

Ш.Т. Бозоров.

АНОРЕКТАЛ РИВОЖЛАНИШ
НУҚСОНЛАРИ АНИҚЛАНГАН
БОЛАЛАРДА ПРЕВЕНТИВ КОЛОСТОМАЛАР
ЎРНАТИШ УЧУН
КЎРСАТМАЛАР ВА УСУЛЛАРНИ ТАНЛАШ


Монография



Тошкент-2022 й.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

"ТАСДИҚЛАЙМАН"
Фан ва таълим бошқармаси
бошлиғи т.ф.д., профессор


У.С.Исмаилов
2022 й.

Бозоров Ш.Т.

**АНОРЕКТАЛ РИВОЖЛАНИШ НУҚСОНЛАРИ АНИҚЛАНГАН
БОЛАЛАРДА ПРЕВЕНТИВ КОЛОСТОМАЛАР ЎРНАТИШ УЧУН
КЎРСАТМАЛАР ВА УСУЛЛАРНИ ТАНЛАШ**

(монография)

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирлиги
Фан ва таълим бошқармаси

18.11.22
821-14/1292

Тошкент – 2022 й.

Тузувчилар:

Бозоров Ш.Т. Андижон давлат тиббиёт институти «Болалар хирургияси» кафедраси ассистенти.

Такризчилар:

Оллаберганов О.Т. Тошкент Педиатрия тиббиёт институти “Факультет болалар хирургияси кафедраси, доценти, т.ф.д.

Ғофуров А.А. Андижон давлат тиббиёт институти “Болалар хирургияси” кафедраси профессори.

Т.Ш. котиби

Монография Андижон давлат тиббиёт институтининг 2022 йил 28-октябрдаги 3-сонли йиғилишида кўриб чиқилди ва тасдиқланди.

АДТИ Кенгаш котиби т.ф.и, доцент

Н.А.Насирдинова

МУНДАРИЖА

КИРИШ	4
I БОБ. АНОРЕКТАЛ ТУҒМА НУҚСОНЛАРНИ ПРЕВЕНТИВ КОЛОСТОМИЯСИЗ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ МУАММОЛАРИ	12
1.1. Колостомиялар тарихи ва превентив колостомаларни ўрнатиш бўйича ёндошувлар	13
1.2. Колостомиялар таснифи	15
1.3. Превентив стомаларни ўрнатиш жойи ва усулларини танлашда мунозарали масалалар	19
1.4. Колостомаларни бартараф қилиш масалаларида турлича нуқтаи-назарлар	22
1.5. Колостомалар асоратлари	24
II БОБ. ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛИ ВА УСУЛЛАРИ	31
2.1. Тадқиқот гуруҳлари	31
2.2. Тадқиқот усуллари	38
III БОБ. БОЛАЛАРДА АНОРЕКТАЛ МАЛФОРМАЦИЯЛАРНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАРНИНГ ТАҚҚОСЛАМА ТАХЛИЛИ	45
3.1. Превентив колостомиясиз бажарилган аноректопластика асоратлари	46
3.2. Қорин-оралиқ аноректопластикалар асоратлари	50
3.3. Аноректал малформация шаклидан қати назар ўрнатилган колостомия асоратлари	52
IV БОБ. ПРЕВЕНТИВ КОЛОСТОМАЛАРНИ ЎРНАТИШ ЖОЙИ, УСУЛЛАРИ ВА УЛАРНИ БАРТАРАФ ҚИЛИШ ЙЎЛЛАРИ (ПРОСПЕКТИВ ТАХЛИЛ)	60
4.1. Аноректал малформацияларнинг куйи ва юқори шаклларида колостома ўрнатиш жойини танлаш	63
4.2. Аноректал нуқсонлар ва ривожланиш аномалияларида превентив колостома ўрнатиш усулларини танлаш	64
4.3. Ҳамроҳ келувчи бошқа аъзо ва тизимлар аномалияларида превентив колостомалар ўрнатиш жойи ва усуллари	71
4.4. “Фаолиятсиз” ичакнинг морфологик тавсифи	73
4.5. Превентив колостомалар асоратлари ва уларни даволаш усуллари	75
4.6. Превентив колостомалар билан юриш муддатлари ва уларни бартараф қилиш усуллари	77
ХОТИМА	82
ХУЛОСАЛАР	84
АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР	85
АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ	86

ШАРТЛИ ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ

АРМ - аноректал малформация

БАТН -бўлмачалараро тўсиқ нуқсони

ЖССТ -Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти

ОА -оралиқ аноректопластикаси

ПК -превентив колостомия

ҚОА -қорин-оралиқ аноректопластикаси

ҚАТН -қоринчалараро тўсиқ нуқсони

АННОТАЦИЯ

Аноректал малформацияларларнинг учраш даражаси йилига 1:9000 дан 1:2000 гачани ташкил этади. Аноректал малформацияларларнинг диагностикаси ва даволаш муаммолари нафақат ушбу соҳа эмбриогенезининг мураккаблиги, балки нуқсоннинг турли шаклларда учраши билан ҳам боғлиқ бўлиб, болаларнинг ҳаёт сифатини пасайшига, ногиронлик ва ўлим кўрсаткичларининг ошишига олиб келмоқда. Бу ўз навбатда болалар хирургиясида тиббий ва ижтимоий жиҳатдан долзарб муаммолардан бири бўлиб келмоқда.

Монографияда болаларда аноректал соҳа аъзоларининг ривожланиш нуқсонларида аноректал малформацияларни ташхислаш, даволашда ва аноректал нуқсонлар ва ривожланиш аномалияларида превентив колостома ўрнатиш усулларини танлаш амалиётларнинг самарадорлигини оширишга бағишланган малумотлар келтирилган

АННОТАЦИЯ

Частота возникновения аноректальных пороков развития составляет от 1:9000 до 1:2000 ч в год. Проблемы диагностики и лечения аноректальных пороков развития заключаются не только в сложности эмбриогенеза этого порока, но также с тем, что эти дефекты протекают в различных формах, что приводит к снижению качества жизни детей, увеличению показателей инвалидности и смертности. Всё это остается одной из наиболее острых медико-социальных проблем в детской хирургии.

В монографии приведены данные о выборе методов диагностики, лечения аноректальных пороков развития и установки предоперационной колостомы при аноректальных дефектах и аномалиях развития у детей с пороками развития.

ANNOTATION

The incidence of anorectal malformations ranges from 1:9000 to 1:2000 hours per year. The problems of diagnosing and treating anorectal malformations lie not only in the complexity of the embryogenesis of this defect, but also in the fact that these defects occur in various forms, which leads to a decrease in the quality of life of children, an increase in disability and mortality rates. All this remains one of the most acute medical and social problems in pediatric surgery.

The monograph provides data on the choice of methods for diagnosing, treating anorectal malformations and installing a preoperative colostomy for anorectal defects and developmental anomalies in children with malformations.

КИРИШ

Жаҳонда болалар колопроктологиясининг замонавий ривожланиш босқичида колостомалар ўрнатишнинг кўплаб усуллари ва турлари таклиф қилинган. Бироқ, колостомаларни шакллантириш, олиб юриш муддатлари, фаолияти тўхтаган ичак қовузлогининг ҳолати, шунингдек, кейинчалик ичак девори бутунлигини тиклаш билан боғлиқ асоратларнинг юқори даражаси (10% дан 33% гача) АРМ ни даволашда кўплаб тактик муаммолар ўз ечимини топмаганлиги болалар жарроҳлиги олдида турган ечимга муҳтож муаммолардан ҳисобланади. Шунинг учун АРМ нинг турли шакл ва кўринишларида колостома ўрнатишга кўрсатмалар ва монетьликлар, шунингдек йўғон ичакнинг стомалаш ўрни ва мақбул усулларини танлашда қарши кўрсатмалар, йўғон ичак стомасининг мақбул даражаси ва усулини танлаш усулларини мувофиқлаштириш бўйича тадқиқотлар амалга оширилмоқда. Бу борада АРМ ни даволашда ўз вақтида жарроҳлик амалиётини қўллаш натижасида саломатликни тиклаш, тиббиётнинг биринчи бўғини, шошилинч тиббий ёрдамни янада ислоҳ қилиш, ҳамда йўналтирилган жарроҳлик даволаш услубларини ишлаб чиқиш муҳим аҳамият касб этади.

Ҳозирги даврда мамлакатимиз соғлиқни сақлаш тизимида аҳолига тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини тубдан яхшилаш ва унинг кўламини кенгайтириш бўйича мақсадли чора-тадбирлар қўлланилмоқда. Мазкур йўналишда, хусусан АРМ бўлган болаларда хирургик даволаш сифатини яхшилаш бўйича ижобий натижаларга эришилган. Шу билан бирга, тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини такомиллаштириш учун ушбу нуқсонни хирургик даволашнинг янги усуллари самарадорлигини баҳолаш бўйича илмий асосланган натижалар талаб қилинади.

I БОБ. АНОРЕКТАЛ ТУГМА НУҚСОНЛАРНИ ПРЕВЕНТИВ КОЛОСТОМИЯСИЗ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ МУАММОЛАРИ

Аноректал соҳа аъзоларининг ривожланиш нуқсонлари – аноректал малформациялар (АРМ) нафақат анус, тўғри ичак, урогенитал трактнинг, балки кенг қўламдаги бошқа аъзо ва тизимлар тугма нуқсонлари ва аномалияларини ҳам ўз ичига олади [24, 29, 47, 54, 94, 125, 176, 177, 189]. Бу эса, маълум даражада, ўз вақтида танихислаш ва жарроҳлик тактикасини танлашда мураккабликлар келтириб чиқаради.

АРМ ни жарроҳлик йўли билан даволашнинг кўплаб усуллари мавжуд бўлиб, улар орасида АРМ нинг настки ва оралик шакллари учун бажариладиган орқа-сагитал ва оралик орқали олдинги-сагитал проктопластика операцияси “анъанавий” деб тан олинган. Кўпчилик жарроҳларнинг фикрига кўра ушбу операциялар яхши натижалар беради [18, 48, 63, 66, 99, 119, 137]. Бирок, яллиғланиш, чоклар нотурғунлиги, туширилган ичак ретракцияси, тўғри ичак шиллик каватининг тушиши ва нажас тута олмаслик каби асоратлар кўплаб учрайди ва 15-37% ни ташкил қилади [14, 61, 78, 92, 135]. Қоникарсиз натижалар сабаблари орасида етакчи бўлиб чокларнинг нажас массалари билан ифлосланиши хисобланади [92, 188]. Мутахассислар маълумотларига кўра, мазкур асоратни олдини олиш учун ичак чўлтоғини чоклар чегарасидан юқорироқда қолдириш [19, 49, 58, 67, 71, 97] ёки беморни узок муддат фақат парентерал озиклантиришга ўтказишга уринишлар кутилган натижаларни бермади [117, 128, 191].

АРМ нинг ўрта ва юқори оқмали шаклларида аксарият хирурглар томонидан қўлланиладиган корин-оралик ва сакро-корин-оралик проктопластика шаклидаги бир босқичли хирургик аралашувлардан кейин ҳам жароҳат чокларининг ифлосланиши сабабли оқмаларнинг қайталаниши, неоанус стенози, ораликдаги чандикли деформациялар кўринишидаги асоратларнинг учраш даражаси юқоридир [30, 40, 68, 111, 126, 131, 152, 168, 187].

Аксарият тадқиқотчилар аноректал нуқсонларни даволаш натижаларини баҳолаш нуқтан назаридан энг муҳим деб, операция ҳудудига ичакдан нажас

массасини ўтишини тўхтатиш учун превентив колостомасини ўрнатиш орқали хирургик жойини яллиғланишдан сақлаш имкониятларини излашни талаб қилади.

