъзан ота-оналар болага ҳукна қилинганидан кейин тешик пайдо бўлганлигини ва бунда жинсий аъзо ёриғидан қон ажралганлигини кўрсатади. Кўриниб турибдики, баъзан тешикнинг периферик учи ёпилади ва дивертикуляр канал кўрлигича қолади. Уни ташқи томондан беркитиб турувчи юпқа пленка ҳукна учи билан осон тешилиши ёки атрофдаги тўқималар микробли инфазияси ҳамда дивертикулда нажас масса қолиши оқибатида юзага келадиган яллиғланиш жараёнида парчаланиши мумкин.

Дастлабки тўлиқ тешикнинг ташқи ёриғи одатда марказда, қайиқсимон ўра ёки қиннинг орқа деворида, кизлик пардасидан кейин жойлашади. Агар тешик кечроқ очилса, яллиғланиш жараёнидан кейин ташқи ёрик катта жинсий лаб асосида жойлашиши мумкин. Баъзан икки ва ундан кўпроқ терири уланган ёрик улар ўртасида жинсий лаб ва қин бошланиш жойи бўлади.

Тешик ёриғи диаметри ўзгариб туради. Кўпинча у 0,5-1,5 смни ташкил қилади. Тешик йўли цилиндр ва конуссимон шаклда бўлади. Охири ҳолатда кенг асосланиш чот ораси ва ичак томонга бўлиши мумкин. Тешик ички ёриғининг чуқур кириши одатда анал каналнинг шиллиқ пардадан терига ўтишидан 1,5-2 см ни ташкил қилади. Уни аниқлаш учун тўғри ичакка бармоқ тикилади, ташқи тешик ёриғига –туғмасимон зонд тикилиб, бармоқлар билан яхши аниқланади.

Ушбу зонд анал ёриғи орқали бемалол киритилади.

Туғма ректовестибуляр тешик аниқланган аксарият кизларда орқа чиқарув соҳаси ташқи томондан текширилганда ички тешик ёриғига мос жойлашган гипертрофилланган анал сўргичи туридаги ўзига хос тери ортиғи аниқланади. Бу аввал ёритилмаган белгилар унинг ташқи ёриғи бўлмаганда, тешикнинг дивертикуляр шакли ташхисида ёрдам бериши мумкин.



### Анал тешиги эктопияси.

Анал тешиги «эктопияси» термини аксарият муаллифларда учрайди, бироқ уларда нуқсоннинг турли шакллари ифодаланади. Эктопия ёки дистопия асосланмаган тарзда атрезиянинг тешикли шакли деб номланади. Фақат F.Stephens (1963) эктопия тушунчасида аниқ ва маълум фикрни жамлайди. Шу нуқтан назардан, нормал орқа чиқарув тешиги (яхши очилади ва қисилади, нормал фаолият кўрсатади) ноодатий жойда –ташки жинсий аъзога яқин жойлашишини эктопия деб ҳисоблаймиз. Унча катта бўлмаган аралаштириш сезилмас бўлиши мумкин, шунинг учун у ҳисобга олинмайди. Эктопия эмбрион ривожланишининг кечки босқичларида юзага келади: сагитал бўшлиқда кроректал тўсик етишмовчилигида чот оралиғи ривожланмай қолади, оқибатда одатий жойда анал тешигнинг иккиламчи миграцияси кузатилмайди. Бироқ анал каналининг барча анатомик тузилмаси, жумладан, ташқи сфинктер сақланади (26-расм).



26-расм. Анал тешигининг олдинги эктопияси.

Дефекация актининг функционал бузилиши кузатилмайди. Бунда шифокорга мурожаат қилиш учун сабаб “ичакдан чиқиш жойи нормада эмаслиги” ҳисобланади. Чот оралиғи ва вестибуляр эктопияни фарқлаш мумкин. Чот оралиғи эктопиясида орқа чиқарув тешиги ўғил болаларда мойк

халтаси илдизига яқин ёки қизларда чот оралиғининг орқа уланган жойида очилади. Анус ва жинсий тешик ўртасида тери кўприги сақланади, аммо баъзан қизларда мавжуд бўлмайди ва кин оғзи шиллик пардаси шиллик анал каналиги (вестибуляр эктопия) ўтади. Анал рефлексни текшириш доимо эктопик тешикни ўраб турган ташки сфинктернинг қисқаришини аниқлайди. Пайпаслаб текширилганда яхши ўтказувчанлик аниқланади, тутилувчи аппарат тонуси ифодаланади.

Ҳақиқий эктопияни атрезиянинг тешикли шаклига таққослаш зарур. Чот оралиғида очилган тешик ҳар икки жинсдаги чақалокларда кузатилади. Қизларда чот оралиғидаги тешик қисқа ва кенг бўлади, ўғил болаларда ташки ёриқ ўрта чок йўли бўйлаб мояк халтаси илдизида очилади. Ташхис ташки кўрув, зондлаш ва рентгенофистулорафия натижаларига асосланади.

Чов оралиғида тешикли атрезияда унинг диаметри сезиларли бўлиши мумкин, маълум вақтда бола туғилганидан кейин ичак фаолияти жабрланмайди, бу эктопияни эслатади (27-расм). Яна кин констриктор толалари билан ўралган ректовестибуляр тешиклар билан атрезияда кузатилиши мумкин. Бирок, вақт ўтиши билан атрезияда ривожланувчи кабзият пайдо бўлади, бу эктопияда аниқланмайди.



27-расм. Ректо оралиғи тешиги билан анус атрезияси.

Анал рефлексни текшириш вақтида атрезияда сфинктер аномал тешикдан ташқарида оркадан унга томон қисқаради, сфинктер кучи ва бошқа функционал текширишларни аниқлаш ҳам нормадан сезиларли оғишни кўрсатади. Чот оралиғида анал тешигининг сфинктердан ташқари жойлашиши ва функционал оғишнинг минимал ифодаланиши ёки ифодаланмаслиги атрезиянинг тешикли шаклидан орка чиқарув тешиги эктопиясининг асосий фарқ қилувчи белгилари ҳисобланади. Жарроҳдан юқорида аниқланган барча нарсалар мальформацияни нотўғри талқин қилмаслик учун ҳисобга олишни талаб қилади.

#### **Чот оралиғининг туғма ёриқлари.**

Аноректал ривожланиш аномалиялари билан эмбриологик умумийликка эга аномалияларнинг алоҳида гуруҳини ташкил қилади. Улар чов ораси ўрта чоки бўйлаб тери нуқсонини англатади. Нуқсон баъзан анал канал соҳасини чегаралайди, бу ёриққа ўхшайди.

Аноректал зона ва сийдик чиқариш аъзолари тизимининг қўшма аномалиялари муаммоси айниқса долзарб ҳисобланиб, ҳар доим ҳам ўз вақтида ташхисланмайди, бунда асорат ва ўлимда беморлар гуруҳи ҳамда ривожланишнинг изоляцияланган порокларида шунга ўхшаш аналогик кўрсаткичлардан анча юқори бўлади. Шу билан бирга жуда кўп ҳолатда сийдик чиқариш аъзолари ривожланишининг йўлдош пороклари 75% ўғил болаларда орка чиқарув тешиги атрезиясининг юқори шаклларида, кам ҳолатларда 18% қизларда аноректал аномалиянинг пастки шакллари учрайди. Шундай қилиб, аноректал аномалия ташхисида сийдик чиқариш аъзолари тизими ривожланишининг қўшма порокларини излаш зарур. Тан олинмаган ёки ташхисланмаган қўшма аномалиялар сурункали буйрак етишмовчилигигача етиб борадиган оғир авж олувчи тузилишли-функционал бузилишларга олиб келади.

## АНОРЕКТАЛ МАЛЬФОРМАЦИЯ ЖАРРОҲЛИГИНИНГ ТАРИХИ

Аноректал ривожланиш пороклари болалар ёшида кўп учрайдиган туғма нуқсон ҳисобланади. Бир қанча хорижий ва маҳаллий муаллифлар маълумотига кўра, туғилган болаларнинг 1:4000-5000 ни ташкил қилади. Ушбу пороклар, қондага кўра, ўғил болалар ва қизларда кузатиладиган кенг қўламдаги туғма касалликларни ўз ичига олади. Улар нафақат ичак найларининг дистал қисмига, балки сийдик чиқариш аъзоларига ҳам таъсир қилади. Аноректал соҳа мальформациясининг диапазони даволаш орттирилган функционал натижа берадиган оддий, ягона пороклардан то ташхисот ва даволашда ҳар доим яқин яқуний функционал натижа бермайдиган дилемма ҳисобланган мураккаб комбинацияланган нуқсон даражасида ўзгариб туради. Ўғил болаларда бу пороклар қизларга нисбатан бир мунча тез ва кўп аниқланади. Ушбу нуқсоннинг тешиксиз шакллари 10-20% ҳолатларда учрайди (1, 6, 25, 37).

J.M. Templeton ва J.R. Neil (1986) маълумотларига кўра, тешилмаган анус VII асрда эсга олинган, эҳтимол шунинг учун бу порокни аниқлаш осондир. Шундан буён бу патология кўплаб муаллифлар томонидан ўрганилган. Деярли 1000 йил ўтгач, 1660 йили A.K. Scultet чакалокларда анал стенози даволашда чиқиб ёриғини бужлашдан фойдаланган. В 1676 йили M.R. Cooke яратилган анусни кейинчалик дилатация қилиш билан керакли анал ёриғи соҳасини кесишдан фойдаланган ва ушбу зонада мушак элементларига эҳтиёткорлик билан муносабатда бўлишни тавсия қилган. 1787 йилда J.R. Bell атрезияланган ичакнинг ўрта қизиги бўйлаб кесишни таклиф қилган. 1783 йили K. Dubois 1710 йилда K. Littre таклифи бўйича ўғил болаларда тешилмаган анусни даволаш учун чов соҳасида колостомоз қўйган. Бошқа жарроҳлар шунга ўхшаб ҳаракат қилишган, бироқ барча ташриҳ қилинган болалар ташриҳдан кейин вафот этишган. Шундай қилиб, колостомия бизнинг давримизгача муваффақият қозонмаган ташриҳ бўлиб қолган.

Биринчи бўлиб 1835 йили J.Z. Amussat анус атрезияси кузатилган қизларни тўғри ичакнинг кенгайган қисмига таъсир қилиш билан T-сифат кесма кесиш

йўли орқали даволаш ҳақида ёзган. Сўнгги деворлар мобилизация қилинган ва терига тикилган. Бу ташрих биринчи ҳақиқий анопластика саналган бўлиши мумкин. Мазкур техника жарроҳлар орасида тез тан олинди. 1854 йилда А.В. Puhge Amussat усули бўйича сийдик билан меконий ажралган ўғил болани ташрих қилди. Amussat, С.А. Dieffenbch анал каналининг аралашини ташрихини ёритган бўлса, 1872 йили К.С. Leisrink, 1880 йили McLeod ва 1884 йили F. Hedra ташрихнинг оралик босқичида кўр коп аниқланмаса, тос туби бўшлигини очилиши тавсия қилинган.

1856 йили S.K. Chassaignes илеостомани муваффақиятли бажарди ва дистал учида зонд ўтказди. Зонд анус соҳасини текширади, муаллиф кесма кесади, атрезияланган тўғри ичак кўр копи оралиғида уни қайд этади.

Аноректал пороклар ташхисотида 1930 йили О.Н. Wengensteen & С.О. Rice томонидан таклиф қилинган рентгенологик текширув –“ инвертограмма” ҳисобланади. XX асрнинг 50-йилларида F.D. Stephensнинг аноректал соҳа ривожланиш аномалиялари муаммоси устида олиб борган ишлари эмбриология, анатомия, физиология ва ушбу порокларни даволаш масалаларида жиддий тадқиқотларнинг бошланиши бўлди. У биринчи бўлиб ушлаб қолиш вазифасида пуборектал ҳалка ва тос диафрагмасининг мушаклари муҳимлигини аниқлади. F.D. Stephens бу порокларни икки тоифага: устки ва леватор остига бўлади, ППП ни кўриш учун кўшимча сакрал кесма зарур, деб ҳисоблайди, узок вақт ушлаб туриш учун тўғри ичакнинг сафарбар қилинган кўр халтасига унинг толаси орқали киритилади.

Болаларда туғма аноректал порокларни жарроҳлик даволаш тўғрисидаги масала кўп сонли тадқиқотчиларни ташвишга солди. Ўтган асрнинг 30-йиллари бошида чот ораси проктопластика ташрихини А. Stone бошлади. 1934 йили Ladd & Gross икки босқичли жарроҳлик даволашни ёритиб берди. Дастлаб колостомия қилинди, кейин эса атрезияланган ичак чот орасига туширилди. F.D. Stephens ишларидан бошлаб, болалар жарроҳлари дефекация ва ушлаб туриш вазифасида пуборектал ҳалка аҳамиятига эътибор қаратишди. Бу бу порокларни даволашда патогенетик ёндашувга сабаб бўлди.

XX асрнинг 60- йилларидан пуборектал халқани сақлаш ғоясига асосий омил сифатида катта аҳамият қаратилди. Мазкур ёндашув ривожланишига Г.И. Баиров, А.И. Лёношкин, Р. Romualdi, F. Rehbein, F. Soave, W. Kiesewetter, P. Mollard, A. Pena ва бошқалар катта ҳисса қўшиб, ҳар хил методлар таклиф қилишди. Барча бу методларни битта асосий омил –пуборектал халқани сақлашга интилиш бирлаштирди. Бироқ, аноректал порокларни жарроҳлик даволашга киритилган барча кучларга қарамай, даволаш натижаларини яхши бўлишини талаб қилади. Бу ҳақда сўнгги йилларда етакчи болалар жарроҳларининг чоп эттирган нашрлари хабар беради.

Кўп йиллар мобайнида ушбу порокни даволаш Stoun-Benson методи бўйича проктопластика чот орасига кириш билан амалга оширилди, унда ташқи сфинктер бутунлигини сақлаш назарда тутилиб, туннелни шакллантиришда эса мушак тузилмаси идентификациясиз “кўр-кўрона” амалга оширилди. Натижада тўғри ичак кўпинча сфинктер аппаратидан ташқарида бўлади (А.С.Сулайманов 1983г., А. Pena 1989 г. V.Afimas 2001г).

Мушак комплексини яхши кўриш мақсадида орқа сагитал кириш усули таклиф қилинди (А. Pena 1989 г.). Бироқ, 20 йил мобайнида бу усул билан даволашнинг маълум муваффақиятларига қарамай, қонқарсиз натижалар фоизи юқорилигича, 35% га етиб қолмоқда (А.И.Лёношкин ва ҳамму. 1999 й.)