1.1. Колостомиялар тарихи ва превентив колостомаларни ўрнатиш бўйича ёндошувлар (нуқтан-назарлар)

Колостомия - йўғон ичак қисми ёки қовузлогини қорин олд деворига олиб чиқиш бўлиб, у юнонча «stomoun» яъни «тешик» маъносини англатади ва узок ривожланиш тарихига эга. АРМ ни даволашда стомалаш усули илк бор 1783 йилда ўрнатилган бўлишига қарамай, стомани ўрнатиш жойи ва усуллари болалар хирурглари орасида ханузгача муҳим муаммо бўлиб қолмоқда [52, 120, 154, 165, 173]. Клиник тадқиқотлар неонатал колостомия билан боғлиқ бўлган асоратларнинг юқори эканлигини кўрсатди, бироқ алоҳида шакллантирилувчи колостомия турлари бўйича мунозаралар давом этиб келмоқда [178]. Ушбу тадқиқот АРМ учун ўрнатилган қовузлоқли ва алоҳида колостоманинг клиник натижаларини таккослайди.

Илк бор 1710 йили Alexis Littre (Франция, 1658-1726) жаррохлар анжуманида ичак тутилиши кузатилган беморларни даволашда ичак стомасини ўрнатиш усулини таклиф қилди [145]. Илк стома (цекостома) 1776 йилда Н.Pillore томонидан ўрнатилган [115]. Кейинчалик 1975 йилга келиб С. Duret тўрт кунлик чақалоқда чап ёнбош соҳасида колостома шакллантирган ва у чақалоқ 45 ёшгача (умрининг охиригача) яшаган [201].

Махсус адабиётларда колостома ўрнатиш жойи тўғрисида турли хил фикрларни учратиш мумкин. Баъзи муаллифлар бу мақсадда сигмасимон ичакни, бошқалари кўндаланг чамбар ичакни, айримлари кўричак ва кўтарилиувчи чамбар ичакни танлашни тавсия қиладилар [84, 119]. Ушбу муаммо ҳозирги кунгача ўз ечимини топмаган. Кўриниб турибдики, биринчи навбатда колостома даволашнинг асосий ғоясига мос келиши, шунингдек кейинги операциялар давомида айрим қийинчиликларга олиб келмаслиги лозим.

Сўнгги йилларда аноректал нуқсонларни ҳимояловчи колостомаларсиз бартараф қилиш имкониятлари кенг ёритилмоқда, айрим нашрларда эса дастлаб стома шакллантирилиши тўғри деб ҳисобланади. Шу билан бирга, стомасиз операцияларнинг кенг қўламда қўлланилиши асоратлар хавфини оширади [48]. Колостомик асоратларни олдини олиш учун ичак стомасини ўрнатиш техникаси апохида аҳамият касб этади [69, 102].

АРМ нинг юқори шакллари ва клоака аниқланган болаларда, шунингдек қайта коррекцияловчи операциялардан олдин колостомия шакллантирилиши ва 2-3 ойдан кейин нуқсонни радикал коррекцияси амалга оширилиши тўғрисида муаллифлар ягона фикрга келганлар [85, 90, 98, 190, 195].

Кўпчилик мутахассислар, шунингдек Ўзбекистондан катор олимлар дастлаб колостомия ўтказиш, сўнгра боланинг вазни маълум массага етганда (одагга 8-10 кг) ёки 6-18 ойлигида проктопластика ўтказиш мақсадга мувофиқ эканлиги тўғрисидаги фикрни маъқуллайдилар. Бунга асос қилиб эса чаноқ соҳаси мушак тузилмалари, кичик чаноқ аъзолари, тўғри ичак қон томирлари ва нериларига ортикча жароҳат етказмаган ҳолда ва техник хатоларсиз мураккаб операцияларни бажариш учун оптимал шароитларнинг яратилиши деб ҳисоблайдилар [10, 14, 63, 78, 81, 87].

Бирламчи радикал операциялардан кейинги асоратларнинг учраш даражаси юқори эканлигини ҳисобга олиб, болаларда АРМ ларни даволашнинг дастлабки босқичи сифатида кўплаб муаллифлар томонидан колостомаларни шакллантиришнинг турли усуллари таклиф қилинган [106]. Малформациялар юқори шакллари, шунингдек қайта тикловчи операциялар бажарилгунга қадар дастлаб колостомия ўтказиш, 2-3 ой ўтиб эса нуқсонни радикал бартараф қилиш бўйича бир тўхтамга келинган [63, 146, 178, 190, 195].

Йўғон ичакнинг бошланғич қисмларига колостома қўйилиши кейинги операцияларни маълум даражада мураккаблаштиради. Шу билан бирга, колостоманинг ишлаш муддатини ҳисобга олиш лозим, чунки йўғон ичакнинг бошланғич бўлимларида колостома ҳосил қилиниши, ичакнинг кенгайтирилган

соғлом қисмини узок вақт жараёндан “узилиб” қолиши “фаолиятсиз ичак” синдромининг ривожланишига олиб келади.

Болалар колопроктологиясининг замонавий ривожланиш босқичида колостомалар ўрнатишнинг кўплаб усуллари ва турлари таклиф қилинган. Бирок, колостомаларни шакллантириш, олиб юриш муддатлари, фаолияти тўхтаган ичак қовузлогининг ҳолати, шунингдек, кейинчалик ичак девори бутунлигини тиклаш билан боғлиқ асоратларнинг юқори даражаси (10% дан 33% гача) АРМ ни даволашда кўплаб тактик муаммолар ўз ечимини топмаганлигидан далолат беради [63, 78].

Колоректал нуқсонларни ҳимояловчи колостомаларсиз бартараф қилишга кизиқишларнинг кўп бўлишига қарамасдан, юзага келиши мумкин бўлган асоратлари туфайли мазкур усулларнинг муваффақиятли эканлиги қафолатланмаган ва улар нафақат ичакнинг меъёрий фаолияти учун, балки анал тешикнинг сфинктер аппарати учун ҳам жиддий хавф туғдиради [2, 176].

1.2. Колостомалар таснифи

Бугунги кунга келиб кўплаб колостомия таснифлари таклиф қилинган. Gauderer M.W.L. [127] берган маълумотларга кўра колостомаларни кўрсатмаларга кўра қуйидагиларга бўлиш мумкин: декомпрессия учун стомалар, ажратиш ва эвакуация учун стомалар. Бундай стомаларга:

- бир ўзакли, терминал стомалар;
- икки ўзакли стомалар;
- қорин девори остида охир-ёнбош анастомозли терминал стомалар;
- Тери лахтакли қовузлоқ стомаси;
- Ёпиқ, кататерланган қовузлоқли ёки очиқ клапан мосламали стомалар.

Болалар колопроктологиясида энг мақбул бўлган тасниф В.Д. Федоров ва Е.П. Рудин [121] лар томонидан таклиф этилган бўлиб, унга кўра барча колостомалар қуйидагича бўлинади:

- мақсадга кўра - доимий ва вақтинчалик;

• турлари бўйича – деворолди, қовузолкли, алоҳидаланган (икки ўзакли), терминал (бир ўзакли);

• шакллантириш усули кўра:

A₁ - қорин олд девори жароҳати орқали ичакнинг тўғридан-тўғри ўтказиш билан;

A₂ - ичакни ретроперитонеал ўтказиш орқали;

B₁ - ичакни тери сатҳидан ортиқроқ (“устунчали”) чиқариш орқали;

B₂ – “ясси” колостома ўрнатиш;

• жойлашишига кўра – типик соҳа (кўричак, кўндаланг чамбар ичак, сигмасимон ичак) ва атипик соҳа (кўтарилувчи чамбар ичак, чамбар ичакнинг ўнг ёки чап эгрилиги, тушувчи чамбар ичак);

• асоратларнинг мавжудлиги ёки йўқлигига кўра:

1) асоратланмаган;

2) асоратланган:

а) эрта асоратлар (ичак тугилиши, эвентрация, ичак некрози, ичак ретракцияси, йиринглаш);

б) кечки асоратлар (параколостомик чурра, ичак эвагинацияси, стома стриктураси, параколостомик ва лигатурали оқмалар).

Баъзи ҳолларда стомани ўрнатиш техникасини бузилиши, ичак стомасини шакллантириш ва жойлаштириш усулини нотўғри танлаганлиги, стома ташувчи болани парварিশловчиларнинг етарли маълумотга эга эмаслиги оқибатида беморнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада ёмонлашувига олиб келувчи перистомал асоратларни ривожланишига олиб келади ва асосий касалликни даволашни янада мураккаблаштиради [194]. Ушбу жиҳатлар болалар колопроктологиясида колостомия усули ва жойлаштиришни танлаш масалаларининг долзарблигини белгилайди.

Кўпгина муаллифлар нуқсон шаклидан қати назар, превентив колостома ўрнатишни биринчи босқич сифатида бажаришни афзал кўришади [1, 3, 12, 20, 45, 51, 59, 65, 69, 77, 84, 136, 144, 165]. Уларнинг фикрига кўра, аномалияларнинг “юқори” шакллари дастлаб колостомия ўтказилгандан

сўнггина баргараф килиниши анча ишончлидир. Танлаш усули бўлиб операциянинг радикал босқичидан олдин олиб кетувчи ичак бўшлигини санация килиш ва унинг натижаси ўлароқ операциядан кейинги даврда септик асоратларни камайтириш имконини берувчи терминал стомаларни алоҳида чиқариш ҳисобланади [23, 34, 41, 131, 187].

Колостомияни сигмасимон ичакнинг дистал қисмига алоҳида тарзда ўрнатилиши мақсадга мувофиқдир. Сигмасимон ичакда нажас консистенцияси суяқ бўлмаганлиги туфайли сув мувозанатига боғлиқ бўлган гомеостаз бузилишлари деярли кузатилмайди. Колостомани чиқариш жойи эвагинация хавфи энг кам бўлган соҳадан, А.Рена [141] таърифи билан айтганда "...қорин парда ўтувчи қатламидан бошлаб ичакнинг дастлабки ҳаракатчан қисми..." дан чиқарилиши лозим. Ичакни кўпроқ проксимал чиқаришни талаб қилувчи ягона истисно - бу клоакал атрезия бўлиб ҳисобланади, чунки сигмасимон ичак қинни тиклаш учун зарур бўлиши мумкин [86, 87, 95, 137, 190, 195]. Колостомия нажаснинг тўсиксиз ўтишини тўлиқ таъминлайдиган тарзда бажарилиши керак. Нажаснинг ичакни ишламайдиган дистал қисмида тўпланиши проктопластикани мураккаблаштириши ва инфекция манбаи бўлиши мумкин, шунинг учун колостомия пайтида нажасни дистал қисмдан олиб ташлаш мақсадга мувофиқдир.

Колостома асоратларини даволашда энг катта тажрибага эга бўлган А.Ренанинг умумлаштирилган маълумотлари алоҳида қизиқиш касб этади [163]. Унинг ретроспектив кузатувлари энг кўп учрайдиган асорат бўлиб ичак пролапси эканлигини ва у йўғон ичакнинг "ҳаракатчан" қисмида содир бўлганлигини тасдиқлайди [101]. Бу каби маълумотлар бошқа манбааларда ҳам келтирилган [138]. А.Рена йўғон ичакнинг эвагинация ривожланишига энг мойил бўлган қуйидаги соҳаларини ажратиб кўрсатмоқда: кўндаланг чамбар ичакнинг ўнг қисми, сигмасимон ичакнинг проксимал қисми, тушувчи чамбар ичак [106, 162].

Энг яхши косметик натижани таъминлаш мақсадида L.Yang ва ҳаммуаллифлар киндик орқали икки томонлама транзверзостомия, сўнгра

лапароскопик ассистентланувчи проктопластика ўтказишни таклиф қилганлар. Муаллифлар шу каби анал атрезиянинг оралик ва юқори шакллари бўлган 20 нафар беморда яхши косметик самарага эга бўлишган [193].

2014 йил XII Россия педиатрлар ва болалар хирурглари конгресси доирасида «Аноректал ривожланиш нуқсонларини бартараф қилиш: консенсус» мавзусидаги симпозиумда Россия Федерацияси, Беларус ва Ўзбекистон болалар жарроҳларидан ташкил топган илмий ҳамжамият аъзолари орасида колостомаларни шакллантириш бўйича сўровнома ўтказилган [63]. Унда мутахассисларнинг фақатгина тўртдан бири аноректал нуқсонларни (анал мембранадан ташқари) дастлаб стомалаш, сўнгра радикал коррекцияни амалга ошириш лозимлигини ёқлаганлар. Худди шунча сонли жарроҳлар оралик ва вестибуляр окмаларни тузатишда стомадан фойдаланмайдилар ва экспертларнинг деярли ярми фақат клоакалар ва малформацияларнинг юқори шакллари аниқланган беморларда химоя стомасини ўрнатадилар. Шу билан бирга, аксарият экспертлар стомани олдиндан ўрнатишни тўғри деб ҳисоблайдилар.

Эндоскопик жарроҳликнинг ривожланиши ва АРМ ларни бартараф қилишда кенг қўламда қўлланилиши [31, 43, 91, 129, 170], интенсив терапия, ҳамда парентерал озиклантириш усулларининг такомиллашуви ва асоратлар профилактикаси ҳозирги долзарб вазиятни қисман ўзгартирди.

Халқаро тавсияларга мувофиқ [2, 107, 161, 166] превентив колостомия “алоҳида” ўрнатиловчи сигмостомияни бажаришдан иборат бўлиши керак, унинг асосий мақсади бўлиб эса нажас массаларини имкон даражасида чиқариб юбориш ва дистал сегментга кириб боришини олдини олишдир [69]. Кейинчалик аноректопластика бажарилишида тўқималарнинг етарли бўлишини таъминлаш мақсадида сигмасимон ичакнинг фақатгина бошланғич қовузлогидан фойдаланишга алоҳида эътибор қаратиш лозим. Фақатгина “ректал қопча” ёки кенг каналли клоакадан ташқари йўғон ичакнинг юқори қисмларига ўрнатилиши мақсадга мувофиқ эмас деб тан олинган [190, 195]. Ишончли “маҳкамлагич” шакллантирилиши билан амалга ошириладиган қовузлокли сигмостома ўрнатиш

амалиёти бажарилиши ҳам мумкин. Шунинг таъкидлаш керакки, даволаш усуллари натижаларининг, шу билан бирга асоратларнинг (диверсион колит кўринишидаги асоратлар [19, 73], колостомиянинг асоратлари) турли-туманлиги сабабли даволашнинг куйидаги тахминий муддатларига риоя қилиш тавсия этилади: неонатал даврдаги колостомия [113]; 2-3 ойликда радикал аноректопластика (клоакада 4-6 ойлик) [106]; операциядан 1-2 ойдан сўнг колостомани ёпиш [123]. Шунга карамай, аноректал малформация аниқланган болаларда превентив колостома ўрнатиш соҳаси ва усулини танлаш бўйича мунозаралар ханузгача давом этмоқда.

1.3. Превентив стомаларни ўрнатиш жойи ва усулларини танлашда мунозарали масалалар

Болалар колопроктологиясида тўғри ичак ва ораликдаги реконструктив операцияларида биринчи босқич сифатида ичак стомаси зарурлиги аниқ. Бундай вазиятларда стомани жойлаштиришдан мақсад йўғон ичак дистал қисмини дефекация жараёнидан ажратиш, унинг самарали битиши учун нақас массаларининг жароҳат соҳасига тушишини олдини олишдир. Бундай стомалар режалаштирилган тартибда (анус ва тўғри ичак атрезиясининг оралик шаклларида, кўпинча қизларда, масалан, 2-3 ойдан 6-12 ойгача ректовестибуляр оқмали анус атрезияда) [87] ва шошилинч вазиятда [108] (тўғри ичак атрезиясининг оқмасиз шакллари билан туғилган чақалоқларда, сийдик ажратиш тизимига оқмали тўғри ичак атрезиясининг юқори шакллари, оралик ва тўғри ичакнинг шикастланишлари бўлган беморларда) ўрнатилиши мумкин.

Амалиётнинг режали бўлиши стомани ўрнатиш пайтида ичак бўшлигининг “тозаллиги” билан белгиланади: ичак стомасини режали ўрнатишда, одатда, ичакни тайёрлашни амалга ошириш (ичакни нажасдан механик ва медикаментоз тозалаш) ва стомани операциянинг асосий босқичи масалан, проктопластика билан бирга бажарилиши мумкин.

Шошилинч операцияларда реконструктив аралашувлар стома яраси биттунга қадар қолдирилиши зарур, шунингдек, касаллик табиати, беморнинг ёши каби

бошқа омилларни ҳам ҳисобга олиш мақсадга мувофиқ. Амалиётда йўғон ичакни дистал қисмини ажратиш учун юқоридаги сабабларга қўшимча равишда бундай стомалар тўғри ичак ва оралик ўсмаларида (масалан, думгаза-дум тератомаларида) [11, 149], перинал соҳанинг гемангиомалари ва ораликда катта яра юзаларининг шаклланиши билан бирга келадиган катта реконструктив аралашувни талаб қилувчи бошқа касалликларда ҳам қўлланилади.

Превентив стома икки ўзакли бўлиши керак, бу биринчи навбатда дистал ичакни реконструктив операциядан олдин ва кейин санация қилиш учун, иккинчидан, текширув ўтказиш [109, 184], айниқса ичак оқмалари мавжуд бўлганда дистал колоостография учун жуда зарур [164, 185]. Амалиётда кўп учровчи, неонатал даврда тўғри ичак атрезиясининг юқори шакли бўлган чақалокларда бир ўзакли колоостома ўрнатиш нотўғри бўлиб, бу ташхислашда ва кейинчалик даволашда қатор мураккабликлар туғдиради.

Ҳозирги кунгача адабиётда аноректал нуқсонларда колоостома ўрнатиш усуллари ва ўрни ҳақида саволлар муҳокама қилинмоқда. Ушбу масала бўйича ягона нуқтан назар мавжуд эмас [69, 84, 102, 119].

S.Nour ва ҳаммуалифлар [156, 138] колоостомали болаларни даволаш натижаларини сарҳисоб қилиб, транзверзостомиянинг афзалликка эга эканлигини кўрсатганлар.

А.И.Ленишкин [139] ўнг томондан кўтарилувчи чамбар ичакни жараёндан узиб қўйишни таклиф қилиб, бу фикрини у сигмасимон ичак соҳасида колоостома ўрнатилиши кейинчалик радикал операция ўтказишда мураккабликлар келтириб чиқариши билан асослайди.

Levitt M. A. ва A. Pena ning [141] фикрича, терминал стомаларни алоҳида чиқарилиши келгусида нуқсонни радикал бартараф қилишда хавфсизликни таъминлайди. Бундан ташқари, мазкур усулда ичакнинг олиб кетувчи охири орқали ирригография ўтказиш ҳамда атрезияланган ёпик қопчанинг кичик чанок аъзолари билан ўзаро анатомо-топографик муносабати ҳақида тўлиқ тасавур ҳосил қилиш имкониятини беради [166, 180]. Йўғон ичак пастга тушувчи соҳасидаги колоостома шубҳасиз афзалликларга эга бўлиб, бу ҳолда йўғон

ичакнинг жуда кичик қисми жараёндан ажратилади ҳолос. Муҳим жиҳатлардан бири шундаки, агар беморда сийдик ажратиш тизими билан кенг окма бўлса, сийдик кўпинча йўгон ичакка чикиб кетади ва стома йўгон ичакнинг ўрта қисмларига ўрнатилса, сийдик резорбция бўлиб, метаболик ацидоз келтириб чиқаради [74].

Стома ўрнатиш соҳасини танлаш ҳам муҳим рол ўйнайди. Ушбу масаладаги асосий тамойили реконструктив операция ўтказиш пайтида ишлатиладиган ичакнинг дистал қисми узунлигининг етарли бўлишидир. Колостома ўрнатишнинг оптимал ўрнатиш соҳаси бўлиб тушувчи чамбар ичак пастки чегарасида, сигмасимон ичакнинг бошланиш қисми ҳисобланади. Ушбу соҳа операциядан кейинги даврда йўгон ичак тушувчи қисмининг барқарорлиги ва эвагинацияга мойил эмаслиги, сигмасимон ичакнинг деярли ҳар доим бир ёки бир нечта қўшимча қовузлоқлари борлиги ва ораликқа туширилганда ичак этишмовчилиги келиб чиқмаслиги туфайли қулайдир. Бундай стомани шакллантиришдаги таъкидлаш керак бўлган жиҳати бурчак аркадани сақлаб қолиш зарурати бўлиб, бу кейинчалик йўгон ичакнинг мобил бўлинмасини ораликқа тушириш имконини беради. Стомани кўндаланг чамбар ичакка ўрнатиш ҳам мумкин, ammo кўндаланг чамбар ичак туткичининг мавжудлиги ва бу қисмининг ҳаракатчанлиги сабабли ўрнатилган стомалар эвагинацияга кўпроқ мойил бўлади. Неонатал даврда тўғри ичак атрезиясининг юқори шакллари (ўғил болалардаги ректо-уретрал окма ва қизларда клоакал малформациялар), айниқса ректо-уретрал окмаларида йўгон ичак дистал қисмига нажас тушишини бутунлай истисно қилиш мақсадида стомалар алоҳида тарзда ўрнатилиши лозим.

Худди шу сабабларга кўра оралик соҳасининг шикастланишларида ҳам алоҳидаланган стома ўрнатилиши афзалдир [168]. Одатда, бундай стомалар беморда бир неча ойгача, баъзан эса бир йилдан кўпроқ вақт давомида туради. Стомани ўрнатишнинг ушбу техникасида, нажас массалари билан контакт туфайли чоклар нотурғунлиги, стоманинг олиб кетувчи ва келувчи охирлари орасидаги жароҳатнинг йиринглаши каби асоратлар учрайди [92, 152]. Бундай

вазиятларда нажас тўпловчи қопчаларни маҳкамлаш ва парваришлаш бирмунча қийинлашади.

Кўкрак ёшидаги болаларда ректовестибуляр ва ректо-перинеал оқмалар бўлган чакалоқларда стомани операциянинг асосий босқичи билан бир вақтда бажариш мумкин бўлган вазиятларда биз қовузлоқли икки ўзақли стома ўрнатишни афзал кўрамиз, чунки бундай операциялардан кейинги реабилитация даврини бир оз қисқартириш имкони мавжуд ва стома ўртача бир неча ҳафта давомида ишлайди. Бундай стома операция натижаларини ёмонлаштирмайди ва яхши косметик натижаларни беради. Икки ўзақли стомани танлаш усулидан қатъи назар, биз стомани унинг олиб келувчи учи диаметри олиб кетувчи учидан анча кичикроқ қилиб қўллашни афзал кўрамиз. Бу ичак ичидаги нажасни қайтиб тушишига йўл қўймайди ва стомани парвариш қилишни осонлаштиради.