А.И.Лёношкин ва ҳаммуаллифлари (1999г й), ўз тажрибалари асосида Rizzoli методини такомиллаштиришди ва олд сагитал аноректопластикани (ОСАРП) таклиф қилди. Муаллифлар ОСАРП нинг доминант аҳамияти кириш ва сфинктеропластика ҳисобланишини кўрсатади. Ано – ва айнан сфинктеропластика кўр-кўрона амалга оширилмайди, у визуал назорат остида бўлади. Бироқ, Аверин В.И., Никифоров А.Н (2006) маълумотларига кўра, узун олд сагитал кесма олд сфинктер билан туташади ва кейинчалик у ўз вазифасини бажармайди. Яна катта кесма чандикли стеноз кичигига қараганда кўп учрайди, бу чандикли жараён травмага нисбатан кучлироқ ифодаланишини кўрсатади.

Тешикли паст леватор ости аноректал мальформацияни жарроҳлик тузатиш

натижалари тўғрисидаги келтирилган адабиёт маълумотлари оптимал киришни танлаш масаласи ва бирламчи ташриҳларда жарроҳлик аралашув методлари тўғрисида ягона фикрнинг йўқлигидан дарак беради. Ҳаммага маълумки, такрорий ташриҳлар бирламчи ташриҳларга нисбатан жуда мураккаб шароитларда бажарилади, бунинг оқибатида қоникарсиз натижалар фоизи 37% га кўтарилди (А.И. Ленишкин 1999, А. Рена 1988, К.У. Ашкрафт 1990).

Аноректал ривожланиш пороклари жарроҳлик даволанганидан кейин нажасни тута олмаслик асоратларнинг ижтимоий жиҳатдан энг даҳшатли ҳолати ҳисобланади. Дефекация назоратининг бузилишига олиб келувчи омиллар туғма ва тос туби мушакларининг анатомик тузилмаси бузилиши ташриҳи вақтида орттирилган, шунингдек сезувчанликнинг бузилиши ҳамда ингичка ичакнинг проприоцептивлиги ҳисобланади

(Stephens F.D., Smith E.D., 1971; Templeton J.J., Diteshim J.A., 1985).

Ҳозирги вақтгача ушбу нуқсонни даволашнинг ҳал қилинмаган жарроҳлик-тактик масалаларининг мавжудлиги ҳамда қоникарсиз натижаларнинг юқори фоизи мазкур тадқиқотни олиб боришга бизни ундади.

## АНОРЕКТАЛ МАЛЬФОРМАЦИЯНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ МЕТОДЛАРИ

Тўғри ичак ва орқа чиқарув тешиги атрезияси фақат жарроҳлик йўли билан тузатилади. Жарроҳлик тактикасининг энг муҳим масаласи жарроҳлик аралашув методикаси, ҳажми ва муддатини танлаш ҳисобланади.

Бола ҳаётининг дастлабки соатлари ва кунларида витал кўрсатмалар бўйича шошилиш тартибда атрезиянинг барча шакллари (тешиксиз), шунингдек сийдик тизими ҳамда жуда тор чот оралиғи тешигида ҳам ташриҳ қилинади. Радикал ташриҳ ёки колостома қўйишни чегаралаш, радикал аралашувни кечки муддатларга кечиктириш каби масалалар индивидуал ҳал қилинади. Радикал вариант қулай, бироқ айрим ҳолатларда аввал колостома қўйиш яхшироқ саналади. Ушбу паллиатив ташриҳ сўзсиз кўрсатилади:

- 1) агар касалхонага кеч мурожаат қилиш ёки йўлдош ривожланиш пороклари билан боғлиқликда чакалоқнинг умумий ҳолати оғир бўлса;
- 2) агар жарроҳда бундай ташриҳни бажариш учун етарлича тажриба бўлмаса, асосан юқори атрезияда;
- 3) клоакада.

Қизлар жинсий аъзолар тизими ва кенг чот оралиғи тешикларида радикал ташриҳ учун мақбул муддатни танлаб, жарроҳ касаллиқнинг клиник кечишини кузатиш билан умуман ҳар хил бўлган икки пайтни, ҳатто қарама қарши тарздаги вақт омилини ҳисобга олади: ташриҳ қанча кеч ўтказилса, бир томондан иккиламчи ўзгаришлар ривожланиш хавфи кўп бўлади, аммо иккинчи томондан механик қийинчиликлар кам, функционал натижалар яхши бўлади. Бу фикрни изоҳлаймиз.

Касаллиқнинг клиник кечиши мавжуд бўлмаган анал ёриғи вазифаси бир нечта тешиклар билан компенсация қилинади. Тешик диаметрига боғлиқликда касаллик компенсацияланган даражада ёки аксинча, унга қарама қарши ҳолатда декомпенсацияга мойилликнинг эрта намоён бўлиши билан кечиши мумкин. Биринчи ҳолатда компенсация оддий воситалар билан қўллаб қувватлаш осон ҳамда ташриҳ шарт эмас (болани диспансер рўйхатида қайд қилиш зарур,



тешикни бужлашни ҳам ўз ичига олган консерватив даволашнинг тўғрилигини назорат қилиш билан). Иккинчи ҳолатда озми ёки кўпми доимий равишда ичакни бўшатишга куч керак бўлади ҳамда ташриҳ зарур саналади.

Организмда иккиламчи ўзгаришлар кузатилганда ташриҳ муддатини чўзишнинг потенциал хавфи кучаяди. Ичак тўлиқ бўшатилмаганда ичакнинг проксимал қисмлари уларнинг атониясига боғлиқликда секин аста кенгайди. Иккиламчи мегаколон ривожланади. Мураккаб ҳолатларда йўғон ичакнинг катта қисмини рекзекция қилиш зарур. Шунинг учун ушбу ҳолатлар ривожланмасдан олдин ташриҳга кўрсатма берилади, эрта ташриҳга бўлган зарурат шубҳасиздир. Бирок боланинг каттароқ бўлгандаги ёшида қилинган ташриҳ бола ҳаётининг дастлабки ойларида ва чақалоқларда қилинган ташриҳга нисбатан яхши натижа беради. Ярадаги жуда яқин фазовий муносабатлар уларнинг техник жиҳатдан қийин аралашувларини мураккаблаштиради. Хавфсиз эрта пайтдаги кўпми ёки озми бўлган эркин манипуляциялар I ёшдаги болаларда қўшни анатомик ҳосилаларга таъсир қилади.

Шундай қилиб, техник сабабларга кўра, ташриҳни ушбу муддатларда қилиш яхшироқдир. Тешик кенг бўлганда ҳам худди шундай қилинади. Қинга тушиб қолувчи тор тешикларда, фикримизча, паллиатив аралашув, яъни колостомия – мақбул вариант саналиб, радикал аралашув кулай вақтга қолдирилади.

Атрезиянинг клоакал шакли аниқланган чақалоқларда проктопластика кўпол хато, деб қаралади. Бу ҳолатларда колостома билан чегараланиш зарур, фақат кечроқ шикастланишнинг топографик анатомияси ва бошқа деталлари аниқ муҳокама қилинганча, маҳаллий пластика варианти танланиши керак.

Таъкидлаш жоизки, қўшма ривожланиш пороклари, жумладан сийдик чиқариш жинсий аъзолари тизими индивидуалликни, қиёсланган танлов кетма кетлиги, муддат ва аралашув ҳажмини қатъий талаб қилади.

Босқичли тузатиш ташриҳлари у ёки бу нуқсоннинг “клиник доминанти”га боғлиқликда бажарилади. Бир қатор ҳолатларда сийдик йўлларида аниқланган шикастланишга нисбатан куттиш ва кўриш тактикасига риоя қилиш керак. Агар

маълум бир аниқ нозологик бирлик ташрих натижаларининг умумий томонларини баёнрат қилишга имкон берса ҳамда оғирлаштирувчи дақиқалар мавжуд бўлса, шундай ишни амалга ошириш маъқул. Ректоуретрал ва ректовагинал тешиқлар,нейроген сийдик пуфағида қутини тактикаси мажбур.

Масалан, ичак анастомози бартараф қилингандан кейин мегауретра, пуфакли сийдик манбаи рефлюкси, гидронефроз ва бошқалар бўйича аралашув жонздор.

Қўшма нуқсонда жарроҳлик тактикасини танлаб, бемор учун нафақат айни дамда, балки истиқболда ҳам энг аввало қайси аралашув энг қулай эканлигини аниқлашга ҳаракат қилинади. Қўидаги вариантлар бўлиши мумкин: 1) жарроҳлик аралашуви фақат сийдик йўлларида қилинади; 2) биринчи навбатда патологик аномалия тузатилади, кейин эса проктологик тахҳис қилинади; 3) дастлаб проктологик, кейин эса урологик муаммолар ҳал қилинади; 4) бир вақтнинг ўзида аралашувлар қилинади. Оптимал вариантни танлаш мос келадиган мутахассислар иштирокида коллегиал бўлиши керак.

Атрезияларда радикал ташриҳлар методикасини танлаш атрезия баланглиги ва турига боғлиқ. Жарроҳлик аралашуви мавжуд бўлмаган анус тешиги ўрнига янгисини яратиш, унинг нормал фаолиятини таъминлаш,тўғри ичакнинг қўшни аъзолар билан патологик анастомозни бартараф қилишни мақсад қилади. Мақсадга эришиш учун комплекс даволаш тадбирлари ёрдамидан фойдаланилади, уларнинг биринчи ва асосийси жарроҳлик аралашуви – проктопластика ҳисобланади. Ҳозирги вақтда проктопластиканинг иккита асосий ва принципиал турли усуллари мавжуд: оралик ва комбинацияланган (корин-оралик, думғаза-корин-оралик).

Оралик проктопластика юқори жойлашган ичакнинг атрезияланган қисмини уни ораликка киритиш ва тикланишга сафарбар қилинган қисми билан аралаштиради: анал тешиқ табиий жойида. Аралашувнинг бу тури асосчилари Х. Х. Саломон (1840), Diffenbach (1845), Rizzoli (1885), Н. Stone (1936) ҳисобланади.

Чот оралиги проктопластика методикасини ишлаб чиқишга Е. Arnheim

(1951), W. Potts (1954), H. Pellerin (1957) катта хисса қўшган. Комбинацияланган проктопластика ичакка 2-3 киришдан фойдаланиб, ёндашиш имконияти борлиги билан фарқ қилади, чунки юқори жойлашган ичакнинг кўр учини яра орқали тушириш мумкин эмас.

Биринчи бўлиб McLeod (1880) қорин бўшлиғи проктопластикаси тўғрисидаги гоёни илгари сурган. Кейинчалик уни I. Rhoads (1948), P. Romualdi (1960), F. Rehbein (1959) лар такомиллаштирган. Бир қатор жаррохлар аралашувнинг бу турини сакрал кесил орқали тўлдириш мақсадга мувофиқ, деб ҳисоблашган [Stephens F., 1963; Kiesewetter W., 1967].

Тўғри ичак атрезияларида оператив техникани ишлаб чиқиш ва уни такомиллаштиришга Н. Б. Ситковский (1961 — 1985), А. С. Осмоловский (1970), Г. А. Баиров (1963— 1977), бизнинг тадқиқотларимиз (1965— 1976), O. Swenson, L. Donnelan (1967), F. Soave (1970) ва бошқаларининг ишлари бағишланган. Паст атрезияда чот оралиғи, юқори атрезияда эса комбинацияланган проктопластикага кўрсатма берилади.

### АТРЕЗИЯНИНГ ЮҚОРИ ШАКЛЛАРИНИ ТАШРИХ ҚИЛИШ

Колостома: сунъий орқа чиқарув тешиги, колостомия.

“Колостома” атамаси ҳозирги вақтда ичакнинг дистал қисмидан нажасни доимий ёки вақтинчалик олиб ташлаш учун йўгон ичакнинг бир қисмида жаррохлик йўли билан қўйилган сунъий орқа чиқарув тешиги ҳисобланади.

Превентив ёки сингиллатувчи ичак стомаларини мутаносиб ўрнатиш-йўгон ичак ва оралиқ соҳасидаги ривожланиш нуқсонларини бартараф қилишнинг муҳим босқичидир. Колопроктологик нуқсонси бўлган беморларнинг деярли ярми колостомияга муҳтож.

Тури ва жойлашишидан қатъий назар колостомия икки мақсадда қўлланади: ичаклар тугилишининг олдини олиш ва нажасни йўгон ичакнинг пастки қисмидан олиб ташлаш. Болалар проктологиясида бу палатив ташрих вақтинчалик превентив чора сифатида кенг қўламда қўлланади. Алоҳида

шикастланишларни даволашда колостомиянинг ўрни ва аҳамияти тўғрисидаги баҳс- мунозарага киришмай, шубҳага олиб келмайдиган асосий кўрсатмаларни санаб ўтамиз.

**Колостомияга қуйидаги ҳолатларда кўрсатма берилади:**

- тўғри ва йўғон ичак атрезияси аниқланган янги туғилган чақалоқларда агар радикал ташриҳ қилиш мумкин бўлмаса (боланинг умумий ҳолати оғир бўлса, ривожланишнинг ҳамроҳ порокларида, радикал аралашув қилишда жарроҳ тажрибаси бўлмаганда ва б.);
- қатта ёнда аноректал аномалиянинг тешикли шаклларида радикал ташриҳга кўрсатма берилмаса, тор тешик ёриғи орқали ичак жуда қийин ҳаракат қилса нажас қолдиқлари пайдо бўлади;
- аноректал мальформациянинг юқори тешик шаклларида, ташриҳнинг биринчи босқичи сифатида.

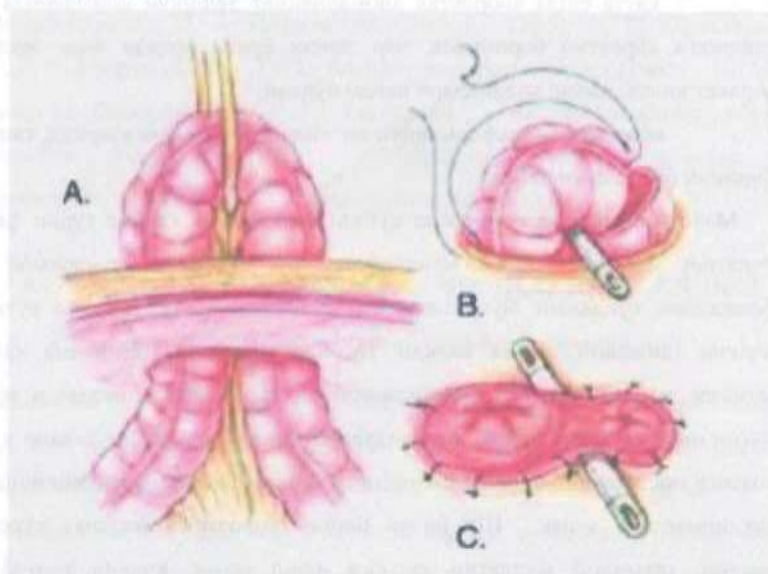
Махсус адабиётда колостома қўйиш даражалари ҳақида турли фикрларни учратиш мумкин. Айрим муаллифлар шу мақсадда сигмасимон ичакни, бошқалари кўндаланг йўғон ичакни, учинчилари эса кўр ва кўтарилувчи ичакни танлашни тавсия қилади. Бу масалани бир томонлама ҳал қилиш мумкин эмас. Колостомия методикаси ва даражасини танлашди нуқсон ва йўғон ичак ҳолатига қараб, индивидуал ёндашни зарур. Энг аввало у даволаш ғоясига мос келиши, шунингдек кейинги ташриҳларда муҳим қийинчиликларни тугдирмаслиги керак. Шу билан бирга колостома фаолият кўрсатадиган вақтни, тахминий муддатни ҳисобга олиш керак: ичакни кенгайтирилган соғлом қисмининг узок вақт ёпилиши маъқул эмас ва ҳатто зарарли, бу қисм маълум даражада атрофияга учраган.