Тўғри шакллантирилган стома функциясини бажариш мобайнида бемор боланинг ахволини оғирлаштирмасдан, балки уни енгиллаштириши зарур. Бир қарашда, ичак стомасини ўрнатиш каби оддий кўринувчи операция беморнинг ҳаётига хавф солувчи, техник хатоликлар билан кечувчи кенг қўламли асоратларга олиб келиши мумкин.

1.4. Колостомаларни бартараф қилиш масалаларида турлича нуқтаи-назарлар

Адабиётларда АРМ ни кўп босқичли даволашда колостомани ёпиш муддатлари ва шунга мувофиқ нуқсонни даволашни яқунлаш масаласи фаол муҳокама қилинади. S. Hasset ва ҳаммаллифлар [132] кузатувлари давомида гўдақларда асоратларнинг учраш даражасининг юқори эканлигига асосланиб, махсус монельликлар бўлмаган тақдирда стомани асосий операциядан 3 ҳафта ўтгач режали равишда беркитишни тавсия этадилар [40]. Европа ва АҚШ нинг етакчи клиникаларида операциянинг яқунловчи босқичи боланинг 3-4 ойлигида бажарилади [105].

A. Millar ва бошқалар [151] кўкрак ёшидаги болаларнинг тана вазни 6 кг гача кўтарилганидан сўнг стомани бартараф қилишни афзал кўрадилар ва буни ўз кузатувларига кўра вазни секин ортиб боровчи ва/ёки қон плазмасидаги альбумин

миқдори паст даражада бўлган болаларда операциядан кейинги асоратларнинг учраш даражаси анча юқори эканлиги билан асослайдилар. Шунингдек, стомани эрта ёпилиши гипотрофияси бўлмаган гўдаклардагина бажаришни тавсия қиладилар.

S. Maerzheuser [148] эса ўз тадқиқотида асоратлар сонига нисбатан боланинг вази ва стоманинг ёпилиш вақти ўртасида ҳеч қандай боғлиқлик йўқ деб топади. Унинг таъкидлашича, стомани эрта ёпиш ва етарлича жиҳозланган реанимация бўлимларининг мавжудлиги натижаларни яхшилашга имкон беради.

Бир қатор муаллифлар аноректал соҳанинг туғма нуқсонлари бўлган болалар ёши 1-1,5 йилга етганда даволашни яқинлаш лозим деб ҳисоблайдилар [16, 110, 124]. Ушбу ёнда операция ўтказиш маъқул эканлигига далил сифатида муаллифлар тўғри ичак ва мушак комплексининг етарли ўлчамда бўлганлиги туфайли осон визуализацияланиши, шунинг учун ҳам операцияни ишончли бажариш мумкинлигини келтирадилар. Бундан ташқари, стоманинг эрта ёпилиши перинеал мушакларининг эртароқ фаоллашувига ва ўз навбатида, прогностик жиҳатдан тўғри ичак функциясини эртароқ тикланиш имконини беради.

Замонавий оптик воситалар оралиқнинг энг кичик тузилмаларини кўриш имконини беради [32, 75, 79, 80, 93, 118]. Бундан ташқари, колостоманинг эрта ёпилиши билан анастомоз нотурғунлиги эҳтимоли камаяди, чунки бунинг сабабларидан бири бўлиб, ичакнинг анастомозланган қисмлари диаметрлари ўртасидаги номутаносибликдир. Бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра, ичакнинг олиб келувчи қисмини кенгайтириш стома ўрнатиш давомийлиги билан мутаносиб равишда боғлиқ [100]. Ҳозирги вақтда ичакнинг олиб келувчи қовузулги кенгайишининг сабаби ва унинг ривожланиш механизмлари аниқланмаган.

1.5. Колостома асоратлари ва уларни даволаш усуллари

Перистомал асоратларни эрта ва кечки, стомани ўрнатиш техникасига боғлиқ ёки боғлиқ бўлмаган деб таънифлаш мумкин, шунингдек жарроҳлик йўли билан тузатишни талаб қиладиган ва консерватив даво усуллари билан

тўхтатилиши мумкин бўлган асоратларга бўлинади. Ичак стомаси ўрнатилгандан кейин турли вақтларда пайдо бўладиган асоратларни батафсилроқ кўриб чиқамиз.

1.5.1. Эрта асоратлар

1. *Операциядан кейинги дастлабки даврда қон кетиши.* Ичакнинг териға тикилган қирраларидан кичик қон кетиши одатда ўз-ўзидан тўхтайдиган ёки босиб турувчи боғлов қўйишни талаб қилади. Агар бу самарасиз бўлса, маҳаллий равишда гемостатик губка, аминаокапрон кислота эритмалли боғлов ёки Тахокомб пластинкаси ишлатилади, ҳамда парентерал гемостатик терапия амалга оширилади [15]. Шунингдек тутиш керакки, водород пероксидни маҳаллий қўллаш ичакнинг шиллик қаватида маҳаллий қуйиш пайдо қилиши ва унинг натижасида ичак туткичи томирларидан кўпроқ қон кетишига сабаб бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда томирларни боғлаш ёки электрокоагуляция амалга оширилади. Гематологик касалликлар ва турли хил коагулопатиялар билан оғриган беморларда ДВС-синдром ривожланишини олдини олиш учун терапияни бутун арсеналидан фойдаланган ҳолда (қон препаратларини қуйиш, ивиш омиллари ва бошқалар) гемокоагуляция тизимини тартибга солиш зарур [64].

2. *Ичак эвентрацияси.* Ингичка ичак қовузуқлари ичак стомаси ўрнатилган операциядан кейинги жароҳат орқали тушиб қолиши мумкин. Ушбу асорат стома соҳасидаги чоклар нотурғунлигида ёки стомани ўрнатиш пайтида қорин деворида жуда кенг канал ҳосил қилинганда ва ичак девори етарлича тикилмаган бўлса ривожланади. Бундай вазиятда ичак эвентрациясини бартараф этиш ва стомани тиклаш учун шошилиш операция амалга оширилади [69, 72]. Бундай ҳолда операциядан кейинги ичак фалажи фониде қорин бўшлиғи босимининг ортиши, перитонит пайтида тўқималарнинг регенератив қобилиятининг ўзгариши ёки глюкокортикоид гормонлар билан юқори дозали терапия фониде беморнинг ҳолсизлиги (гипотрофия, гипопроteinемия) мазкур оқибатга олиб келувчи омиллардан ҳисобланади [53, 182].

3. *Чиқарилган ичак некрози.* Бу бир қатор сабабларга боғлиқ бўлган энг жиддий асоратлардан бири: қон томир билан яхши таъминланмаган ичакни

чиқарилиши; тутқичи тортилиб қолган ичакни чиқарилиши; жуда тор жароҳат каналида ичакнинг қисилиши; ичак ва тутқични ўз ўқи атрофида буралиб қолиши; ичак тутқичи қон томирлари тромбози [7].

Некроз чиқарилган ичакнинг терминал ва бошқа қисмларига ҳам таъсир қилиши мумкин. Кўпинча, ушбу асорат бир ўзакли стомалар шакллантирилганда юзага келади. Некроз ривожланиши билан олиб ташланган ичакнинг шиллиқ пардаси кўкимтир тусга кириб, кейин қораяди. Агар некроз кенгайтирилмаса ва ҳаётга яроқли ичак операциядан кейинги яра қирраларидан бир оз пастроқ бўлса, бу перистомал тўқималарда йирингли яллиғланиш жараёнлари ривожланиши билан стоманинг тери ва шиллиқ қават ўртасидаги чокларини нотурғунлигига олиб келади ва кейинчалик стомани ретракциясига, чандиғланишига ва стома тешигининг стенозига олиб келади [17, 25, 58, 102, 131, 187]. Агар некрозга учраган ичак қисми узун бўлса, у ҳолда перитонит хавфи мавжуд бўлиб, ўзгарган жойни резекция қилиш ва стомани тиклаш бўйича шошилиш жарроҳлик аралашувини талаб қилади [134].

4. Стома ретракцияси қуйидаги ҳолларда юзага келиши мумкин: операция пайтида ичак тортиб маҳкамланганда; ичак деворининг нотўғри фиксациясида; ичак тутқичидан ўтган, икки ўзакли стоманинг шаклланмаган “маҳкамлагичи” ёки тутқич орқали ўтказилган фиксатор муддатидан олдин олиб ташланганда; стома жароҳати битишининг бузилиши. Стома ретракцияси стома тешигининг торайиши билан кечиши мумкин. Икки ўзакли стома ретракциясида ичак массалари олиб кетувчи соҳасига тушиши оқибатида стома функцияси бузилади. Кўпинча стома ретракцияси нажас тўпловчи қопчани маҳкамлашга тўсқинлик қилади, бу эса ўз навбатида перистомал дерматит ривожланишига олиб келади [85, 171].

5. Стома эвагинацияси. Ичакнинг стома орқали тушиб қолиши ичакнинг қатта ҳажмда эркин престома қисмини қорин бўшлиғида қолдириш билан боғлиқ, унинг ҳаракатчанлиги туфайли колостома тешиги орқали ташқарига ағдарилиб чиқиши мумкин [122]. Бунга қуйидаги сабаблар олиб келиши мумкин: ичак фалажи фонида қорин ичи босимининг ортиши, перистальтикани

кучайтирадиган ва қорин димланишини оширадиган маҳсулотлар истеъмол қилиш. Ушбу асоратни олдини олиш учун стомани ўрнатишда ичак деворларини мушакларга ва қорин олд деворининг апоневрозига яхшилаб маҳкамлаш, олиб чиқилган ичакнинг диаметрига қараб стома ярасини ҳосил қилиш керак. Икки ўзакли стома ўрнатилганда тутқич чети бўйлаб 2-3 та сероз сиртмокли чоклар қўйиш стоманинг олиб келувчи ва олиб кетувчи қисмларини бир-бирига яқинлаштиради, бу эса “маҳкамлагич” яратишга имкон бериб, ичак эвагинциясини олдини олади. Ичакнинг сезиларсиз тушиб қолишида консерватив чоралар - овқатланишни тўғрилаш ва колостома юзасини босиб турувчи пахта-докали ёстикчадан фойдаланиш мумкин. Ичакнинг сезиларли даражада тушиб қолишида, айниқса стома тешигида қисилиб қолганда, жарроҳлик йўли билан даволаш - стомани тиклашга кўрсатма бўлади [147].

6. *Параколостомик яллиғланишлар* - операциядан кейинги даврда кўп учрайдиган асоратлардан бўлиб, бу операциядан кейинги жароҳатнинг четларига ичак ажралмаси тушиши билан боғлиқ. Ушбу асорат, одатда консерватив терапия усуллари (маҳаллий антисептиклардан фойдаланиш, стома парвариллаш воситалари - паста, химоя кремлари ва плёнкалардан фойдаланган ҳолда ахлат қопчалари турларини танлаш) билан бартараф этилади. Аммо яранинг яллиғланиши келажақда кўпол чандиқ ҳосил бўлишига ва колостома тешигининг стенозига олиб келиши мумкин. Гематомаларнинг сабаби - чиқарилган ичак атрофидаги яра канали жуда кенглиги билан етарли даражада пухта бўлмаган гемостаз. Агар кон тўхтатилган бўлса ва ичак қорин деворидаги канални тўлиқ тўлдирса, гематома ҳосил бўлмайди. Параколостомик хўппозлар - гематоманинг яллиғланиши билан боғлиқ тез-тез келиб чиқадиган натижасидир. Бундан ташқари, асоратлар занжири муқаррар равишда оқма, стеноз, чурра ва бошқаларнинг пайдо бўлишига олиб келади. Ушбу асоратлар параколостомик бўшлиғининг инфекцияси билан, айниқса, яра каналида ичак деворини апоневрозга сўрилиб кетмайдиган иплар ёрдамида тикиш билан боғлиқ. Бундай ҳолда, кейинчалик стриктурага олиб келувчи, узоқ вақт давомида мавжуд бўлган бир нечта микроабсцеллар ва оқмалар пайдо бўлади. Ушбу асоратларни даволаш

мураккаб бўлиб, стомани яратиш учун тўғри техникани қўллаш орқали уларни олдини олиш афзалроқ [130, 142, 143, 192].

1.5.2. Кеч перистомал асоратлар

1. *Стома стенози.* Бу нотўғри шаклланган колостоманинг энг кенг тарқалган асоратидир. Торайиш ичакнинг охирида, тери сатҳида ёки чуқурроқда - ажратилган апоневроз соҳасида бўлиши мумкин. Стома стенози пайдо бўлишининг сабаблари бўлиб, чамбар ичакнинг терминал соҳаси таранглик билан олиб чиқилиши, бу эса унинг яра каналига ретракциясига, тери яраси қирраларининг чандикланишига ва тери соҳасида дағаллик пайдо бўлиши, ичакнинг олиб чиқилган қисми қон билан таъминланишининг ёмонлашуви, унинг некрози, тери яраси ва ичак девори қирраларида чандик пайдо бўлиши, шу билан бирга мушак-апоневротик қатламда жуда тор тешик ҳосил бўлиши, ичакнинг қисилиб, кейинчалик уни стенозланиши ҳисобланади. Тери юзасида эса визуал кўринишда бутунлай меъёрий колостома аниқланади, бироқ ичак атрофида старли даражада гемостазга эга бўлмаган жуда кенг канал ҳосил бўлади. Бу эса юқорида айтиб ўтилганидек, атроф тўқималарни янада чандикланишига олиб келадиган гематомалар ва абсцессларнинг шаклланишига олиб келади, чиқарилган ичак девори яра каналининг чуқурлигида сўрилмайдиган тикув материалларидан (ипак, нейлон, лавсан) апоневрознинг четларига тикилган циркуляр чоклар билан маҳкамланганда эса кўрсатилган жойдаги оғир чандикли стенозга олиб келувчи гранулёмалар ҳалқаси ҳосил бўлади. Ичакнинг олиб чиқилган сегментини ўқи бўйлаб буралиши, агар ушбу техниканинг нуқсони ичак тугилишини баргараф этиш операциясидан кейинги дастлабки кунларда ўзини намоён қилмаса, келажакда нажас ажралиши билан муаммолар бўлиши мумкин. Колостома ўрнини нотўғри танлаш - киндик яқинида, тос суяги қирраси яқинида ёки операциядан кейинги "эски" чандик соҳасида ўрнатиш чиқарилган ичакнинг бу соҳаларда зич тўқималар билан деформацияланишига олиб келади [62, 155, 158, 160, 174].

Стома каналининг торайиши ичакнинг бўшалишига тўсқинлик қилади ва ичак тугилиши клиникасини бериши ҳам мумкин. Ичак бўшлиғи стенози аста-

секин ривожланиб, дастлаб фақат нажасни чиқаришни биров кийинлаштиради. Стоманинг дисфункцияси билан боғлиқ кучли торайиш пайдо бўлганда, стомани қайта тиклаш лозим бўлади. Узоқ вақтдан бери турган стриктура, келажакда ичкадаги реконструктив операцияни мураккаблаштириши мумкин бўлган ичак деворларида қайтмас жараёнларнинг ривожланиши билан устки қисмларнинг супрастенотик кенгайишига олиб келади. Юқоридаги барча асоратлар, асосан, ичак стомасини ўрнатиш техникаси ва методикаларига амал қилмаслик билан боғлиқ.

2. *Параколостомик чурра.* Болаларда ичаклар ва қорин девори орасида чўнтаклар ҳосил бўлишидан келиб чиқувчи чурралар билан боғлиқ асоратлар кам учрайди. Ушбу асоратнинг сабаблари бўлиб мушак-апоневротик катламда жуда кенг канал ҳосил бўлиши, чиқарилган йўғон ичакнинг ёнида бўш жой қолиши, нервларнинг кесилиши ва тўқима шикастланиши туфайли қорин девори мушаклари атрофияси ва юқорида батафсил тавсифланган параколостомик яллиғланишлар ҳисобланади. Ичакни нажас ажратишининг бузилиши билан келадиган катта чурраларда даволаш жарроҳлик йўли билан амалга оширилади - апоневроз пластикаси ёки уни махсус синтетик тўрлар билан мустаҳкамлаш ўтказилади. Бундан ташқари, стомани қорин деворининг бошқа жойига кўчириш билан тиклаш каби катта ҳажмли аралашувлар ҳам ўтказилиши мумкин.[103, 104, 114, 116, 153, 175, 181].

3. *Перистомал соҳанинг теридаги яллиғланиш билан кечувчи ўзгаришлари* (перистомал дерматитлар). Гиперемия, перистомал соҳанинг мацерацияси ва стома атрофидаги терининг эрозив ва ярали шикастланишлари кўп ҳолларда нотўғри парвариш билан боғлиқ ва зарарланган терига ичак ажралмасининг кўзгатувчи таъсири ва инфекцияланишидан келиб чиқади. Фақат тўғри шаклланган ичак стомаси ичак ажралмасини самарали тўплайдиган замонавий ахлат қопчалари ва перистомал соҳанинг терисини химоя қиладиган парваришlash воситаларидан тўғри ва осон фойдаланишга имкон беради [112, 158, 167, 179].

Хулосалар.

Превентив ёки енгиллатувчи ичак стомаларини мутаносиб ўрнатиш-йўғон ичак ва оралиқ соҳасидаги ривожланиш нуқсонларини бартараф қилишнинг муҳим босқичидир. Колопроктологик патологияси бўлган беморларнинг деярли ярми колостомияга муҳтож. Афсуски, колостомия ўрнатишда тактик ва техник хатоликлар сабабли турли хил асоратлар учраб, кейинчалик радикал операцияни бажаришда мураккабликлар туғдиради. Аворектал малформацияси бўлган болаларда превентив колостома ўрнатиш мақсадга мувофиқлиги тўғрисида мунозаралар ҳануз давом этмоқда. Шунингдек, колостома ўрнатиш ўрни ва техникаси масалалари баҳслилигича қолмоқда. Стома ташувчанлик муддати ва уларни беркитиш масалалари ҳам якуний ечимини топа олгани йўқ. Келтириб ўтилган масалалардан келиб чиқиб, мазкур муаммони нафақат чуқур ўрганиш, балки стома ташувчи бемор болаларга ихтисослашган ёрдамни самарали ташкил қилиш учун профили бўлимларда стоматерапия марказларини ташкил қилиш, ичак стомасини парваришlash бўйича бемор болалар ва уларнинг ота-оналарига бу борада таянч маълумотларни тақдим қилиш зарурати туғилади. Бундан ташқари, ҳудудларда муассасалар фаолиятини яхшилаш мақсадида болалар жарроҳларини ихтисослаштирилган клиникаларда мавзувий малакасини ошириш мақсадга мувофиқдир. Бу эса, ўз навбатида енгиллатувчи ва превентив ичак стомаларини шакллантиришда тактик ва техник хатоликларни сезиларли даражада камайтириш, шунингдек стома ташувчи беморларни ўз вақтида ижтимоий мослашувини таъминлайди.

Колостома шакллантириш усулларининг турли-туманлиги, энг яхши ва кам асоратли стомалар борасида ҳанузгача мунозараларнинг давом этаётганлиги ва адабиётларда уларнинг мақсадга мувофиқлиги ва самарадорлиги тўғрисида етарли даражада исботланган маълумотларнинг камлиги мазкур тадқиқотни ўтказишга ундади.

II БОБ. ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛИ ВА УСУЛЛАРИ

2.1. Тадқиқот гуруҳлари

Таdqиқотда белгиланган мақсад ва вазифаларга эришиш учун 2015-2020 йиллар давомида Тошкент педиатрия тиббиёт институти клиникаси ва Андижон вилоят болалар кўп тармокли тиббиёт маркази жаррохлик бўлимларига аноректал малформациянинг оқмали ва оқмасиз турлари билан, шунингдек Республика перинатал марказларида ва яшаш манзилидаги тиббиёт муассасаларида дастлабки колостома шакллантирилган, аноректал малформациянинг юкори ва ўрта турлари аниқланган 0 ёшдан 12 ёшгача бўлган 159 нафар бемор болаларнинг даволаш ва кузатув натижалари тахлил қилинди (2.1 -жадвал).

2.1 – жадвал

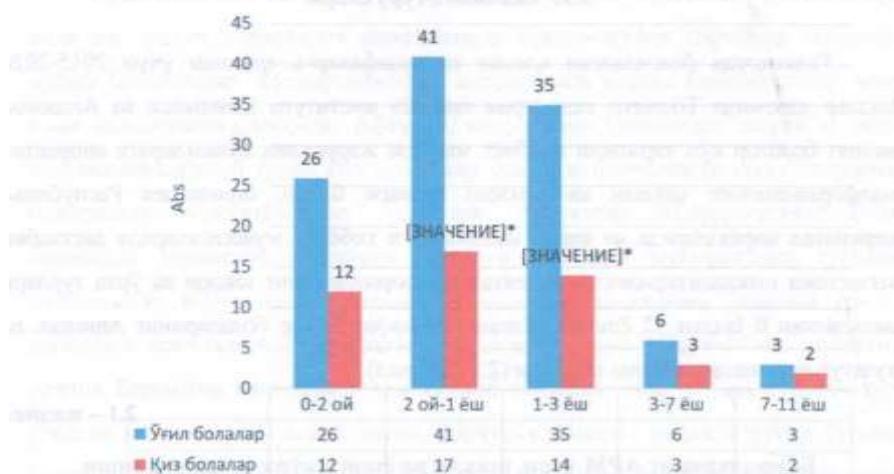
Беморларнинг АРМ тури, шакли ва ёшига кўра тақсимланиши

№	АРМ турлари ва шакллари	Беморлар ёши (Д.Б. Эльконин бўйича) ¹										Жами	
		Чақалоклар		Гўдақлар		Эрта ёшли болалар		Мақтаб ёшигача болалар		Эрта мақтаб ёшидаги болалар			
		0-2 ой		2 ой -1 ёш		1-3 ёш		3-7 ёш		7-11 ёш		abs	%
		abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%		
1	Оқмали куйи шакли	2	1,26	5	3,14	3	1,9	-	-	2	1,26	12	7,6
2	Оқмасиз куйи шакли	4	2,51	3	1,9	5	3,14	1	0,63	1	0,63	14	8,81
3	Оқмали ўрта шакли	4	2,51	18	11,3	7	4,40	1	0,63	-	-	30	18,8
4	Оқмасиз ўрта шакли	7	4,40	10	6,3	13	8,18	3	1,89	1	0,63	34	21,4
5	Оқмали юкори шакли	3	1,89	11	6,92	-	-	-	-	-	-	14	8,81
6	Оқмасиз юкори шакли	23	14,5	16	10,1	11	6,92	4	2,51	1	0,63	55	34,6
	Жами	43	27,1	63	39,6	39	24,5	9	5,6	5	3,15	159	100

Жадвал маълумотларида кўриниб турганидек, АРМ нинг анатомик шаклига кўра оқмали шакли 56 (35,2%) нафар, оқмасиз шакли эса 103 (64,8%) нафар

¹ Гуров В.А. Хронобиология. Возрастная периодизация // Universum: Химия и биология: электрон. научн. журн. 2018. № 4(46).