Балалар жарроҳлигида ҳалқали ва бир стволли учли колостомадан фойдаланилади.

**Ҳалқали колостома** йўғон ичак ҳалқаларидан бирида шаклланади. Бунда ичакнинг орқа девори (каткорин бурчаги) бурилмас туртки ҳосил қилиб сақланади, қайтарилувчи бўғимга тегмай, ичак таркиби ичак деворида

яратилган ёригдан чиқади. Дистал қисмида жойлашган ичак қисми тўхтатилади.

**Колостома қўйиш техникаси.** Тешик қўйиш даражасида қорин бўшлиғида унча катта бўлмаган (4,5-5 см) қатма қат кесма амалга оширилади. Ярада йўғон ичак қисмига мос ҳалқа қилинади. Унинг катқорнида ёрик қилинади, ундан ичакни осилган ҳолатида қайд қилиш учун шиша найча ўтказилади (а.расм). Найчадан пастда ичак бўғимлари ўртасида ҳар томондан иккитадан серо-сероз чок қўйилади ( в-расм). Камёб капронли “икки стволли” чоклар қаватма -қават қорин, мушак ва териға қўйилади. Шиша найча чамбарак туридаги резинали найчага котирилади (28-расм).



28-расм. Ҳалқали колостома қўйиш босқичлари.

Ташриҳ охирида олиб ташланган ичак Вишневский суртмасига чиланган дока салфетка билан ўралади.

Ичак ёриғи 20-24 соатда тўқималарнинг бўшаши пайдо бўлиши билан ёпилади. Бу муддатдан олдин ичак зудлик билан бўшатилади, оғир ҳолатдаги бемор ичағи ёрилади. Скальпел ёки қайчи ёрдамида анестезиясиз қия ҳолатида кесилади (ичак узунлигига тахминан  $45^{\circ}$  бурчакда  $1/3-2/3$  ичак айланасида

катқорин учига тегмай). Бир неча вақтдан кейин ичак учи доимий тарзда айлантириб турилади, тери билан бирга ўсади. Ичак ҳалқасига илинган найча 7-10 кун қолдирилади, сўнгра олиб ташланади. Бу вақтнинг ўзида ичак дистал қисмида ичак таркибини чиқишига тўсқинлик қилаётган кучли шпора шаклланади. Ичак ҳалқасининг орқа деворини сақлаб, ёпиқ колостомада ичак ёригининг бутунлигича тикланишини енгиллаштиради.

**Колостомани парвариш қилиш** дастлабки вақтларда диққат билан эътибор талаб қилади. Тешик атрофининг териси кичишишини камайтириш учун Лассара суртмаси суртилади ва доимий тарзда нейтрал ёғ билан қайта ишлов берилади. Стома усти боғлов билан беркитилади, зарурат бўлганда у алмаштирилиб туради. Агар стома унчалик узокқа қўйилмаса, нажасни қабул қилишга зарурат бўлмайди. Хона ҳамшираси ва бола парваришига масъул шахс иш тартибига одатланади, ўз вақтида такликларни алмаштиради. Агар бемор уйига фаолият кўрсатаётган колометома билан чиқарилса, нажасни қабул қилиш стомасининг ҳажми ва бемор ёшига мосини танлаш зарур (29-расм).



29-расм. Нажас қабул қилувчи

Юқорида ёритилган техникада колостома қориндан ташқари усулда ёпилади, бу катта ютуқ ҳисобланади. Колостомик ёрик бурчаги бўйлаб чизикли кесилади ва ягона конгломератда қорингача ичак учига олиб келувчи ҳамда унда узоклашувчи ўтмас ва ўткир йўли ажратилади, у очилмайди. Ичак деворида нуқсон бурчаги тозаланади ва қўндаланг йўналишида икки қаторли чок билан (кетгут, капрон) нуқсон тикилади. Ичак мушаклар остига ботирилади. Мушаклар, апоневроз, тери қаватма- қават чок билан тикилади, илгари қуруқ бўлган антибиотиклар ичак халқаларига сепилади. 1-3 кунлари ярага ингичка резинали чизик-дренаж қўйиш мақсадга мувофиқ бўлади.

**Бир стволли терминал колостома.** Бунда ичакдан узоклашувчи учи ёпилади ва қорин бўшлиғида қолдирилади, нажас эса олд қорин деворига киритилган ичакдан чиқарилади. Вақтинчалик терминал колостома тешикнинг узок фаолиятида ва навбатдаги радикал ташриҳда ичакнинг дренаж қўйилган қисми олиб ташланади. Радикал ташриҳ вақтида колостома бартараф этилади, унинг кўтарилувчи халқаси тушириш учун ишлатилади. Ичакнинг дренаж қўйилган қисми олиб ташланади.

**Қўллаш техникаси.** Ичакни олиб ташлаш мўлжалланган жойда (5 см атрофида) унча катта бўлмаган кесма билан қорин бўшлиғи очилади. Дастлабки чоклар билан яра бурчаги бўйлаб қорин бўшлиғи, мушаклар ва апоневроз тикилади, бу ичакни ярага киришини енгиллаштиради. Сафарбар қилинганидан кейин ичак халқаси унинг икки қисқич ўртасидан кесиб ўтилади. Чиқувчи учи икки қаторли чок билан (кетгут, капрон) маҳкам тикилади ва қорин бўшлиғига ботирилади. Тери юзасига қирувчи, унга олиб келувчи учи 2,5-3 см дан кам бўлмаслиги керак, у ярага тикилган дастлабки иплар ёрдамида қорин деворига сероз- мушак чоклар билан фиксация қилинади. Зарурат бўлганда апоневроз учи киритилган ичак девори билан унинг қирралари бир-бирига яқинлаштирилиб, тикилади. Охириги қўшимча тери ости тўқимасига, сўнгра эса ичак учи тери кесмаси учига тикилади (30-расм).



30-расм. Бир стволли колостомалар.

Колостомани парвариш қилиш аввал тасвирланган маълумотларга ўхшайди. Якуний колостомада нажас қабул қилувчида фойдаланиш қулайроқ ҳисобланади.

**Ташриҳдан кейинги асоратлар.** Асоратлар частотаси турли муаллифлар маълумотларига кўра, етарлича кенг қўламда 7,6 % дан 45% гача ўзгариб туради. Улар ташриҳдан кейинги яқин ва узоқ муддатларда кузатилади. Эрта асоратларга ичакка киритилган некроз, параколостомик абсцесслар, колостома ретракцияси, колостомада йўғон ичак эвентрацияси қиради. Кечки колостома ичак тушишидан (эвагинация), колостома стриктураси, периколостомик чурралардан асоратланиши мумкин.

Агар техник хатолар натижасида унинг қон таъминоти бузилса ва мос ҳудудга ичак сафарбарлиги (каткориннинг тортилиши, томир учларини тикиш, киритилган ичак атрофида апоневрозни ҳаддан ташқари қаттиқ тикиш ва бошқалар) қондалари бузилса, киритилган ичак неврози ривожланади. Ташриҳдан кейинги яқин соатларда бундай ҳолатларда киритилган ичак рангининг ўзгаргани аниқланади, у цианотик, кейин эса қораяди.



Киритилган ичакда қон айланишининг бузилиш белгилари тезкор жарроҳлик аралашувга кўрсатма бўлиб хизмат қилади. Дастлаб терида бирикки чок ва колостома атрофида апоневроз қўйилади. Некроз авж олишида, перитонит белгиларининг пайдо бўлишида қўлланма характери тўғрисидаги масалани ҳал қилиш учун шошилинч релапаротомия қилинади: янги стома қўйиш билан ичак резекцияси, проксимал колостома ва бошқалар.

Параколостомик абсцесслар ичак ёриги очилганидан кейин олд қорин бўшлиғи тўқималарининг инфекцияланиши, шунингдек ичак тикилиши, чегараланган некроз ва бошқалар оқибатида келиб чиқади. 3-6- кунлари қизариш ва колостома атрофининг оғриқли шишгани аниқланади. Тана ҳарорати кўтарилади.

Яллиғланиш инфльтрат босқичида кенг кўламда таъсир қилувчи антибиотиклар, маҳаллий физиотерапевтик муолажалар ультра юкори частотали (УЮЧ) қўлланилади. Флюктуациянинг пайдо бўлиши кесиш, кейинчалик дренажлаш ва йирингли бўшлиқ санацияси учун кўрсатма бўлиб хизмат қилади. Асоратларнинг олдини олиш ташриҳдан олдин ичакни яхши тайёрлаш, ичак ва тери ўртасида герметик чокка мослаштириш, травматик игналардан фойдаланишни ташкил қилади.

**Колостома ретракцияси** етарли сафарбарлик бўлмаганда, ичак қатқорни тортилган бўлганда, шунингдек шиша стержен муддатидан олдин олиб ташланганда ( 7 кундан олдин) ёки яра йиринглаганда кузатилади. Колостома ҳар хил даражада тушиши мумкин. Қорин девори даражасидаги ретракциясида даволаш тадбирлари тўқималар инфекцияланишининг олдини олишга қаратилган бўлиши керак. Қорин бўшлиғи ретракциясида колостомани тузатиш билан релапаратомияга кўрсатма берилади.

**Колостомада ингичка ичак эвентрацияси** (йўғон ичак ҳалқасининг параколостомик ярага тушиши) агар ичакка жуда кенг кесма киритилса ва кейин қорин девори колостома атрофида етарлича эҳтиёткорлик билан тикилмаса юз беради. Жонсарақ, нотинч болаларда асоратлар осон юзага келади, чунки улар ташриҳдан кейинги кунлари кўп йиғлайди, яъни уларда узок

вактли кучанишлар кузатилади. Шунинг учун профилактика нафақат олдинги корин деворлари катламлари ва мос диаметрغاча ярани каватма кават тикнишга ичакларни кунт билан қайд қилишдан, балки ташриҳдан кейинги даврни етарли даражада бошқариш, оғриқсизлантириш ва ичак парезига қарши курашишдан иборат бўлади. Йўғон ичак ҳалқасининг тушиши шошилиқ жарроҳлик қўллангани талаб қилади.

**Эвагинация** энг кўп учрайдиган асоратлар гуруҳига киради. У ичак ҳалқасига олиб келувчи индивидуал ҳаракатга боғлиқ бўлиб, унга мойил омиллар доимий қорин ичи босимининг ошиши, ичакнинг перистальтик фаолиятининг кучайиши, алоповрознинг ҳаддан ташқари эркин нуқсонли бўлиши мумкин. Йўқотиш сезилмас бўлиши мумкин ва уни енгил босиш билан йўқ қилиш мумкин, аммо у оммавий бўлади, масала, цекостомия кўпинча илеоцекал бурчак эвагинациясини асоратлантиради. Тажрибалар кўрсатишича, аксарият бундай ҳолатларда жарроҳлик ёрдами талаб қилинмайди; фақат тушган ичакни доимо тўғрилаш зарур бўлади, бу олатда бола онасига ўргатилади. Фақат қисилиш ва муваффақиятсиз тўғрилашда шошилиқ мурожаат қилинади: стенозланган ҳалқа тери даражасида кесилади.

Болаларда истисно ҳолатларда колостома тузатилади. Эвагинация билан боғлиқ ноқулайлик ва қисман қисилишлар радикал ташриҳни тезроқ қилинишига ундаши керак.

**Колостома стриктураси** келонд чандиқлар ривожланишига тўқималарнинг мойиллигида кейинчалик чандиқ ҳосил бўлиши билан тикилган ичак ва тери учларининг сўкилишидан кўпроқ ривожланади. Баъзан колостома атрофида қорин деворларининг қаттиқ тикилиши стеноз сабаби бўлади. Бунда ичаклар тозаланиши кечикади, қорин тўлиқ тутилишгача шишиди.

Консерватив йўл билан стриктурани олиб ташлашни (бужлаш) ҳар доим ҳам имконияти бўлмайди, шу билан бирга колостома реконструкция муолажаси кам кузатилади. Шунинг учун энг яхшиси бужлашни доимий (резина зондни стома орқали узок муддатга киритиш) танлашни тўхтатиш керак. Зонд орқали ичак сифон ҳуқнаси бўйича тозаланади. Эвагинацияда бўлганидай, жаррохлик ёрдами фавқулудда ҳолатларда қўлланади, тезкор радикал таширхларга таянади, таширх давомида кўрсатма бўйича колостома йўқ килинади ёки реконструкция килинади.

Болаларда периколостомик чурралар кам учрайди. Улар апоневроз кенг кесилган бўлса ва киритилган ичак атрофи ёки периколостомик яра йиринглагандан кейин старлича тикилмаган бўлса, юзага келиши мумкин. Колостома олиб ташланиши билан бир вақтда чурралар ҳам бартараф этилади.