болаларда аниқланди. Шулардан 111 (69,8%) тасини ўғил болалар, 48 (30,2%) нафарини қиз болалар ташкил қилган (2.1 – расм).



2.1-расм. Аноректал малформация аниқланган бемор болаларнинг жинси бўйича тақсимланиши

* - $p < 0,05$; ўғил болаларга нисбатан фарқлар ишончлилиги

2.1-жадвал ва 2.1-расм маълумотларидан кўриниб турибдики, турли шаклдаги аноректал малформациялар 0 ёшдан 3 ёшгача бўлган болаларда ($n=145$; 91,2%), шу билан бирга барча ёш гуруҳларидаги ўғил болаларда ($n=111$; 69,8%) кўпроқ учради.

Кузатув даврида бемор болаларни текшириш жараёнида АРМ ларнинг учраши мумкин бўлган барча турлари ва шакллари кузатилди. Шунингдек, замонавий адабиётларда акс эттирилмаган жуда кам учрайдиган АРМ турлари ва АРМ нинг бошқа аъзо ва тизимлардаги ривожланиш нуқсонлари билан бирга учровчи турлари ҳам аниқланди.

Аноректал малформациялар хусусиятига кўра беморлар тақсимоми 2.2-жадвалда келтирилган.

Аноректал малформациялар турига кўра беморлар тақсимоти

№	Аноректал малформация турлари	abs	%
Оқмали	Анус атрезияси, ректовестибуляр оқма	9	5,66
	Анус атрезияси, тўғри ичак-оралиқ оқмаси	7	4,40
	Анус атрезияси, ректовагинал оқма	7	4,40
	Анус атрезияси, ректоуретрал оқма	8	5,03
	Анус атрезияси, ректовезикал оқма	7	4,40
	Анус атрезияси, ректоскротал оқма	3	1,89
	Нормал анусда ректовестибуляр оқма	6	3,77
	Нормал анусда ректовагинал оқма	9	5,66
	Жами	56	35,22
Оқмасиз	Анус эктопияси	7	4,40
	Ануснинг туғма стенози	9	5,66
	Тўғри ичак атрезияси	27	16,98
	Тўғри ичак стенози	16	10,06
	Анус ва тўғри ичак атрезияси	38**	23,90
	Ректал қопча	3	1,89
	Клоака	2	1,26
	Тўғри ичак дивертикули	1	0,63
	Жами	103*	64,78
	Хаммаси	159	100

Изоҳ: * - $p < 0,05$ АРМ нинг оқмали турларига нисбатан ишонарли фаркланиш;

** - $p < 0,001$ АРМ нинг оқмасиз турлари таркибида ишонарли фаркланиш.

2.2-жадвал маълумотларидан кўриниб турибдики, АРМ нинг оқмасиз турлари ($n=103$; 64,78%) оқмали турларига ($n=56$; 35,22%) нисбатан кўпроқ учраши аникланди ($p < 0,05$). Шу билан бирга, АРМ нинг оқмасиз турлари таркибида анус ва тўғри ичак атрезиясининг ($n=38$; 23,90%) хиссаси юқори эканлиги маълум бўлди ($p < 0,001$). АРМ нинг оқмали турларининг ўзаро нисбатида сезиларли статистик фарқ аниқланмади ($p > 0,05$).

Барча нуксонлар ва аномал ривожланишларда бўлгани каби, аноректал малформацияларда ҳам деярли ҳар бир болада бир ёки бир нечта қўшма аномалиялар ва нуксонлар аникланди (2.3-жадвал).

Аноректал малформация аниқланган бемор болаларда хамроҳ келувчи бошқа аъзо ва тизимлардаги ривожланиш нуқсонларининг учраши

№	Тизимлар	Тугма ривожланиш нуқсонларининг турлари	Нуқсонлар сони		Жами	
			abs	%	abs	%
1	Буйрак ва сийдик йўллари	Буйрак аплазияси (гипоплазияси)	1	2,4	14	33,3
		Ягона буйрак	2	4,8		
		Уретрогидронефроз	4	9,5		
		Тугма гидронефроз	4	9,5		
		Везико-уретрал рефлюкс	1	2,4		
		Нейроген сийдик пуфаги	1	2,4		
2	Юрак-қон томир тизими	ҚАТН	4	9,5	8	19,0
		БАТН	1	2,4		
		Фалло тетрадаси	1	2,4		
		Очиқ овал тешик	2	4,8		
4	Урогенитал	Монорхизм	2	4,8	3	7,14
		Гипоспадия	1	2,4		
5	Асаб тизими	Гидроцефалия	1	2,4	2	4,8
		Парез ва плегиялар	1	2,4		
6	Хромосома аномалиялари	Даун синдроми	3	7,1	5	11,9
		Поланд синдроми	2	4,8		
		Тугма ихтиоз	1	2,4		
7	Сенсор тизим	Нейросенсор қарлик	1	2,4	2	4,8
8	Таянч-харакат тизими	Думғаза агенезияси	4	9,5	8	19,0
		Полидактилия -	1	2,4		
		Қўл ва оёқлар аплазияси	1	2,4		
		Spina bifida	2	4,8		
Жами			42	100	42	100

Жадвалдан кўриниб турибдики, аноректал малформацияга чалинган болаларнинг умумий сонидан 42 (26,4%) тасида хамроҳ келувчи аномалия ва ривожланиш нуқсонлари аниқланган. Шунини таъкидлаш керакки, ҳар тўртинчи болада битта трактнинг бир нечта турдаги тугма нуқсонлари, ёки бир вақтнинг ўзида бир нечта тизим аномалияларининг комбинацияси аниқланган, бу эса ёндош касалликларнинг учраш даражаси кўплигидан далолат беради. АРМ лар кўпроқ гидро- ва уретрогидронефроз 8 (19,0%) ва думғаза агенезияси 4 (9,5%) билан бирга

учраши маълум бўлди. Туғма юрак касаллиги 8 (19,0%) беморларда кузатилган, 3 нафар (7,1%) беморларда Даун синдроми аниқланган. Энг катта гуруҳни буйрак ва сийдик йўллариининг туғма патологияси аниқланган 14 нафар (33,3%) бемор болалар ташкил қилди. Шунинг алоҳида таъкидлаш керакки, бошқа аъзо ва тизимларнинг ривожланиш аномалиялари, хусусан, урогенитал тизимда, жарроҳлик аралашувлари кетма-кетлиги, вақти ва ҳажмини ҳақи индивидуал ва табақалаштирилган равишда танлашни талаб қилди. Хамроҳ учраган туғма нуқсонлар деярли клиник аломатларсиз намоён бўлди. Дизурия, оғриқ ва пешоб синдроми ҳар хил даражада ифодаланиб камдан-кам ҳолларда қайд этилди ва бу асосий касаллик билан боғлиқ бўлди. Фақатгина анал тешиги ва тўғри ичак атрезияси юқори оқмали шакллари билан қайта қабул юлинган ўғил болаларда сийдик пуфаги ёки сийдик чиқариш йўлларида оқмалар аниқланди. Босқичли тикловчи операциялар у ёки бу патологиянинг “клиник доминантлиги” га кўра амалга оширилди. Бир қатор ҳолатларда, сийдик йўллариининг шикастланиши аниқланган ҳолда, куттиш тактикасига риоя қилишга тўғри келди. Худди шундай тактикага аниқ нозологик бирлик ҳақидаги маълумотлар операция натижасини умумий маънода тахмин қилишга имкон берган бўлса, шу билан бирга оғирлаштирувчи ҳолатлар ҳам аниқланган ҳолатларда риоя қилинди. Ректоуретрал ва ректовагинал оқмалар, нейроген сийдик пуфаги аниқланган ҳолларда ҳам куттиш тактикасига риоя қилинди. Масалан, ичак оқмаси бартараф этилгандан кейингина мегауретер, пуфак-сийдик йўли рефлюкси, гидронефроз ва бошқаларни даволаш мақбул деб топилди.

Тадқиқот учун юқорида келтирилган тиббиёт муассасаларига АРМ билан ётқизилган жами 159 нафар бемор болалар клиник материал сифатида таълаб олинди. Тадқиқот мобайнида АРМ аниқланган бемор болаларни таъхислаш ва даволаш тактикаси ва юз берган асоратларни инубатга олган ҳолда услубий ёндошувлар ўзгарди. Шу туфайли барча клиник материаллар икки гуруҳга бўлиб ўрганилди ва ретроспектив-таъқослама таълил ўтказилди (2.2-расм).



2.2-расм. Тадқиқот дизайни

Ҳар иккала гуруҳда ҳам аноректал малформацияларнинг қуйи шаклига нисбатан (n=26; 16,4%) юқори (n=69; 43,4%) ва ўрта шакли (n=64; 40,2%) шу билан бирга оқмасиз турининг (n=103; 64,8%) кўпроқ учраши кузатилди (2.4 – жадвал).

2.4 - жадвал

Беморларнинг АРМ шакллари ва тадқиқот гуруҳларига кўра тақсимланиши

№	АРМ шакллари	Назорат гуруҳи (n=109)				Асосий гуруҳ (n=50)				Ҳаммаси (n=159)			
		оқмали		оқмасиз		оқмали		оқмасиз		оқмали		оқмасиз	
		abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
1	Юқори шакли	9	5,7	43	27,0	5	3,14	12	7,5	14	8,8	55	34,6
2	Ўрта шакли	26	16,3	31	19,5	4	2,5	3	1,9	30	18,9	34	21,4
3	Қуйи шакли	-	-	-	-	12	7,5	14	8,8	12	7,5	14	8,8
	Жами	35	22,0	74	46,5	21	13,2	29	18,2	56	35,2	103	64,8
		109 (68,5%)				50 (31,5%)				159 (100%)			

Назорат гуруҳига аноректал малформациянинг оқмали ва оқмасиз турлари билан, шунингдек Республика перинатал марказларида ва яшаш манзилидаги тиббиёт муассасаларида аноректал малформациянинг юқори ва ўрта шакллари бўйича дастлабки колостома шакллантирилган 109 нафар (68,5%) бемор болалар киритилди. Мазкур гуруҳнинг беморлар ёши ва АРМ шаклига кўра тақсимои 2.3 – расмда келтирилган.



2.3 – расм. Назорат гуруҳидаги бемор болаларнинг жинси ва АРМ шаклига кўра тақсимланиши

2.3 - расм маълумотларидан кўриниб турибдики, назорат гуруҳида ўғил болалар ($n=72$; 66,0%) кўпчиликни ташкил қилди, шунингдек АРМ нинг ўрта шакли ($n=57$; 52,3%) юқори шаклига ($n=52$; 47,7%) нисбатан кўпроқ учраши аниқланди.

Асосий гуруҳга АРМ нинг оқмали тури, қуйи шакллари билан бирламчи мурожаат қилган ва такомиллаштирилган усулда колостомия бажарилган 26 (16,4%) нафар, шунингдек, яшаш жойида АРМ тури ва шаклидан қатъи назар аввал колостомия бажарилган, кейинчалик такомиллаштирилган усулда биз томонимиздан колостома ўрнатилган 24 (15,1%) нафар, жами 50 нафар бемор болалар киритилган.

Асосий гуруҳнинг беморлар ёши ва АРМ шаклига кўра тақсимои 2.4 – расмда келтирилган.