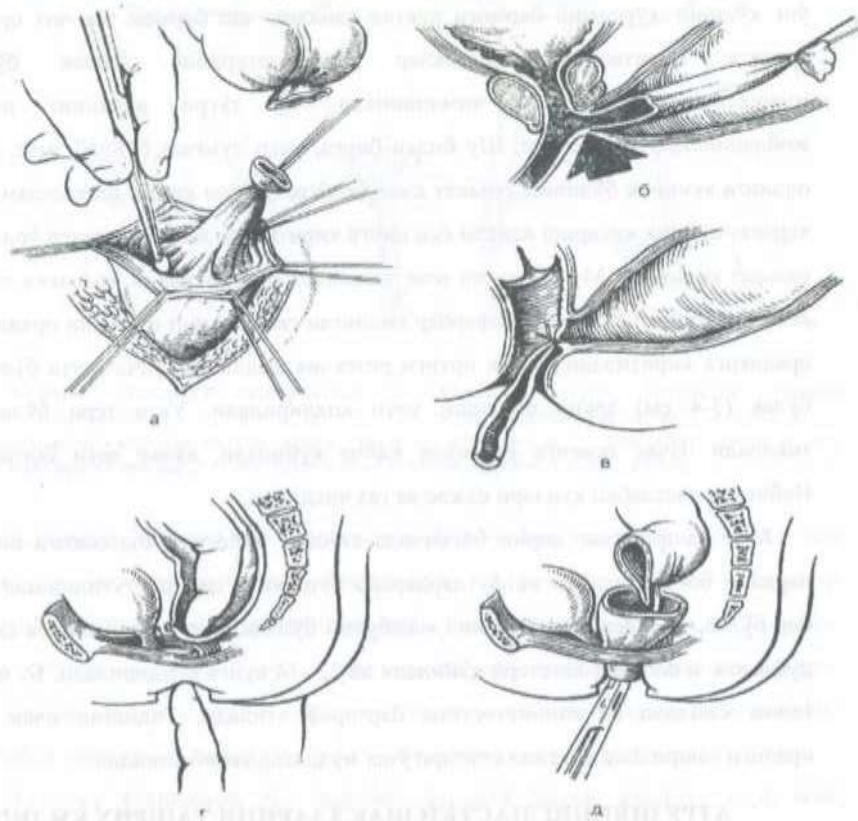
#### **РОМУАЛЬДИ – РЕБЕЙН УСУЛИ БЎЙИЧА ҚОРИН –ЧОТ ОРАЛИҒИ ПЛАСТИКАСИ**

Тўғри ичак ва анал канали атрезияларида ички тешикка (ректоуретрал, ректовагинал) боғлиқ ёки усиз бўлишига карамай, оралик кириш орқали ичакка киритилади, шунинг учун комбинацияланган қорин-чот оралиғига киритишдан фойдаланилади. Комбинацияланган проктопластиканинг таклиф этилган вариантларидан Ромуальди-Ребейн усули бўйича интраректал қорин- чот оралиғи проктопластикаси энг мақбули саналади (31-расм).

**Таширх техникаси.** Ўрта ва парамедиал лапаротомия кесишдан фойдаланилади. Йўгон ичак ҳолати ва унинг қон билан таъминлаш характери баҳоланади, ундан кейин сигмасимон ичак қатқорни тўғри ичакни жойлаштириш учун киритиш ҳудуди- яхши овқатланишини саклаб, сафарбар қилинади. Сигмасимон ичак қориннинг ўтиш катлампидан бир неча сантиметр юқорида икки қискич ўртасида туташтирилади. Ичакнинг периферик (“кўр”) учи мекониядан бўшатилади, ёриқ тозаланади, сўнгра эса у ичак ва қўшни аъзолар ўртасида анастомозда жамланади, у тешик шиллиқ пардасини ҳар томондан четлаб ўтишга ҳамда уни боғлашга ҳаракат қилади, бу асосан юқори

тешикларда (сийдик пуфаги, уретранинг проспатик қисми) бажарилади.

Паст жойлашган тешикларда (кинда, уретранинг мембраноз қисмида) бу усул ҳар доим тўлиқ бажарилмайди, шунинг учун кўпинча анастомоз жойида шиллик парда оддийгина йиртилади ёки қайси билан кесилади.



**31-расм.** Лёнюшкин мадификациясида Ромуальди-Ребейн усули бўйича интраректал корин- чот оралиғи проктопластикасининг асосий босқичлари.

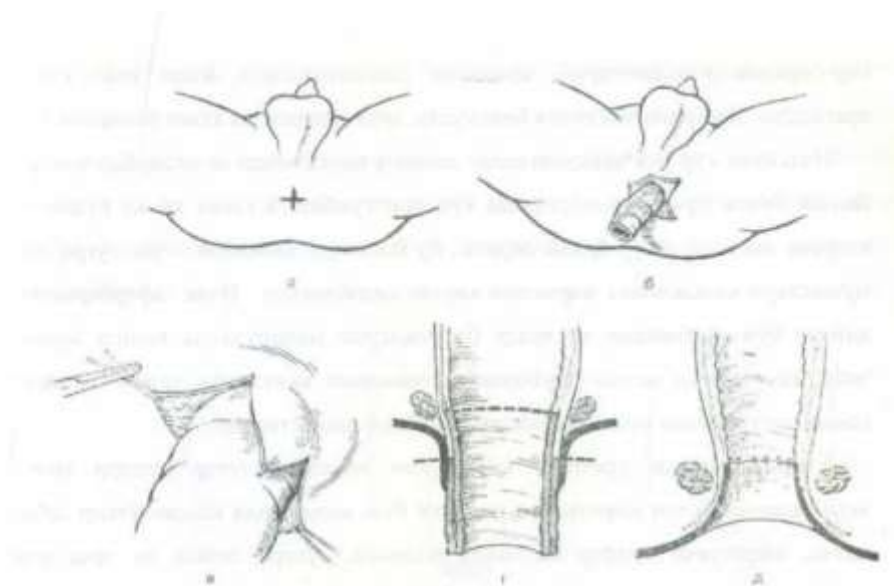
а – йўгон ичак дистал қисмида демукозациянинг бошланиши; б – ўтил бола ректоуретрал анастомози: ажратилган шиллик қават боғланган ёки тешикка ўтин жойида туташган (белги билан кўрсатилган); в – кизларда вагинал тешик: мобилизация қилинган шиллик қават ташқи тешик ёриғи орқали буралган ва оралиқ ёнидан боғланган; г – ректал канал ва чот оралиғи томонидан қарама қарши пайпаслаш йўли билан пуборектал чанг марказини аниқлаш; д – сафарбар қилинган сигмасмон ичакни демукозацияланган цилиндр ва тўғри ичак мушакларининг маркази орқали тушириши.

Беморни литотомик ҳолатга ўтказиб, чот оралиғи ташриҳидагидек оралик кесилади. Анал канали табиий жойида тешилади ва у ректал канал билан бирлаштирилади, қорин бўшлиғи томонидан кўр кўрона тугаётган “қоп” и тешилиб, туннел тос тўғри ичак мускуллари марказига ўтказилади. Бунинг учун ўнг қўлни кўрсатиш бармоғи ректал каналга, чап бармоқ эса чот оралиғи ярасига киритилади; бармоқлар яқинлаштирилиб, ковак бўшлиқ мушакларининг маркази чимчилинади, бу тўғри ичакнинг нормал жойлашшига мос келади. Шу билан бирга, улар думгаза бўйлаб эмас, балки олдинга яқинроқ бўлишга ҳаракат қилинади. Уретра ёки кинни шикастламай, бу ҳаракат сийдик чиқариш канали ёки кинга киритилган металл катетер ёрдамида назорат қилинади. Мушак секин аста тешилмасдан тортилади, мушакка шикаст етмайди, туннел кенгаяди, сафарбар қилинган ситмасимон ичак учин оркали чот оралиғига киритилади. Ичак ортиғи резекция қилинади, унча катта бўлмаган бўлак (3-4 см) эркин осилиши учун қолдирилади. Унга тери бўлаклари тикилади. Ичак ёриғига резинали найча қўйилади, культ чети боғланади. Найчадан дастлабки қунлари нажас ва газ чиқади.

Агар ташриҳнинг қорин босқичида сийдик тешиғида анатомозга шиллик пардани боғлай олмас ва футлярлараро бўшлиқда сийдик тутилишида хавф бор бўлса, энцистостома қўйиш мажбурий бўлади, уретра оркали эса сийдик пуфағига а detour катетери қўйилади ва 12-14 кунга қолдирилади. Бу вақтда тешиқ ёпилади ва энцистостома бартараф этилади. Тикилган ичак чот оралиғи ташриҳида бўлгани сингари ўша муддатда кесиб олинади.

#### **АТРЕЗИЯНИНГ ПАСТКИ ШАКЛЛАРИНИ ТАШРИҲ ҚИЛИШ**

Ушбу масалани атрезиянинг аниқ турларини ўрганиш билан кўриб чиқамиз. Ёпиқ анал тешиғида пленка ташқи муҳитдан ичак ёриғини ажратади, ташриҳ оддий икки йўлнинг кесишиши тарзида ёки овал шаклида гемостозли ушбу пленкани олиб ташлашдан иборат бўлади. Чок қўйиш зарурати бўлмаслиғи мумкин. Қўшимча даволаш, масалан, бужланмайди, чунки тор циркуляр яра стриктурага нисбатан тезроқ эпителизацияланади.



**32-расм.** Лёвошкнн модификациясида Диффенбах усули бўйича чот оралнги проктопластикаси: а — ташки сфинктер соҳасида терни крестсимон кеснш, б — мобдлизация қилинган ичакни ташки томондан киритиш, в — вивемуфт деворига тери қопламаларини тикиш, д — снг четини ичак шиллик пардасига қўшиб тикиш.

Тешиксиз анал канали атрезиясида **Диффенбах ташрихи** туридаги **чот оралнги проктопластикаси** бажарилади. Унинг асосий элементи яна яратилган орка чиқнш тешигининг кейинги вазифаларини аниқлаб берувчи-анопластика саналади. Бунда жаррох тушириш аппаратини максимал сақлаб қолиш ва анатомик тўғри тешик яратишга асосий эътиборни қаратади. Шу сабабли ташрих техникасига айрим ўзгаришлар киритдик (6.5.1-расм).

**Ташрих техникаси.** Чот оралнги кесмаси муҳим аҳамият касб этиб, олдинроқ анал рефлекс ўрганилиб, аниқланади ва электромиографик текширув ўтказилади. Сфинктер марказида икки чизик кесишгандай (крест) ёки Z-симон 2-4 майда тери бўлаклари кесилади, уларни ип ушлагич томонга суриб, эҳтиёткорлик билан яра туби ҳамда бўлакни тери ости ёғ тўқималарининг ошиқчалари олиб ташланади. Сфинктернинг нафис толалари кўрина бошлайди. Уларнинг марказий қисми ёниқ браншлар қон томир қискичининг учи эҳтиёткорлик билан киритилади, кейин эса уларни секин ва юмшоқлик билан

бир-биридан узоклаштириб, сфинктер кенгайтирилади, яъни анал канали яратилади. Ушбу манипуляция бинокуляр лупа назоратида яхши бажарилади.

Ичакнинг кўр учи аниқлангандан кейин у ажратилади ва сафарбар этилади. Баъзан бунга сфинктер марказида кўр коп гумбазига (анал канал рудменти) кетувчи ингичка шнур ёрдам беради. Бу боскичда асосийси – тос-гўгри ичак мушаклари ҳалқасининг марказига кириш ҳисобланади. Ичак сафарбарлигини кийгир бўйлаб бошлаш ва ярада бармоқларни манипуляция қилиш мумкин эмас, ёки мазкур метод пуборактал сопконни аниқлашга ёрдам бермайди ҳамда тос тубининг нозик мушакларини кўпол шикастлайди.

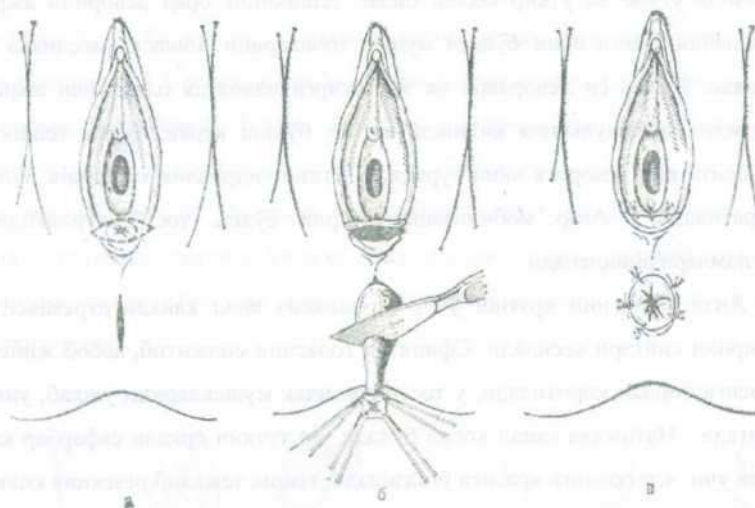
Ўғил болаларда уретрага киритилган металл катетер, қизлар қинига эҳтиёткорлик билан киритилган ингичка буж назоратида асосан ўткир асбоб-кайчи, ажратувчи тупфер ёрдамида олдинги, сўнгга ёнбош ва орқа ичак деворлари ажратиб кўрсатилади. Бу тос-гўгри ичак мушакларини максимал сақлаш ва унинг марказига ичак киритишга имкон беради. Мушакларда канал тор, туннел диаметри 2,5-3 см бўлишидан кўркмаслик керак. Киритилган ичак учи тери кесмасидан 2,5-3 см орқага киритилганда сафарбарлик тўхтатилади (тахминан, ичак ёриғи очилади, у мекониядан тозаланади).

Қабул қилинган методикалардан фарқли ўлароқ, эркин осилиб турган ичак ортиғини қолдирдик, ичак учини тери кесма учига тикмадик. Ташқи шиллик пардага киритилган ичак сфинктер мушаклари ёки тос тубига алоҳида капрон ип билан тикилди, тери бўлаклари эса киритилган ичак культига фиксация қилинди.

Кузатишимизга кўра, ичакнинг ортикча эркин осилган қисмининг имкониятларини қолдириш – яра четларининг бир-биридан айрилиши ва орқа чиқарув тешигининг кейинчалик чандикланиши саналади.

Ичак дастлабки кунлари бир мунча қисқаради, кейин эса тортишмай ўсиб боради. Нажас массаси культ бўйлаб бир мунча масофага тарқалади ва чок чизикларини ифлослантирмай, яхши битишига имкон беради.

Ортикча ичак 14-15 кун ўтгач ёки бир қанча муддат кечроқ кесилади. Бу муддатда тери бўлакларидан культда ўзига хос хартум ёки тери муфтаси ўсиб чиқади, у якуний анопластика учун қўлланади. Муфта чети бўйлаб циркуляр кесма шиллик пардагача кирувчи культга чуқур киради. Кейин шиллик парда 1,5-2 см чуқурликда кесилади, канал яхши сезувчанлик ва анал назоратини сақлайди.



**33-расм.** Ректовестибуляр тешикли атрезияда чот оралиги Стоун –Бенсон проктопластикаси.

а — орка чиқарув тешиги табиий жойлашган жойида тери узунасига кесилади, тешик ёриги кўндаланг кесма билан чегараланган, б — чот оралиги ярасига сафарбар қилинган ичак учи ва тешик йўлига киритиш; в — ичак чети тери кесмаси четига тикилади, тешик ўрнидаги яра қаватма қават тикилади.

Шиллик парда чети тугунли чок билан тозаланган муфти четларига тикилади, кейин у анал канал ичига бир неча марта бураб чиқарилади. Мазкур модификацияда яна ҳосил қилинган анал тешиги анал тешигининг яратилган тери қисми туфайли анатомик жиҳатдан нормал ҳолатга яқинлаштирилади.

Ректовестибуляр тешик билан орка чиқарув тешиги атрезиясида Стоун Бенсон усули бўйича чот оралиги проктопластикасидан кенг кўламда фойдаланилади (33-расм).



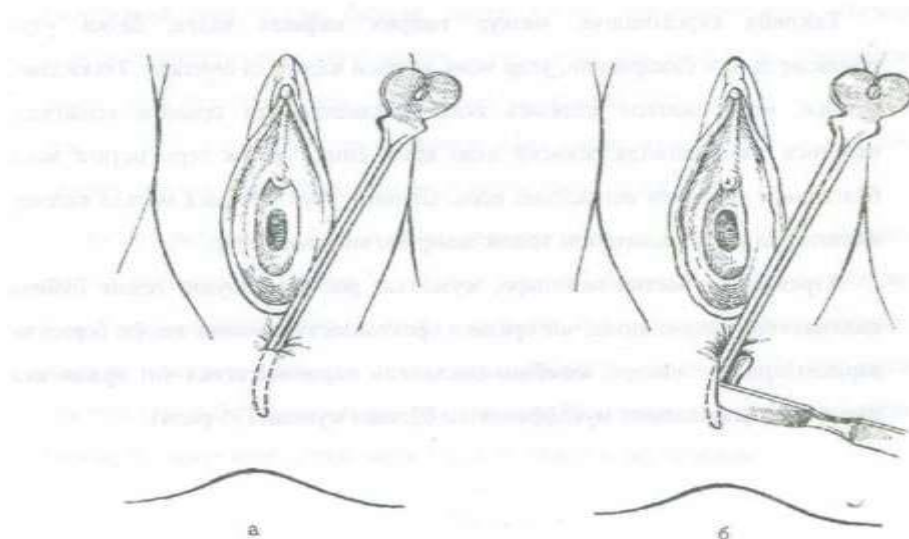
**Ташриҳ техникаси.** Ташриҳдан олдин ташқи сфинкстер жойлашган ўрни аниқланади ва у белгиланади. Дастлаб тешиқ ёриғи атрофи ва унинг шиллик пардаси четлари кесилади, кейин бир томонга 1 см кенгайтирилади. Тешиқ чети ип туткича ушланади. Тешиқни ажратиш ва ичакни сафарбар қилишда керакли қатламни дарҳол топиш керак, шунда қийинчиликларсиз ажратилади. Тешиқнинг ташқи пардасини оқартирувчи ранг яхши мўлжал бўлади. Узун қайчида ўтмас ва ўткир кесиш билан тешиқнинг орқа деворини ажратишни бошлайди, ўзига яқин бўлган мушак толаларини шикастламасликка ҳаракат қилади. Кейин ён деворлари ва энг охириги навбатда олдингиси ажратилади. Олдиндан манипуляция қилишда эҳтиёт бўлиш керак, чунки тешиқ девори бевосита кин деворига яқин туради. У ўткир гидравлик тайёрлаш йўли билан ажратилади. Агар мобилизация старли бўлса, тос чуқурлигида корин қатламлари аниқланади.

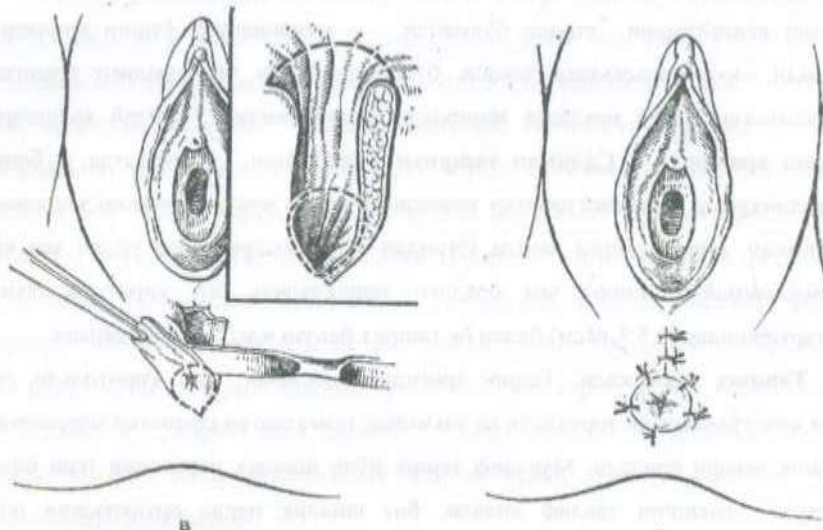
Анал тешигини яратиш учун тешиқсиз анал канали атрезияси бўйича ташриҳи сингари кесилади. Сфинкстер толасини силжитиб, асбоб жинсий ёриқ ярасига бирдан киритилади, у тос-тўғри ичак мушакларини ушлаб, уни орқага тортади. Натижада канал ҳосил бўлади, ип туткич орқали сафарбар қилинган ичак учи чот оралиғи ярасига ўтказилади, тешиқ тежалиб резекция қилинади ва соғлом ичак учи чот оралиғи тўқималарига икки қатор чок билан тикилади: биринчи қаторда ичакнинг мушак пардаси ва чот оралиғи мушаклари, иккинчи қаторда ичак шиллик пардаси ҳамда тери кесма чети тикилади.

Фигурали кесма туфайли анал тешиғи диаметри одатдагидан кўра бир неча марта каттарок бўлади ва у кейин тораяди, бунда бужлашга эҳтиёж қолмайди. Мазкур методика Диффенбах, Арнхейм, Поттс ва Риццолининг ректовестибуляр анастомозни тузатиш учун таклиф қилинган ташриҳларига нисбатан осон ҳисобланади. Чот оралиғи ва жинсий ёриқ яралари ўртасида тери кўприғи сақланади, у тешиқ қайталанганининг олдини олади. Тешиқли атрезияда чот оралиғидаги ичакнинг кўр учи доимо паст жойлашади. Анал тешиғи чот оралиғида гипертрофирланган ўртача чок билан қопланган. Ташқи сфинкстер мушаклари, барча ҳолатларда унинг чуқур қисми анал каналнинг

сақланган қисмини ўраб туради. Баъзан чакалоқларда тешиқ ёригини асбоб билан кенгайтириш етарли бўлмайди — мекониянинг ўтиши қоникарли бўлади; проктопластикага эҳтиёж бўлмайди. Узун чот оралиғи тешигида кўрсатилган метод мақсадга эришишда камлик қилади. Бундай ҳолатларда оддий **аралашув – Саломон ташрихи** кўрсатилган. Ҳақиқатда, у бошқа касалликларда (ректовестибуляр тешикли атрезия) муаллиф томонидан тавсия қилинган, аммо ҳозирги вақтда тўғридан тўғри буюрилганда ундан ҳеч ким фойдаланмайди. Бирок чот оралиғи тешиқларида биз киритган техник ўзгартиришлар (6.5.3-расм) билан бу ташрих баъзан мақбул ҳисобланади.

**Ташрих техникаси.** Тешиқ ёригидан новсимон зонд киритилади, чот оралиғи тўқималари тортилади ва тахминан тамғаланган сфинктер марказигача тешиқ девори ёрилади. Муаллиф тешиқ йўли шиллиқ пардасини тери билан дарҳол тикишни таклиф қилади, биз шиллиқ парда ортиқчасини олиб ташлаймиз, пайдо бўлаётган ярада тўқималарни тикамиз ва анал каналини шакллантирамиз.

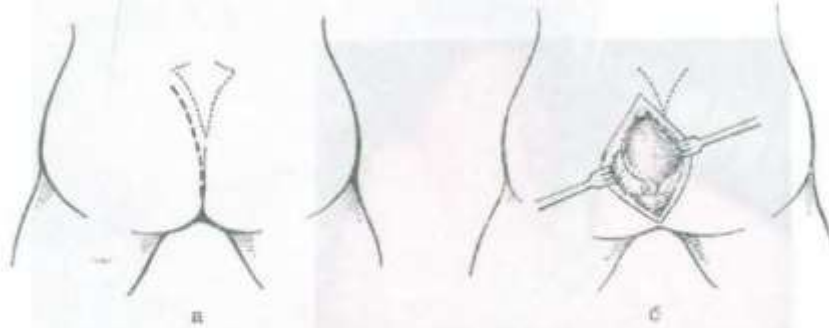




34-расм. А.И. Ленёшкин модификациясида чот оралиғи тешигининг Соломон ташрихи.

Тажриба кўрсатишича, мазкур ташрих нафақат калта, балки узун тешикларда ҳам бажарилади, улар мойк халтаси илдизида очилади. Таъкидлаш жонзки, мойк халтаси илдизига яқин жойлашган чот оралиғи тешигида, охиргиси иккиланганда, жинсий аъзо ярим ёпик, уретра тери остига яқин бўлганлиги учун уни шикастлаш осон. Шунинг учун уретрага металл катетер киритиш ва унинг назоратида тешик деворини аниқлаш зарур.

Атрезиянинг пастки шакллари, жумладан ректовестибуляр тешик бўйича қилинадиган ташрихларда, чот оралиғи проктопластикасининг юқори берилган вариантларидан ташқари, **комбинацияланган паракокцигеал-чот оралиғига киришдан** фойдаланиш муваффақиятли бўлиши мумкин (35-расм).



35-расм. Ректостевибуляр тешик билан орқа чиқарув тешиги атрезиясини тузатиш учун паракокцигеал –чот оралиғига кириш.

а — кесми чегараси, б — тўғри ичак мобилизацияси.

**Ташрих техникаси.** Кесма думгазага ўнг томондан параллел ёки ундан чапга думбалар ўртасидаги катламгача тортилади. Мушаклар туташтирилади ва параректал бўшлиқ аниқланади. Тўғри ичак изланади ва ичак ўтмас тайёргарлик йўли билан сафарбар қилинади. Яхши кўринадиган тешик йўли ажратилади, уни иложи борича ташқи ёриққа яқинлаштирилади. Бемор ҳолатини ўзгартирмай, анал тешиги шакллантирилган жойда чот оралиғида факат тери туташтирилади. Кейин визуал назорат остида, ҳар иккала яра леватор ва ташқи сфинктер марказида анал канал очилади, у орқали чот оралиғига эркин сафарбар қилинган ичак учи киритилади.

Унинг унча катта бўлмаган ҳудуди резекция қилинади. Ичак ингичка капрон илди тугули чоклар билан қайд этилади. Яранинг орқа томонидан тос туби мушакларигача, чот оралиғи томонидан эса сфинктергача кузатилади. Ичак чети шиллиқ парда орқасидан тери кесма четига тикилади. Шиллиқ парда нуқсонни кетгут билан тешик жойига тикилади. Яра орқаси қаватма қават қаттиқ тикилади, параректал тўқималарга қуруқ антибиотиклар сепилади.



36-расм. Бемор П. 6 ойдан бери касалхонада №и/б- 2134. Ташхис ректовестибуляр тешик билан анал тешиги атрезияси. Ташриҳгача чот оралиғининг ташқи кўриниши.



37-расм. Тешик йўли орқа девори олиб ташланганидан кейин олд деворлари сафарбарлиғига ўтилади. Тешик орқали киритилган қисқич тўғри ичак ёриғида тасвирга олинади. Тешик йўли орқа деворини олиб ташлаш жойи белги билан кўрсатилган.



38-расм. Ичакнинг олдинги ва орқа деворлари ажратилганидан кейинги ҳолат. Эркин осилувчи култ 3 смгача.



39-расм. Сўнги босқич. Тешик ёриғига битта тугунли чок қўйилди. Киритилган култ чот оралиғи терисига тугунли чоклар билан қайд этилди. Ёриқда газ чиқаришга найча қўйилди.



40-расм. Ташриҳнинг 2 босқичидан кейинги ҳолат – культни олиб ташлаш № 987 (ташриҳдан кейинги 2 кунги) .

#### НОРМАЛ ШАКЛЛАНГАН ОРҚА ЧИҚАРИШ СОҲАСИДА ТУҒМА ОҚМА

Мазкур аномалия яқин вақтларгача жарроҳларга кам маълум бўлган. Махсус адабиётда яқка кузатувлар, энг аввало ректовестибуляр анастомоз тўғрисида маълумот берилган, улар казуистик ноёб, деб ҳисобланган ҳамда таснифларда атрезиянинг тешикли шакллари қаторига киритилган, А.М.Аминов(1965) биринчи бўлиб ушбу турдаги аноректал аномалияни махсус гуруҳга ажратади ва ректовестибуляр анастомозни ҳамда нормал фаолият кўрсатадиган аномал тешиқда ректоуретрал анастомозни унга қўшади. Кейинги кузатувлр кўрсатишича, туғма ректовагинал ва параректал тешиқлар ҳам учраши мумкин. Улар олдин ўйланганидек, жуда кам эмас. Хорижий адабиётларда сўнгги йилларда уларни Н-шакли деб номлашга ўтилди.

Шунга ўхшаш тешиқларнинг пайдо бўлиши турлича тушунтирилади. А. М. Аминов (1965) уларнинг ривожланиш механизми эмбрионал ривожланиш эрта даврида клоака вертикал тўсикларининг тўлиқ бўлмаган тутилишидан иборат, деб ҳисоблайди. F. Stephens (1963) таъкидлашча, тешиқ чот оралиғи шаклланишининг кечки босқичида пайдо бўлади. Кўриниб турибдики, ҳар

иккала механизм ҳам кузатилиши мумкин. Биринчи ҳолатда тешик сийдик чиқариш тизими (сийдик пуфаги, уретра, қин) аъзолари орасида ётувчилардан бири тўғри ичакдан кетувчи бирламчи клоаканинг олдинги ва орқа қисми ўртасида ўзини намоён қилади. Иккинчи ҳолатда канал қин оғзи ёки чот оралиғида очилади.

#### **Ректовестибуляр ва қин оқмалари**

Қин оғзи билан тўғри ичакнинг туғма анастомози ҳар хил номланади: чот оралиғи –икки ствол, икки каналли оралиқ, чот оралиғи канали ва бошқалар. Терминологик тафовутлар маълум даражада ушбу мальформация ривожланишининг икки баробар кўпайиши деган фикрлар билан қўллаб-қувватланади. Бирок гистоморфологик текширувлар кўрсатишича, тузилма бўйича аномал канал девори умуман ичакдан, қисман тўғри ичакдан кескин фарқ қилади. Бошқача қилиб айтганда, нормада фаолият кўрсатувчи анал тешигида ректовестибуляр анастомозни тўғри ичакнинг иккилангани, деб ҳисоблаб бўлмайди. Улар мустақил аноректал аномалиялар, тўғрироқ номи - тешиклар гуруҳини ташкил қилади.