2.4 – расм. Асосий гуруҳдаги бемор болаларнинг жинси ва АРМ шаклига кўра тақсимланиши

2.4 – расм маълумотларидан кўриниб турибдики, АРМ лар қиз болаларга (n=18; 36,0%) нисбатан ўғил болаларда (n=32; 64%), бунда АРМ нинг юқори (n=17; 34,0%) ва қуйи (n=26; 52,0%) шакллариининг хиссаси кўпроқ эканлиги аниқланди. Маълумки, кўп ҳолларда, стоманинг олиб кетувчи қисмида химуснинг тўпланиши натижасида йўғон ичакнинг дистал қисмида нажас тошларининг ҳосил бўлиши кузатилади, бу эса супрастенотик кенгайишнинг сақланиб қолишига ва интоксикацияга сабаб бўлади. Шу туфайли асосий гуруҳдаги бемор болаларда ичак декомпрессиясига эришиш ва энтероколит профилактикаси мақсадида тақомиллаштирилган колостомия усули қўлланилди. Бунинг учун аганглионар сохадан юқорида ичакда “гофра” шаклида бурмалар ҳосил қилинган ҳолда бир ўзакли терминал колостомия бажарилди.

2.2. Тадқиқот усуллари

Ҳар иккала гуруҳда ҳам ташриҳдан кейинги асоратларни ташхислаш ва текшириш усуллари бир ҳилда олиб борилди. Барча беморларда умумклиник текшириш усуллари олиб борилди. Бемор болалар шифохонага келтирилганда

уларнинг умумий ҳолати, оғирлик даражасини баҳолаш билан бирга рентгенорадиологик ва лаборатор текшириш усуллари ўтказилди.

Атрезия масофасини аниқлаш учун Какович-Вангестин-Райс бўйича махсус рентген текшируви ўтказилди (Саккович, 1924; Wangesteen O.H., Rice C.O., 1930). Мазкур усулнинг (инвертограмма) моҳияти шундан иборатки, тадқиқотдан олдин анус бўлиши лозим бўлган жой рентген нурларини тутиб қолувчи объект билан белгиланади. Кейин болани бошини пастга ўгириб олд-орқа ва ёнбош проекцияларда қорин бўшлиғи ва тос суяги рентгенограммаси олинади. Ораликдаги назорат белгиси ва ичакнинг ёпиқ тугаган учи (газ пуфаги) орасидаги масофа атрезиянинг даражасини белгилайди. (2.5-расм).



2.5-расм. Вангестеен-Какович бўйича инвертограмма (ён проекция):

1 - оралик терисида рентгенконтраст моддасининг белгиси (суртма); 2 - ичакнинг ёпиқ учида жойлашган газ пуфаги

Ушбу усулни бола туғилгандан камида 15-16 соат ўтгач, қачонки газлар ичакнинг ёпиқ учига кириб боришга улгурганидан сўнг қўллаш янада ишончли бўлади, тадқиқотнинг ана шу шартига риоя қилмаслик диагностик хатоларнинг ва радикал операция усулини нотўғри танлашнинг сабабларидан бири бўлиши мумкин.

Таджикотнинг махсус усуллари сифатида ирригография, фистулография, эхографик ва инструментал текшириш усуллари қўлланилди. Фистулография ва ирригография учун SIEMENS Sireskop CX (Германия) рентген аппаратидан фойдаланилган.

Ирригография. Иккинчи даражали мегаколон, стеноз даражаси ва анал каналнинг операциядан кейинги чандикли торайишини аниқлаш учун тўғри ичакни контрастли рентгенологик текшируви ўтказилди (2.5-расм).



2.5-расм. Ирригография (олд ва ён проекция)

Фистулография оқма бўшлиғига сувда эрувчи контраст моддалар (урографин, тразограф ва бошқалар) ёки барий суспензиясини ёшга боғлиқ равишда қуйидаги дозаларда юборин орқали амалга оширилди: бир ёшгача бўлган болалар учун 50-100 мл, 1-3 ёшдаги 100-300 мл, 4-7 ёшдаги 400-700 мл, 7 ёшдан катта 700-1000 мл. Бунда ташқи ва ички тешиклар билан бирга оқманинг калибри ва узунлиги аниқланади (2.6-расм).



2.6-расм. Ректо-оралиқ оқмали анал тешиги атрезияси (ёни проекция). Тор оқмали канал, йўгон ичак дистал қисмлари кенгайиши.

Сийдик чиқариш тизими Интерсан-250 эхосканерида, 5,0 МГц ли конвексли датчикда амалга оширилди.

Сфинктерометрия. Операциядан олдин ва кейинги даврда тўғри ичак сфинктерининг фаол мустақил қисқариш кучини ўлчаш учун ТошПТИ клиникасида ишлаб чиқилган (А.С.Сулаймонов, Р.Р.Сабилов 2002, ихтиро учун Ўзбекистон Республикаси Патенти № ИДП 04428, гувоҳнома № 1485, "Сфинктерометрия учун мослама") махсус "Сфинктерометрия ускуна" дан фойдаланилди. Бир гуруҳ беморлар учун сфинктерометрия Россия Федерациясида ишлаб чиқарилган "НАК 1032" бранш датчкли сфинктерометр аппаратида ўтказилди.

Изнали электромиография шикастланишдан ташқи анал сфинктери ёки қов-тўғри ичак мушаклари иннервациясининг бузилиш ёки улар функцияларининг тикланиш даражаси ҳақида қўшимча маълумот олиш қўлланилди. Анал сфинктерни батафсил ЭМГ текшириш унинг жарроҳлик йўли билан тикланиши керак бўлган қисмларини аниқлашга имкон беради. Тадқиқотлар ҳажми, шунингдек уларнинг тартиби ва кетма-кетлиги, патология тури ва беморларнинг ёшидан келиб чиқиб аниқланди.

Превентив колостомаларсиз бажарилган аноректопластика асоратлари Wexner шкаласидан фойдаланилди (2.4.-жадвал)^{2,3}.

2.4-жадвал.

Нажас тута олмасликнинг Кливленд шкаласи (Векснер шкаласи)

Нажас тута олмаслик тури	Намоён бўлиш даражаси*				
	Ҳеч қачон	Камдан-кам (ойда 1 мартадан кам)	Баъзан (хафтада 1 марта, лекин 1 ойда 1 мартадан кўп)	Одатий (1 кунда 1 мартадан кам, лекин хафтада 1 мартадан кўп)	Доимий (1 кунда 1 мартадан кўп)
Қаттиқ нажас	0	1	2	3	4
Суяқ нажас	0	1	2	3	4
Газлар	0	1	2	3	4
Тагликда юриш	0	1	2	3	4
Хаёт тарзининг ўзгариши	0	1	2	3	4

* - барча кўрсаткичлар йиғиндиси: 0 = тўлиқ назорат; 20 = тўлиқ нажас тута олмаслик

Мазкур шкала анал сфинктер функционал ҳолатини, шунингдек фекал инконтиненция даражаси ва эпизодларини, шунингдек унинг хаёт сифатига таъсир даражасини баҳолаш имконини беради.

Ичак морфологияси. Йўғон ичакнинг юқори қисмларида колостомияларни шакллантиришда “фаолиятсиз ичак” даги морфологик ўзгаришлар ҳам ўрганилди. Олинган материллар микроскопия учун фосфатли буферда 10% ли формалин эритмасида фиксация қилинди. Парафинли кесмалар гематоксилин-эозин билан бўялган. Морфологик тадқиқотлар (ТошПТИ) Axioscop 40 – ZEISS микроскопи ёрдамида амалга оширилди. Оптик микрофотографияларга Axioscop 40 – ZEISS микроскопига ўрнатилган рақамли камера ва компьютер ёрдамида ишлов берилди.

² Wexner SD, Jorge JM., Etiology and management of fecal incontinence // Dis Colon Rectum.-1993-36.-C.77-97.

³ Sansoni J, Hawthorne G, Fleming G, Marosszeczy N. The revised faecal incontinence scale: a clinical validation of a new, short measure for assessment and outcomes evaluation. Dis Colon Rectum. – 2013. – 56. – P.652-659

Колостомияларни шакллантириш турлари.

Тадқиқот мобайнида қуйидаги превентив колостомия усуллари қўлланилган:

1. Гирдаладзе усули
2. Транзверзостомия
3. Алоҳида иккиланган колостомия
4. Бир ўзақли дистал сигмостомия (Гартман тури бўйича).

Маълумки, қорин бўшлиғида ҳаракатчанлиги сақлаб қолинган ичакнинг эркин перистомал соҳасининг қолдирилиши колостомия тешиги орқали ичакнинг тушиб қолиши каби асоратларни келтириб чиқаради. Мазкур асоратни олдини олиш мақсадида биз томонимиздан стомани шакллантириш давомида ичак деворини қорин девори мушағи ва апоневрозига яхшилаб маҳкамлаш, шу билан бирга стома учун кесмани чиқарилувчи ичак диаметрига мослаб амалга ошириш таклиф қилинди. Икки ўзақли стомаларни шакллантиришда қорин парда қирғоғи бўйлаб 2-3 та сероз чокларнинг ўрнатилиши стоманинг олиб келувчи ва олиб кетувчи қисмларини ўзаро яқинлаштириш, шунингдек “илгак” ҳосил қилиш имконини беради ва бу ичак эвагнациясини олдини олади.

5. Гартман тури бўйича “гофра” шаклида бурмалар ҳосил қилиш билан амалга оширилувчи бир ўзақли терминал колостомия.

17 нафар (30,4%) бемор болаларда йўғон ичакни рентген контрастли теширувлари шуни кўрсатдики, кўп ҳолларда стоманинг олиб кетувчи қисмида химус тўпланиши оқибатида йўғон ичакнинг дистал соҳасида нажас тошлари шаклланади, бу эса ўз навбатида ичак бўшлиғининг кенгайиши ва интоксикация симптомларини сақланиб қолишига олиб келади. Мазкур асоратларни олдини олиш мақсадида Гартман тури бўйича ичак деворида “гофра” шаклида бурмалар ҳосил қилиш билан терминал колостомия бажарилди (4-бобга қarang). Колостоманинг бу шаклда ўрнатилиши даволаш натижаларини яхшилаш, ичакнинг фақатгина дистал соҳасини чеклаш орқали ичак функциясини максимал сақлаб қолиш имконини бериши туфайли резекция чегарасини аниқлашдаги

муаммоларни, шунингдек, катта ҳажмда ичак резекцияси заруриятини бартараф қилади.

Статистик тадқиқот усуллари. Олинган тадқиқот натижаларга «Lenovo E 320, CORE I5» персонал компютерида «SPSS Pro X» дастурлар пакети ёрдамида статистик ишлов берилди. Параметрик статистик таҳлил учун Стъюдентнинг t-мезони ($M, \sigma, \pm m$) ҳамда Фишернинг аниқ усулидан фойдаланилди. Мазкур тадқиқот давомида куйидаги ҳажмда текширишлар олиб борилди (2.5-жадвал).

2.5-жадвал.

Текшириш усуллари ҳажми

№	Ўтказилган текширувлар рўйхати	Назорат гуруҳи n=109	Асосий гуруҳ n=50
I	Клиник текширувлар		
1	Клиник-анамнестик усул. Касалликнинг кечиш хусусиятлари, ўтказган қўшимча касалликлари, клиник симптомларни аниқлаш.	109	50
2	Умумклиник текшириш усуллари. Объектив кўрув ва баҳолаш, НС, ЮҚС, АБ,	109	50
II	Лаборатор текширувлар	109	50
III	Рентгено-радиологик текширувлар		
1	Қорин бўшлиғи тасвирий рентгенографияси	201	64
2	Инвертография	68	21
IV	Махсус текшириш усуллари		
1	Ирригография	201	48
2	Фистулография	32	12
3	Сфинктерометрия	16	8
4	Игнали электромиография	18	4
5	Фекал инконтиненция даражасини баҳолаш	89	36
6	Ичак морфологияси	12	8
	ЖАМИ	964	351

**III БОБ. БОЛАЛАРДА АНОРЕКТАЛ МАЛФОРМАЦИЯЛАРНИ
ХИРУРГИК ДАВОЛАШДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАРНИНГ
ТАҚҚОСЛАМА ТАХЛИЛИ**

(Тадқиқотнинг дастлабки босқичларида ва бошқа клиникаларда ўтказилган аноректопластика натижаларининг ретроспектив таҳлили).