**Клиникаси ва диагностикаси.** Ректовестибуляр ва қин тешиклари учун доимий табиий ҳожат чиқариш фонида жинсий аъзолар ёриги орқали нажас ва газни эркин чиқиши ҳосилдир. Чақалоқлар ва кўкрак сути билан боқиладиган болалар ичи суяк (“кўкрак сути билан боқиладиган”) бўлса, нажас қисмининг тешик орқали доимий чиқиши ташқи жинсий аъзолар шиллиқ пардаси ва чот оралиғи териси, вульвовагинитнинг кескин зўриқишига олиб келади. Катта ёшдаги болаларда шаклланган нажас массаси кам миқдорда ажралади, аммо газнинг доимий эркин чиқиши аниқланади.

¼ болада анастомознинг дастлабки пайдо бўлиши бола туғилиши билан, қолганларида кечроқ, одатда 2-3 ойда аниқланади. Нажаснинг жинсий ёриқдан чиқиши кўпинча қин оғзи ёки катта жинсий лаб соҳаси тўқималарининг йиринглашишида кузатилади. Баъзан ота-оналар болага тозалов хуқналари қилинганидан кейин тешик пайдо бўлганини, бунда жинсий ёриқдан қон ажралганини кўрсатади. Эҳтимол, баъзан тешикнинг периферик учи туғилиш



вактида ёпилиб қолади ва кўр дивертикуляр канал бўлиб қолади. Ташки томондан ўраб турувчи юпка пленка хуқна учи билан тешилиши ёки атрофдаги тўқима микроб инвазияси ва дивертикулида нажас миқдорининг қотиб қолиши оқибатида юзага келувчи яллиғланиш жараёнида парчаланиши мумкин.

Дастлабки тўлиқ тешикнинг ташки ёриғи одатда марказда, қайиксимон чуқурлик тубида ёки киннинг орқа деворида, қизлик пардасидан кейин жойлашади. Агар тешик кечроқ очилса, яллиғланиш жараёнидан кейин ташки ёриқ катта жинсий лаб асосида жойлашиши мумкин. Баъзан орасида тери улагич билан икки ва ундан ортиқ: жинсий лабда ва кин оғзида тешик бўлади.

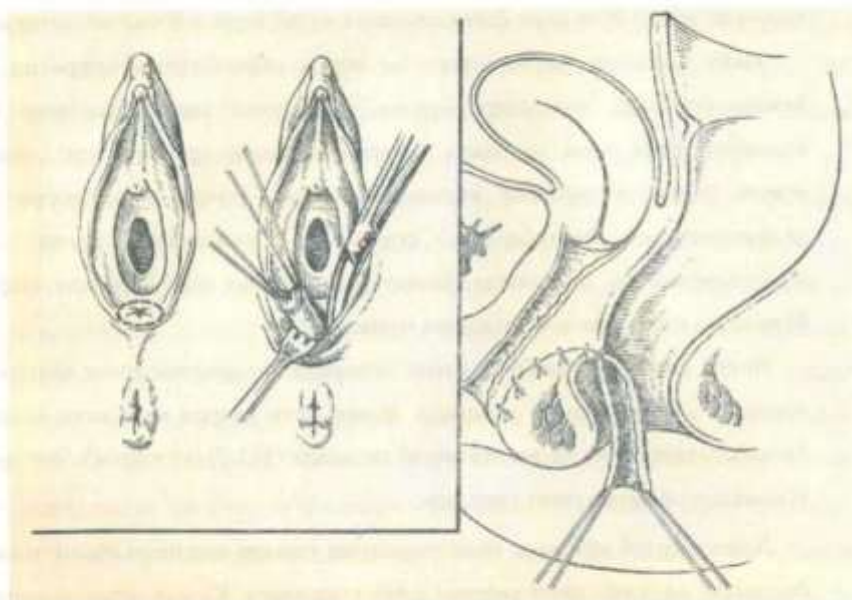
Тешик ёриғи диаметри ўзгариб туради. Кўпинча у 0,5-1,5 смни ташкил қилади. Тешик йўли цилиндр ва конуссимон шаклда бўлади. Охири ҳолатда пойдевор чот оралиғи ва ичак томон йўналган бўлиши мумкин. Тешик ички ёриғининг чуқурлиги анал канал шиллиқ тери чиқариш тешиғи 1,5-2 см ни ташкил қилади. Уни аниқлаш учун тўғри ичакка бармоқ, тешикнинг ташки ёриғига тугмасимон зонд киритилади, бу бармоқка яхши сезилади. Бу зонд анал тешик орқали эркин киритилади. Тўғма ректовестибуляр тешик кузатилган қизлар орқа чиқарув соҳаси ташки томондан кузатилганда ўзига хос тери ортиғи аниқланади, у гипертрофирланган анал сўрғичига ўхшайди. Олдинроқ кўрсатилган белги ташки ёриқ мавжуд бўлмаган ҳолатда тешикнинг дивертикуляр шакли ташхисига сабаб бўлиши мумкин.

**Даволаш.** Ректовестибуляр ёки кин тешиғи кузатилган болани ташхиси аниқланганидан кейинроқ диспансер рўйхатига қайд этиш зарур. Бу биринчи даражадаёқ кўринадиган “зарарсиз” аномалия эмас. Бу ташки жинсий аъзоларнинг аҳлат (нажас) билан доимий ифлосланиши, пельвиоперитонит ва сурункали пиелонефрит оғир шаклининг ривожланиши саналади. Шунинг учун сийдик уролог ёки нефрологга зарурат бўлганда Каковский – Аддис усули бўйича доимий кузатилади. Ота – оналарга болада бир кунда бир неча марта ичи келишини амалга ошириш кераклигини тавсия қилади. Бирок тешик кузатилганда пиелонефрит хавфи бу истисно эмас.

Ушбу аномалия кузатилган қизларни динамик кузатувида туғилишдан то 5-

7 ёшгача бўлган муддатда аниқланади, бунда тешик сезилмас диаметрда бўлиб, мустикал тарзда ёпилишга ҳам мойил бўлмайди. Консерватив терапия самарасиз бўлади: шиллик парда ёндирувчи эритмалар (10% йод аралашмаси, 10% кумуш нитрат эритмаси ва бошқалар) билан қайта ишланади.

Ректовестибуляр ва киннинг туғма тешикларини даволашда усул танлаш - бу жарроҳлик аралашув ҳисобланади. У ҳар қандай ёшда бажарилиши мумкин, аммо кичик болаларда ташрих чизиги ўлчами кичик бўлганлиги сабабли ташрихни ва ундан кейинги тузалишни (тикланишни) кийинлаштиради. Шунинг учун ташрихни 3-4 ёшгача кечиктириш мумкин. Бирок бир қатор ҳолатларда вульвовагинит ва асосан пиелонефрит доимий зўриққанда ташрихга бу муддатдан олдинроқ кўрсатма берилади. Ректовестибуляр тешик ташрихи (40-расм). Тўғри ичак ва анал канал шиллик пардаси сулема эритмасида қайта ишланади, ташрих чизигини ифлосланишдан сақлаш учун ичак ёриғига тампон чуқур тикилади.



40-расм. А.И.Лёношкин усули бўйича нормал орка чиқарув тешигида ректовестибуляр окмани бартараф этиш.

Ташқи тешиқ ёриғини белгилайдиган кесма қўйилади ва тешиқ чети 3-4 ип ушлагич билан тикилади. Уларни тортиб, тешиқ йўли девори ажратила бошлайди. Дастлаб бу ёнбошдан яхши бўлади, кейин орқа юзадан ва охириги навбатда олд томондан қин девори билан яқин қўшниликда бўлган тешиқ деворига тикилади. Тайёргарликни енгиллаштириш учун улар ўртасига 0,25% 2-2,5 мл новакаин эритмаси киритилади. Агар жарроҳ керакли қатламни тўғри аниқласа ва тешиқ девори бўйлаб қаттиқ ажратса, у асоратсиз ҳамда тез бўлади. Торақал тўпламдан қиска ўтмас бранш билан қайчидан фойдаланиш ҳаммасидан қулай. Тешиқ йўли ичак деворигача давомликда ажратилади, унга хос оқ ранг билан белгиланади. Сўнгра ичак девори тахминан 2x2 см ўлчамда тешиқ томонида майдон ҳосил қилиш учун ҳаракатланади. Яранинг пастки бурчагида сфинктер толалари яхши кўринади. Тўғри ичак томонидан тешиқнинг ички ёриғи орқали чивин қисқич олиб борилади, улар ушлаб турадиган ипларнинг учларини ушлайди, улар орқасидан барча сафарбар қилинган тешиқ йўли ичак ёриғи томонига қулай бармоқ билан айлантиради.

Ушбу босқичда ичак девори ва тешиқ сафарбарлиги ташрихни тўғри бажаришда жуда муҳимдир. Бунинг учун, анал тешиги илғаклар билан кенгайтирилади, ичак томонида чиқарилган тешиқ текширилади: яхши ва етарли даражада сафарбар қилинганда тешиқ девори ичак девори билан айлантиради, сафарбарлик етарлича бўлмаганида тешиқ асоси айлантирилмайди. Бу ҳолатда қўшимча сафарбарлик олиб борилади, агар олиб борилмаса қайталаниш кузатилиши мумкин.

Чиқиб кетган тешиқ ўрнида ичак деворида чот оралиғи яраси кратерсимон чуқурлик сингари яхши кўринади. Унинг чети капрон ипда икки қатор чок билан кўндаланг ёки узунасига қилиб тикилади (№2-3) (қулайроқ). Чот оралиғи тўқималари қаватма қават тикилади.

Хулоса қилиб айтганда, ичак томонидан тесқари қилинган тешиқ тикилади, боғланади ва чурра копи сингари олиб ташланади. Культя (ичак чултоғи) 3% йод аралашмасида қайта ишланади. Ташрих қилинадиган соҳа атрофидаги тўқималар йиринглашнинг олдини олиш учун антибиотиклар эритмасида

инфильтрланади.

Қин дарвозаси соҳасида шиллиқ пардага чок қўйиш вақтида, яъни оқман ташқи ёриғини тикишда қийинчиликлар бўлиши мумкин. Шиллиқ парда чети қийинчилик билан бир-бирига тўғри келади, агар уларни қискартиришнинг имкони бўлса, пастки тўқималар билан муносабатга кириша олмайдиган эластик “елкан” чиқади, бу кенг тешик ёриғида муқаррар бўлиши мумкин. Шунингдек шиллиқ парда чекаси тикилганда қинга кириш йўли бир-бирга тўғри келиши мумкин, бу ҳаддан ташқари юқори оралиқ бўлади. Шунинг учун оралиқ соха тўқималарини қаватма қават тикиб, бу билан чегаралаш ва шиллиқ пардага чок қўйилмаслиги мумкин, яъни инккиламчи кучланиш билан даволаш мумкин. Яра винилин ёки бошқа суртмага шимдирилган дока пуфакчалари билан беркитилади. Яра 10-15 кун давомида эпителизация қилинади. Ташриҳнинг муваффақиятли кечishi учун ташриҳдан кейинги даврда тўғри парвариш қилиш муҳим аҳамият касб этади. Сийдик пуфағида сийдикни ажратиш учун 6-8 кунга катетер қўйилади. Яра ахлат билан ифлосланишдан химоя қилинади. Бола ўрнидан турмай ётиш тартибига риоя қилиши керак. 10-11 кунларидан калий перманганат эритмаси билан ўтириб ванна қилиш буюрилади. 14-15- кунлари болага касалхонадан чиқишга рухсат берилади.

Ректо қин оқмаси ташриҳи юқоридаги ташриҳлардан фарқ қилади. Қизларда маълум сабабларга кўра, қинда манипуляция қилишнинг имкони бўлмайди, шунинг учун оқмага оралиқдан кириш орқали ёндашилади. Анал тешиги ва орқа оралиқнинг уланган жойи ўртасида кўндаланг ва ёйсимон кесма кесилади. Яра тубида тешик ҳар томондан эҳтиёткорлик билан очилади ва унинг атрофида ичак деворлари сафарбар қилинади. Кейин тешик қинга яқин кесилади. Қин деворига 2-3 та тугунли чок қўйилади, тешикнинг қолган марказий қисми юқорида айтилгандек ичак ёриғига ўгирилади ҳамда тикилади.

Оралиқ тўқималари қаватма қават каттиқ тикилади. Ташриҳдан кейинги даврда антибиотиклар буюрилади, чок чизиклари ифлосланишдан сақланади. 7-8- кунлари чок иплари олинади. Ректовестибуляр ва қин тешикларини даволаш натижалари ижобий бўлади. Агар ташриҳ техникаси бузилса ёки чок материал

нотуғри танланган бўлса (ичак девори кетгут билан тикилса), тешик қайталаниши мумкин. Қасаллик қайталанганда такрорий ташриҳга шовилинч керак эмас. Агар тешик тўлиқ сафарбар қилинса ва канал эпителиал қопламадан маҳрум бўлса, кейинчалик ўсиб боровчи грануляцияда у бажарилади, канал 1,5-2 ой мобайнида ёпилади. Бунга маҳаллий цингеролани қўллаш, калий перманганат эритмаси билан ванна қилиш ёрдам беради. Яқин ойларда баъзан тешикдан сероз йирингли ажралма чиқади, бу лигатуранинг чиқиб кетишига сабаб бўлади, чунки уни тезроқ олиб ташлашга тўғри келади.

#### **Ректопро оралиқ тешиги (параректал).**

Болаларда туғма параректал тешиклар махсус даврий нашрларда ёритилмаган. Эҳтимол, уларни орттирилган деб ҳисоблашар. Параректал тешикларнинг бир қисми туғма бўлиб, параректал тўқималар олдин ялтигланмаган тешик бола туғилганида ҳам кузатилади, туғма параректал тешик ректовестибуляр тешикнинг “эркак варианты” эканлигига асосланади. Унинг эмбрио-патогенези бир хил бўлиб, ўғил болаларда тешикнинг ташқи ёриғи шаклланишининг ўзига хос хусусиятлари туфайли тешикнинг ташқи очилиши унинг терисига ўтказилади.

**Клиникаси ва диагностикаси.** Чақалоқларга параректал тўқимада нуқтали ёрикнинг мавжудлиги хос бўлиб, тери ости қаватнинг қалинлигида анал канали йўналиши бўйлаб мустаҳкам тасма кетади. Қондага кўра, тешикнинг ташқи ёриғи чет оралиғи ўрта чокнинг йўли бўйлаб анусдан олдинга очилади, аммо бир қатор ҳолатларда тешик ёнбошга жойлашган бўлиши мумкин. Анал тешиги орқасида жойлашган тешикни биз бирданига кузатмадик.

Туғма параректал тешик бир қанча вақт белгисиз мавжуд бўлади, аммо эртами, кечми у ялтигланади, қулранг йиринг ажралади ва бу кўриниш қайталанаяди. Ялтигланмиш жараёни параректал тўқимага ўтмайди, тешик девори ишончли барьер бўлиб хизмат қилади. Тешикнинг периферик ёриғи баъзан ёпилиб қолади.

**Диагностика** қийинчиликларга дуч келмайди. Ташқи сфинктерга

тешикнинг муносабати пальпатор аниқланади, фистулография қилинмайди, чунки тешик йўли тор. Тешик доимо амалий жиҳатдан ички сфинктерли бўлиб, унинг узунлиги 0,5-1,5 смни ташкил қилади. Ички ёриқ шиллик пардадан терига ўтиш даражасида жойлашади. Туғма параректал тешикларнинг хусусияти уларнинг тўғри йўли ҳисобланади. Бирорта ҳам ҳолатда орттирилган тешикка хос мураккаб йўлни кузатмадик.

**Жаррохлик даволаш.** Жаррохлик аралашувга бола ҳаётининг биринчи йилидан кейин кўрсатма берилади. Тешик йўли кейинчалик ярага кўр чок кўйиш ёки уни очиқ киритилган ягона блок билан кесишади. 19 та қайталаниш кузатилган ташриҳда уни кузатмадик.

#### **6.7.1. Ректоуретрал ва везикал тешик.**

Агар туғма параректал тешикни ректовестибуляр “эркакча вариант” сингари аниқласак, унда ректоуретрал ва везикал ректовагинал тешикнинг эркакча вариантга тегишли бўлиши мумкин. Аналогия, шунингдек сийдик тизимидаги ички тешик жинсий тешикдаги сингари кам учрайди.

**Клиника ва диагностика.** Сийдик чиқариш тизими билан тўғри ичак анастомозининг клиник кўриниши тешикнинг жойлашиши ва тешик йўлининг кенглигига сабаб бўлади. Сийдик пуфагидаги кенг тешикда нажас (ахлат) доимо сийдик билан аралашади ва у сийдик чиқариш мобайнида доимо лайқа (хира) чиқади. Бир вақтнинг ўзида уретрадан газ ҳам чиқади. Уретрал тешикда сийдик чиқариш каналининг ташқи ёриғи оркали вақти вақти билан сийдик чиқариш актига боғлиқ бўлмаган тарзда газ ва нажас чиқади.

Сийдик чикқан вақтда сийдик лойқа, кейин эса тиниклашади. Сийдик йўллариининг инфекцияланишига қайталанувчи уретрит, баланит, шунингдек пиелонефрит сабаб бўлади.

Тешик йўлининг торлиги туфайли маҳаллий белгилар доим ҳам аниқ ифодаланмайди, ёки аксинча бўлади. Унга хос белгилар эпизодик пайдо бўлади, кўпинча ота-оналар уларга аҳамият бермайди. Уретрит ва баланитни шифокорлар одатда банал инфекция сингари қайд этади.

Туғма тўғри ичак-сийдик тешиклари ташхисида анамнез катта аҳамият касб

этади. Қачондир тагликда сийдик чиққандан кейин қорамтир ёки сариқ доғ аниқланмаганлиги, уретрадан газ пуфаги пафдо бўлмаганлигини аниқлаш шарт. Тўғри ташхис қўйишда рентгенологик текширув (уретроцистография), шунингдек уретрага кизартирувчи суюқлик қуйиш билан ректороманоскопия катта ёрдам беради. Ушбу текширувлар зарурат бўлганда такрорланади, ҳар доим ҳам биринчи уринишда муваффақиятли бўлмайди: тор тешик шиллик тўсик ёки нажас қисми билан тикилиб қолиши мумкин.

**Даволаш.** Ректоуретрал ва везикал анастомозда жаррохлик аралашув зарур. Ташриҳга қўйилган ташхис бўйича кўрсатма берилади. Тешикка ёндашиш унинг жойлашишига боғлиқ. Везикал тешик лапаротом усулида олиб ташланади.

Уретрал тешик чот оралиғида жойлашади. Уретрани шикастламаслик учун унинг ёриғига металл катетер киритилади, у жарроҳ ҳаракатини назорат қилади. Тешикка яқинлашганда у ҳар томондан ажратилади ва кесишади. Ичак деворида нуқсонлар ва уретра икки қатор чок билан тикилади. Қайталанишнинг олдини олиш учун уретра ва ичакка тикилган яра бир-бирига қарама қарши жойлашиши ва яқинлашиши керак эмас. Бунинг учун ичакдаги иккинчи қатор чоклари қарама қарши томонга олинади ва атрофдаги тўқималарда қайд этилади.

Шундай қилиб, тикилган нуқсонлар бир-бирига эмас, балки соғлом тўқималарга таъсир қилади. Яранинг ишончли тузалиши учун ташриҳдан кейинги даврда сийдик пуфагига 7-8 кун катетер қўйилади.

### **ОРҚА ЧИҚАРУВ ТЕШИГИНИНГ ТУҒМА ТОРАЙИШИ**

Аноректал ривожланиш пороклари орасида туғма стриктура 10-15% га етади. Торайиш кўпинча ичакнинг эндодермал қисмидан эктодермалга ўтиш жойида, яъни анал ҳалқасининг тожсимон чизиги соҳасида жойлашади. Аммо баъзан торайиш орқа чиқариш тешигидан бир неча сантиметр юқорида жойлашини мумкин. Жуда кам ҳолатда стеноз анал тешиги ва тўғри ичак бир қисмини эгаллайди.

**Стриктура шакли ва узунлиги ўзгарувчан.** Баъзан бу мембрана ингичка тери ёки шиллиқ пардадан, бошқа ҳолатларда мустаҳкам фиброз ҳалқасидан ташкил топган. Торайиш узунлиги бир неча миллиметрдан 2-4 смни ташкил қилади.

**Торайиш клиникаси ва таъхиси.** Чакалокли даври ва ҳаётининг дастлабги ойларида туғма стриктура клиник намоёи бўлмайди, суюқ нажас кўпми ёки озми торайган тешикдан эркин чиқади. Бироқ кескин стенозда қабзият бола ҳаётининг дастлабки кунларидаёқ кузатилади. Ота-оналар нажаснинг лента ёки тор цилиндр турида ажралишини аниқлайди.

Озуқа киритилиши билан қабзият янада ифодаланади, дефекация акти кучли кучаниш ва бақирини билан кузатилади. Сурункали ичак таркибини ушланиб қолиши натижасида қорин ҳажми катталаниши давом этади. Бошқача қилиб айтганда, иккиламчи мегаколон кўриниши ривожланади, бу катта болага нисбатан аниқ ифодаланади.

Стеноз клиник кўринишининг ифодаланишида торайиш характери ва даражаси, шунингдек бола парвариши сезиларли таъсир кўрсатади. Стенознинг мембранали шакли даражасида кечини нисбатан енгил, ичак тозалов ҳуқналаридан кейин яхши бўшаган бўлади.

Мустаҳкам фиброз ҳалқасида барча белгилар букилган, ичак бўшаши ҳатто консерватив терапияда ҳам тўлиқ эмас, кўпинча нажас қолдиқлари пайдо бўлади, сурункали ичак тугилиши ривожланади.

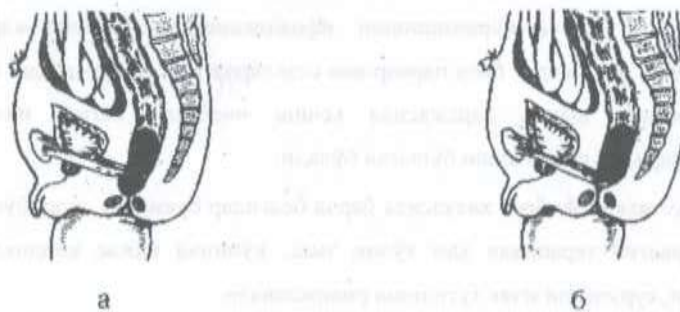


Анал тешиги туғма торайишининг ташхиси қийинчилик туғдирмайди. Ушбу аномалияни эсда тутган ҳолда, сурункали қабзиятга шикоят қилинганда чот оралиғи соҳасини синчиклаб кўриш ва ректал бармоқлар билан текшириш керак. Айрим ҳолатларда анал тешик воронка турида аномал бўлади. Анал каналининг торайган жойига бармоқ киритилганда баъзан эластик ҳалка синғари ҳис қилади: бармоқ тешик орқали резина пластинкага кирганда учи бармоқ орқасидан тортиб олинади; яна бир ҳолатда стриктура қийинчилик билан бармоқ учини ўтказида.

Ректал текширувда тўғри ичакнинг изоляцияланган стенози унча катта бўлмаган чуқурликда осон аниқланади. Бирок баъзан стенозланган ҳалка чуқур жойлашган бўлиши мумкин ва уни бармоқлар билан аниқлаш мумкин эмас. Бундай ҳолатларда ташхис қилишга ректороманоскопия ёрдам беради.

Йўғон ичакни рентгеноконтраст текшириш стриктура узунлиги ва йўғон ичакнинг юқори жойлашган худудлари ҳолатини тўғри аниқлашга имкон беради.

Баъзан анал канали атрезиясида орқа чиқарув тешигининг туғма торайишида оралиқ тешик, агар у анус яқинида жойлашган бўлса ногўғри қабул қилинади. Шунинг учун анал рефлеке жиддий текширилиши зарур: атрезияларда тешик сфинктердан ташқарида жойлашгани аниқ кўринади (41-расм).



41-расм. а – Орқа чиқарув тешигининг туғма торайиши; б – тўғри ичакнинг торайиши

Тўғри ичак стенозини баъзан пресакрал дермонд кисталар ва терат, Гиршпрунг касаллиги билан таққослашга тўғри келади. бу ҳолатлардаги таъхисий хатолар эътиборсиз ва етарлича текширилмаганлик ҳисобланади.

**Даволаш.** Тўғри ичак ва орка чиқарув тешигининг туғма стриктурасини консерватив ва жарроҳлик билан даволаш мумкин. Консерватив методлардан бармоқлар ёки махсус бужлар билан бужлаш (Гегар кенгайтирувчилари). У таъхисланган мембраноз форумда самарали ҳисобланади. Шифокорга кеч мурожаат қилинган ҳолатларда стриктурани бужлаб даволаш сезиларли қийинчиликларга учрайди. Шунингдек, терапияни бужлаш билан бошлаш мақсадга мувофиқ бўлади, аммо агар у 1-1,5 ой мобайнида муваффақиятсиз бўлса, жарроҳлик аралашуви кўрсатма берилади, чунки мегаколон кам ифодалангандан кўра, зарурроқ саналади.

Ташриҳ методикасини танлаш торайиш характери ва жойлашишига боғлиқ. Мустаҳкам ва кенг бўлмаган ҳалқали паст жойлашган стриктура бир қатор ҳолатларда узунасига ва кўндаланг йўналишида кейинчалик ярани тикиш билан стеноз жойини ёриб кўришни чегаралаш мумкин. Ануснинг олдинги ярим айланасида стриктурани ажратиш маъқулроқ бўлиб, бу ёпиш аппаратини иложи борида сақлашга имкон беради. Ўғил болалар сийдик чиқариш каналини шикастламаслик учун уретрасига металл катетер тахминан киритилади. Кесма ташки сфинктер мушак толаларигача киритилади. Тери ости тўқималарининг бир қисми бўлган тери ёрик етарлича кенг бўлганда ёнбош томонга ажратилади, кўндаланг тарзда бир қатор қилиб кетгуд чоки қўйилади.

Мустаҳкам кенг чандикка эга бўлган кескин анал стриктурада юқорида таърифланган ташриҳни бажариш мумкин эмас. Стеноз ҳалқасини чет оралигидан олиб ташлаш энг мақбул саналади, аммо маъкур ташриҳга 2,5 см стеноз баланглигида кўрсатма берилади. Сфинктер толаларини шикастламаслик учун торайган анал ёриги атрофи кесилади. Фиброз ҳалқаси ип-ушлағида олинади. Нормал ичак бошланғиш даражасигача стеноз ҳудуди ажратилади. Уни бир қанча юқорига тери кесмаси учигача учи тортилмасдан етиши учун сафарбар қилинади. Чандиклик тўқима конгломерати кесиб

олинади, ичак учи терили кесма учига тугунли капрон билан чокланади.

Тўғри ичакни эгаллаб турган юкори торайишда (жуда кам кузатилади) жумладан паракокцитгеал оралик варианти комбинацияланган проктопластика қилинади.

Тўғри ичак изоляция қилинган стриктурасида доимо аралашувнинг мақбул вариантини танлаш қийин. Паст мембраноз торайиш ҳолатида, эҳтимол, ярага қўндаланг чок қўйиш билан ҳалқанинг мақбул бўйлама қисми бўлади. Бирок, кузатувиимизда торайувчи ҳалқа доимо мустаҳкам, бардошли бўлиб, бу ташрихни қилиш мумкин эмас. Икки ҳолатда Свенсон ташрихи туридаги ректосигмоид қисми резекциясидан фойдаланилди, уч беморда 3-4 см чуқурликда жойлашган стеноз ҳалқаси трансанал кириш билан олиб ташланди (аралашув тўғри ичак стенозига ўхшайди: Соаве ташрихидан кейин).

## БОЛАЛАРДА АНАЛ ТЕШИГИ ЭКТОПИЯСИ

Анал тешиги “эктопияси” термини кўплаб муаллифларда учрайди, бироқ уларда нуқсоннинг турли шакллари, эктопия ёки атрезиянинг тешикли шакллари асосланмаган тарзда дистопия деб ифодаланади. Фақат F. Stephens (1963) эктопия тушунчасини аниқ ва маълум фикрда беради. Унинг нуқтан назаридан келиб чиқиб, биз эктопияни ноодатий – ташқи жинсий аъзоларга яқин жойлашган нормадаги орка чиқарув тешиги (яхши очилади ва қисилади, нормал фаолият кўрсатади) кузатиш ҳолатларида ҳисоблаймиз. Унча катта бўлмаган аралашма сезилмаслиги мумкин, шунинг учун уни ҳисобга олмаймиз.

Эктопия эмбрион ривожланишининг кечки босқичида келиб чиқади: саггитал бўшлиқда уроректал тўсиқлар этишмовчилигида чот оралиги ривожланмай қолади, бунинг оқибатида одатий жойда анал ёригининг иккиламчи миграцияси кузатилади. Бироқ анал каналининг барча анатомик тузилмаси, жумладан ташқи сфинктер ҳам сақланади.

**Эктопия клиникаси ва диагностикаси.** Дефекация акти функционал бузилмайди. Шифокорга мурожат қилиш сабаби фақат “ичакдан чиқиш нормал жойлашмаганлиги” бўлади. Оралик ва вестибуляр эктопия фарқланади. Оралик эктопияда орка чиқарув тешиги ўғил болаларда мойя халтаси илдизи ёки қизларда чот оралиги оркадан уланган жойига яқин очилади. Анус ва жинсий ёрик ўртасидаги тери кўприги сақланади, аммо баъзан қизларда у мавжуд бўлмайди, қин оғзи бошланишининг шиллиқ пардаси шиллиқ анал каналига (вестибуляр эктопия) ўтади. Анал рефлексини текшириш доимо эктопирланган ёриқни ўраб турган ташқи сфинктернинг қисқаришини аниқлайди. Бармоқлар билан текширилганда яхши ўтказувчанлик, ёпиш аппарати тонусининг ифодаланганлиги аниқланади.

Ҳақиқий эктопияни атрезиянинг тешикли шакллари билан таққослаш зарур. Тешикли атрезияда унинг оралик диаметри сезиларли бўлиши мумкин, маълум вақтда бола туғилганидан кейин ичак фаолияти жабрланмайди, бу эктопияни эслатади. Яна қин констриктор толалари билан ўралган

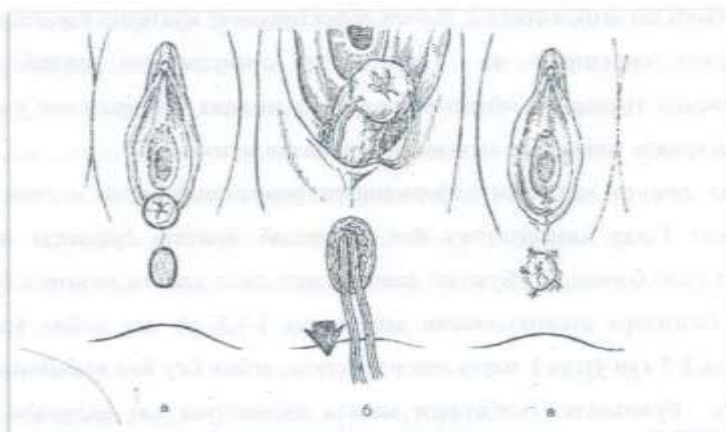
ректовестибуляр тешиклар билан атрезияда кузатилиши мумкин. Бирок, вақт ўтиши билан атрезияда ривожланувчи қабзият пайдо бўлади, бу эктопияда аниқланмайди.

Анал рефлексни текшириш вақтида атрезияда сфинктер аномал тешикдан ташқарида орқадан унга томон қисқаради, сфинктер кучи ва бошқа функционал текширишларни аниқлаш ҳам нормадан сезиларли оғишни кўрсатади. Чот оралигида анал тешигининг сфинктердан ташқари жойлашиши ва функционал оғишнинг минимал ифодаланиши ёки ифодаланмаслиги атрезиянинг тешикли шаклидан орқа чиқарув тешиги эктопиясининг асосий фарқ қилувчи белгилари ҳисобланади. Жарроҳдан юқорида аниқланган барча нарсалар мальформацияни нотўғри талқин қилмаслик учун ҳисобга олишни талаб қилади.

**Эктопияни даволаш.** Эктопияда жарроҳлик тактика охиригача аниқланмаган. Ушбу аномалияни билмаган, нормал жинсий ҳаёт кечирган, туққан аёлларда вестибуляр эктопия ёритилган. Шунга асосланган айрим муаллифлар болаликда жарроҳлик аралашувларини тавсия қилмайди ва уни кечиктириш зарур деб ҳисоблайди, чунки катта ёшдаги аёл ташриҳ тўғрисидаги масалани ўзи ҳал қилган деб билади. Шунга ўхшаш нуктаи назар функциоанл бузилиш мавжуд эмас, ташриҳнинг яхши натижасига ҳам кафолат бериш мумкин эмаслигини мустаҳкамлайди.

Фикримизча, ташриҳдан бош тортиш оралиқ эктопия ҳолатларида маъқулланган. Аммо вестибуляр эктопияни жарроҳлик йўли билан тузатиш зарур. Бўлғуси аёл нормадан аниқ оғишларни кутади: жинсий алоқада эктопирланган ёрик кин оғзида бўлганлиги сабабли аёл фарзандли бўла олмаган ҳолатлар мавжуд. Ундан ташқари, қиннинг орқа чиқарув тешигига бевосита яқинлиги жинсий йўлларни инфекцияланишига сабаб бўлади. Шунинг учун бўлғуси аёллар қизиқишларида кўрсатилган жарроҳлик аралашувлари вестибуляр эктопияда зарур, деб ҳисоблаймиз.

**Ташриҳ техникаси.** Кўпинча Стоун ташриҳи қўлланади. Эктопирланган ёриқ атрофи қин оғзи шиллиқ пардаси айланаси 0,5-0,7 см кесилади. Ёриқ бурчаги ушлағич ипни олади.



**42-расм.** Вестибуляр эктопияда Стоун ташриҳи.

а – келажакда орқа чиқарув жойида тери овал кесилади ва белгиланган тешик атрофида кесма кесилади, б – чот ораси ярасида сафарбар қилинган ичакни ушлаб турувчи иплар билан ушлаб туриш, в – ичак учи терили кесма бурчагига тикилади.

Эктопирланган тешикни ўраб турган мушак конгломератни ажратиш учун тери кесманинг ён томонига тарқатилади. Тери эктопирланган ёриқни ўраб турган мушак конгломератни кейинчалик ажратиш учун кесмадан бир томонга ажратилади. Охиригиси билан 4-5 смга ичак деворига сафарбар қилинади. Одатий жойлашган орқа чиқарув тешигида овал шаклидаги тери майдони 1,5 х 0,5 см кесилади. Шу яра орқали ичакнинг сафарбар қилинган учига туннел қилинади, тўғри ичак мушакларидан (уни орқага эгади) олдига ўтишга ҳаракат қилинади. Ундан кейин туннел етарлича кенг бўлганидан у орқали ушлағич ип учун сафарбар қилинган ичак чот оралиғи ярасига ўтказилади. Анал тешиги атрофидаги йўғон ичак учи терили кесма киргоғига тикилади, кайд этилган ичак девори оралиқ тўқималарига бир нечта капронли чоклар билан тикилади. Қин оғзи нуқсонни қаватма қават капронда тикилади.

## РЕАБИЛИТАЦИЯ

Болаларда аноректал мальформация жарроҳлик даволангандан кейин анал тешиги ва тўғри ичакнинг чандикли деформацияси ривожланиши мумкинлигидан огоҳлантириш, болага дефекациянинг мустақил ҳаракат қилиш малакасини сингдириш ва психомотор стимуляцияни ушлаб туриш функциясини тиклашдан иборат бўлган реабилитация тадбирларини узлуксиз ўтказиш орқали кониқарли натижаларга эришиш мумкин.

Анал тешиги чандикли деформацияси ривожланишининг олдини олиш мақсадида Гегар кенгайтиргич ёки пайпаслаб бужлаш ёрдамида донмий бужлаш олиб борилади. Бужлаш давомийлиги анал тешиги ҳолатига боғлиқ. Унинг белгилари стенозланмаган ҳолатларда 1-1,5 ой дан кейин ўшандай муддатда 3-5 кун ўтгач 1 марта назорат остида, кейин бир йил мобайнида ойда 3 марта бужланади. Навбатдаги масала индивидуал ҳал қилинади. Анал ёригининг чандикланиш белгилари кузатилган болаларда 2-3 ой мобайнида 2-3 марта кундалик бужлаш ишлари олиб борилади. Ундан кейин 1-1,5 ойлар мобайнида анал тешиги бир кунда 1 марта бужланади. Анал тешигини бужлаш билан бир вақтда болага физиотерапевтик даволаниш белгиланади.

Даволашнинг узоқлашган натижаларини баҳолаш учун тўғри ичакнинг инкор қилувчи аппарати функционал текширилди (проктография, сфинкстерометрия). Динамик кўрувда асосий эътибор қуйидаги клиник омилларга қаратилди: ануснинг ташқи тури, чет оралигининг ташқи тури, ануснинг жойлашиши, шиллиқ парда пролапси, анал ёриғи стенози.

Узоқлаштирилган таърихдан кейинги натижаларни баҳолаш методикаси асосида анатомик ва функционал самара бўлиб, клиник маълумотлар ва рентгенологик текширув натижалари бўйича баҳоланди.

Консерватив реабилитацион тадбирлар парhez, ташқи сфинктер мушаклари электростимуляцияси, анал сфинктер массажи, тозалов ва машқ қилувчи ҳуқналарни ўз ичига олади. Электростимуляция «Electronic incontinence stimulation 5000» аппарати ёрдамида олиб борилди.

Ташриҳнинг 2 –босқичидан кейин 15-20 –кунларда анал қисми ҳолатини назоратли баҳолаш билан анал тешиги биринчи бужланади. Ушбу даврдан бошлаб анал тешигини стенозлашга мойиллигини аниқлаш мумкин. Анал тешиги чандикли деформациясининг ривожланиши бармоқлар массажи ёки Гегар кенгайтиргичи ёрдамида доимий бужлашнинг олдини олади. Бужлаш давомийлиги анал тешиги ҳолатига боғлиқ. Сўнгги вақтларда бармоқлар билан бужлашдан ташқари, орқа ярим айлана бўйлаб 1-2 дақиқа анал сфинктери массаж қилинади. 1-1,5 ойдан кейин стенозлаш белгилари кузатилмаса, 1 ой мобайнида 3-5 кун ўтгач 1 марта бужлаш назорат қилинади, йил давомида ойда 3 марта бужланади. Кейинги масала индивидуал ҳал қилинади.

Болалар ҳаёт сифати ва сақлаш вазифларини баҳолаш мақсадида чот ораси проктопластика ташриҳидан кейин R.J.Rinital (1995) икаласи маълумотларидан фойдаланилди, бунда беморлар чот ораси проктопластикасидан 1,2 ва 3 йил ўтгач тўдйради.



## АСОСИЙ АДАБИЁТЛАР

1. Абрамов С.А., Копейкин В.Н., Сафронов В.В. Ультразвуковая диагностика функциональных заболеваний толстой кишки у детей. // *Материалы 9 съезда педиатров России*, 2001, стр. 9.
2. Аверьянов П.Ф., Чиж А.Г. Взаимосвязь инфекционного процесса и иммунного статуса у новорожденных. // *Материалы 3-й общероссийской конференции с международным участием «Гомеостаз и инфекционный процесс»*, Сочи, 14-16 мая 2002 года, с. 4.
3. Алиев М.М., Тураева Н.Н., Нарбаев Т.Т. Особенности защитной колостомии у детей с аноректальной мальформацией // *журнал Педиатрия №3-4 Ташкент-2011 г.* Стр 34-36.
4. Алиев М.М., Тураева Н.Н., Нарбаев Т.Т., Теребаев Б.А. «Результаты первично-радикальной коррекции детей с аноректальной мальформацией» // *журнал Педиатрия №1-2 Ташкент-2012 г.* стр 60-63.
5. Алиев М.М., Теребаев Б.А., Тураева Н.Н., Нарбаев Т.Т., Проблемы хирургической коррекции низких свищевых форм аноректальной мальформации у детей // *Педиатрия илмий амалий журнал №1-2 Тошкент 2013 стр 147-149*.
6. Алиев М.М., Тураева Н.Н., Теребаев Б.А., Нарбаев Т.Т., Ближайшие результаты промежностной проктопластики при низких формах аноректальной мальформации у детей // *Тиббиётда янги кун илмий рефератива, маънавий- марифий журнал №3 2013 стр 147-149*.
7. Аипов Р.Р. Актуальные вопросы классификации аноректальных мальформаций у детей // *Педиатрия и детская хирургия. Казахстан. 2008. – с. 30-32*.
8. Аллаберганов А.Т. Клоакальная форма атрезии прямой кишки у девочек. // *Автореферат дисс. канд.мед.наук. М., 1991. – 21. с.*
9. 3. Атагельдыев Т.А., Лениошкин А.И. Повторные операции при аноректальных аномалиях. В кн.: *Повторные операции на органах грудной и брюшной полости у детей. М. 1982, стр. 100 - 106.*
10. 4. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. И *Детская хирургия, 1997, т. 2, стр. 44-48, Санкт-Петербург, 1997.*
11. 5. Баиров Г.А., Островский Е.А. *Хирургия толстой кишки у детей. Л., 1974, стр. 207.*
12. Бозоров Ш.Т., «Аноректал ривожланиш нуксонлари анисланган болаларда превентив колостомалар ўрнатилш учун кўрсатмалар ва усулларни танлаш» *Автореферат дисс. 2021 йил*
13. Белобородова Н.В., Бирюков А.В. Эффективность современных режимов антибиотикопрофилактики на основе цефалоспоринов 3-го поколения (сравнительные исследования с фармакологическими и экономическими анализами). // *Детская хирургия, 1999, № 4, стр. 6-9.*
14. Гумеров А.А., Васильева Н.П., Латыпова Г.Г. Способ эхографического определения высоты атрезии прямой кишки у новорожденных. И *Детская хирургия, 2001, №6, стр. 10-12.*

15. Донецкий С.Я. Обоснование сроков лечения пороков развития у детей. Хирургия, 1969, № 7, стр. 3-10.
16. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия на пороге 21 века. //Детская хирургия, 2001, №1, стр. 4-7.

#### ҚЎШИМЧА АДАБИЁТЛАР

1. Исаков Ю.Ф., Лёношкин А.И., Донецкий С.Я. Хирургия пороков развития толстой кишки у детей. // Москва. «Медицина», 1972, 246с.
2. Каримов У.Ш., Лёношкин А.И. "Послеоперационные нарушения функции кишки и возможности их коррекции у детей при аноректальных аномалиях.//Вопросы современной педиатрии.- 2007.- №2.- стр.
3. Куц Н.Л., Грона В.Н, Джансыз Н.И. Реконструктивно-пластические операции на прямой кишке и аноректальной зоне. В кн.: Повторные операции на органах грудной и брюшной полости у детей. М., 1982, стр. 129-134.
4. Лёношкин А.И. Детская колопроктология. // Москва, Медицина, 1990, 352стр.
5. Лёношкин А.И. Хирургическая колопроктология детского возраста. // Москва, 1999.
6. Лёношкин А.И., Петровский М.Ф. Переднесагитальная про-межностная проктоаносфинктеропластика, как альтернатива заднесагитальной. // Материалы симпозиума «Реконструктивная и пластическая хирургия», Москва, 2001, стр. 50-60.
7. Лёношкин А.И., Черлак И.И. Проблемы сочетанной проктоурогенитальной патологии в детской хирургии. //Детская хирургия, 2001, №1, стр. 12-16

ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА

# БОЛАЛАРДА АНОРЕКТАЛ СОҶА ТУҒМА РИВОЖЛАНИШ НУҚСОНЛАРИ

Ш.Т. БОЗОРОВ



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

АНДИЖОН - 2022