Операциядан кейинги даврда хирургик даволаш натижалари асосий ва назорат гуруҳлари кесимида асоратларнинг учраш даражаси ва уларнинг структураси нуқтаи-назаридан таҳлил қилинди. Мазкур таҳлил натижаларидан олинган хулосалар яхши натижаларга эришишда превентив колостомаларни ўрнатиш жойи ва усулларини танлаш учун асос бўлиб хизмат қилди.

Тадқиқот гуруҳларида асоратлар учраш даражасининг умумий кўрсаткичлари 3.1 – жадвалда келтирилган.

3.1 – жадвал

**Тадқиқот гуруҳларида АРМ ларни хирургик даволашдан кейинги
асоратларнинг учраш даражаси**

№	Тадқиқот гуруҳлари	Операция турлари	Операциялар сони		Асоратлар сони	
			абс	%	абс	%
1	Назорат гуруҳи (n=109)	Превентив колостомасиз аноректопластика	19	11,94	8	5,03
		Превентив колостомасиз қорин-оралиқ аноректопластика	21	13,20	7	4,40
		АРМ туридан қати назар бажарилган колостомия	69	43,39	28*	17,61
2	Асосий гуруҳ (n=50)	Такимиллаштирилган колостомия (бирламчи)	26	16,35	3	1,88
		Такимиллаштирилган колостомия (иккиламчи)	24	15,09	7	4,40
		Жами	159	100	53	33,32

Изох: АРМ туридан қати назар бажарилган колостомия асоратлари бўйича ишонарлилик даражаси $\chi^2=4,497$; $Df=1$; $P=0,034$ ни ташкил қилди.

3.1. Превентив колостомиясиз бажарилган аноректопластика асоратлари

Превентив колостома ўрнатилмасдан бажарилган аноректопластика натижалари беморларнинг ҳаёт сифатини ёмонлашувига, функционал бузилишларга олиб келиши ва қайта аралашувни талаб қилганлиги сабабли тўғри ичак ретракцияси ва стенози, анал инконтиненция каби асоратлар доирасида таҳлил қилинди. Превентив колостомиясиз бажарилган аноректопластика асоратларининг операция усулларига кўра тақсимланиши 3.2-жадвалда келтирилган.

3.2 - жавдвал

Превентив колостомиясиз бажарилган аноректопластика асоратлари

№	Аноректопластика усуллари	Асорат турлари						Жами	
		Ретракция		Анал инконтиненция		Стеноз			
		abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
1	Stoun-Benson (n=8)	1	5,26	-	-	2	10,52	3	15,78
2	Rizzoly (n=5)	1	5,26	1	5,26	1	5,26	3	15,78
3	Pena (n=6)	1	5,26	-	-	1	5,26	2	10,52
	Жами (n=19)	3	15,78	1	5,26	4	21,05	8	42,08

Жадвал маълумотларидан кўришиб турганидек, 8 та бажарилган Stoun-Benson, 5 та Risoly операцияларидан сўнг мос равишда 3 тадан (15,78%) жами 6 та беморда (31,56%) асоратлар ривожланган. Pena операциясидан сўнг эса ушбу кўрсаткич бирмунча кам учраши аниқланди ($p>0,05$). Асоратлар ривожланишига нафақат колостомасиз бажарилган бирламчи-коррекцияловчи операциялар, балки аноректал малформацияларнинг нотўғри ташхисланиши ҳам сабаб бўлган. Масалан, 2 нафар беморда нуқсоннинг юқори шакли “куйи” деб талқин қилинган ва ичакни оралиқ орқали туширишга уриниш амалга оширилган.

Клиник мисол: Бемор Н. 17.10.2017 й.т. Касаллик тарихи № 289/182.

Шифохонага “Анал тешик ва тўғри ичак атрезияси, ректоуретрал оқма, осма илеостома ташувчи, монорхизм. I – даражали анемия” ташхиси билан ётқизилган.

Келгандаги шикоятлари: Ота-онасининг сўзидан колостома борлигига, анал тешикнинг йўқлигига. Онасининг сўзидан тузилганидан буён касал, икки ёшлигида анал тешик атрезиясининг юқори шакли бўйича колостомия операцияси ўтказилган. Операциядан кейинги даврда стома орқали нажас келишининг қийинлашуви кузатишганлиги сабабли ТошПТИ клиникасига олиб келинган.

Келгандаги умумий ахволи асосий касаллик ҳисобига нисбатан қониқарли. Тери қопламлари ва ишлқ қаватлари оч пушти рангда, тоза. Ўлкасида везикуляр нафас, хириллашлари йўқ. Юрак оҳанглари бўғиқ, ритмик, шовқинлар йўқ. Қорни симметрик, пальпацияда юмиоқ. Нажас келиши стома орқали, стома атрофи териси мацерацияланган. Жигар қиргоғи юмиоқ, қовурга чети бўйлаб. Анал тешик мавжуд эмас, анал тешик бўлиши лозим бўлган соҳада Россолимо синамаси суст чақирилмоқда. Сийдик ажратиши эркин.

Умумий қон таҳлилида: Hb-83 г/л; Эр-3,12 x 10¹²/л; Лейкоцитлар – 8,7 x 10⁹/л; тромбоцитлар – 284 x 10⁹/л; лимфоцитлар – 67%; ЭЧТ – 8 мм/с; Қон ивиши вақти – 3'42" – 4'16"

Биокимёвий қон таҳлили: Умумий оқсил – 47 г/л; Мочевина – 2,9 ммоль/л; креатинин-45 мкмоль/л;

Пешоб ва нажас таҳлили ўзгаришсиз.

HbsAg (гепатит В) – манфий, Anti-HCV (гепатит С)-манфий.

ЭКГ: синусли ритм. УЗД – эхопатология аниқланмади

Беморда колостомани бартараф қилиш, Rotiualdi-Ребейн бўйича қорин-оралиқ проктопластикаси ўтказилган.

Операциядан кейинги даврнинг 10 суткасида беморда безовталик фониди паралитик ичак туттилишининг клиник белгилари намоён бўлди. Беморга шошилинч равишда “Релапаротомия, битишмаларни бартараф қилиш, осма илеостома ўрнатиш” операцияси ўтказилган.

18 суткадан сўнг ичак чўлтоғини кесиш операцияси бажарилган. Анестезиядан чиқиши асоратсиз. Беморга мос равишда инфузион терапия,

антибактериал терапия, плазмо-гемотрансфузия ўтказилган, уросептиклар, эубиотиклар, ферментлар буюрилган.

Ўтказилган даво муолажаларидан сўнг беморнинг ахволи яхшиланган, яралар бирламчи битган. Беморнинг ёши ва стоманинг функцияси меъёрий таъминлангани учун бир ёйдан ўтганда радикал операция ўтказиш тавсия қилинган.

Операциядан кейин 1 ой ўтгандан сўнг бемор қайта кўрилганда ичак эвагинацияси кузатилганлиги туфайли хирургия бўлимига ётқизилган. Келгандаги умумий ҳолати ўрта оғирликда. Қорни бир оз илпиган, симметрик, пальпацияда юмшоқ. Ўнг ёнбош соҳасида илеостома мавжуд, стома атрофи териси мацерацияланган.

Локал кўрилганда анал тешик юмилган. Россолимо синамаси муsbат. Ректал кўрилганда анал тешик стенози аниқланган. Лаборатор тахлилларда чуқур ўзгаришлар аниқланмаган. Ирригографияда ичак фаолиятсизлиги туфайли атрофия белгилари кузатилган.

Беморда анал тешик 10-ўлчамгача бужлаш ўтказилган. Инфузион терапия, антибиотиклар, уросептиклар, гормонотерапия, ферментлар, симптоматик терапия, тозаловчи ҳуқналар бажарилган. Ўтказилган даво муолажаларидан сўнг беморнинг ахволи яхшиланган. Наҳас келиши равланшиган. Яшаиш жойига амбулатор назоратга чиқарилган.

Бирламчи оралик проктопластика ўтказилган беморларнинг такрорий таширфлари давомида тўғри ичакни беркитувчи аппаратида кўпол чандикли ўзгаришлар билан кечувчи стеноз ва туширилган ичак ретракцияси, тўлик параректал оқмалар шаклланиши билан касалликнинг қайталаниши каби асоратлар аниқланган (3.1-3.2 - расмлар).



**3.1-расм. К/Т: 1099/1039. Бемор З.Рахмононов. 16.10. 2016 й.т.
Тўғри ичакни беркитувчи ашпаратда қўпол чандикли
ўзгаришлар ва анал стеноз**



**3.2-расм. К/Т: 617/589. Бемор Ч. Абдувахובה. 06.11.2017 й.т. Туширилган
ичак ретракцияси**

Ректовагинал олма билан касалланган учта беморда нуқсонни оралик орқали тузатишга уриниш ичакнинг ретракцияси, анастомоз нотурғунлиги ва анал тешикнинг чандикли деформациясини ривожланишига олиб келган. Кейинчалик дастлабки бир ўзакли терминал сигмостома шакллантирилиб, такрорий радикал операция ўтказилган.

Клоакал шакли бўлган 2 та беморда нуқсонни ҳимояловчи колостомасиз оралик орқали бартараф қилишга уринилган. Операциядан кейинги даврда касалликнинг қайталаниши кузатилган, бу эса колостома ўрнатилиши ва даволашга янада дифференциал ёндошувни талаб қилган.

3.2. Қорин-оралиқ аноректопластикалар асоратлари

Аноректал малформация билан яшаш жойидаги муассасаларда превентив колостомиясиз қорин-оралиқ проктопластикаси бажарилган 21 нафар бемор болаларнинг даволаш натижалари таҳлил қилинди (3.3 – жадвал).

3.2-жадвал

Превентив колостомасиз бажарилган қорин-оралиқ аноректопластика асоратлари

№	Аноректопластика усуллари	Асорат турлари						Жами	
		Ретракция		Анал инконтиненция		Стеноз			
		abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
1	Soave (n=9)	-	-	2	9,52	1	4,76	3	14,28
2	Romualdi (n=7)	1	4,76	1	4,76	1	4,76	3	14,28
3	Svenson-like (n=5)	1	4,76	-	-	-	-	1	4,76
	Жами (n=21)	2	9,52	3	14,28	2	9,52	7	33,3

Жадвал маълумотларидан кўришиб турибдики, энг кўп асоратларни фекал инконтиненция ва туширилган ичак стенози ташкил қилган бўлиб, мазкур асоратлар Soave ва Romualdi операцияларидан кейин кузатилган ва мос равишда 14,28% ни ташкил қилган. Асоратланиш бўйича энг кам кўрсаткич Svenson-like операциясидан кейинги даврда, 1 (4,76%) нафар беморда стома ретракцияси кўринишида юз берган. 1 (4,76%) нафар беморда Soave операциясидан кейин, анастомоз соҳасининг нажас массалари билан ифлосланиши ва кеч битиши туфайли туширилган ичакда стеноз кузатилган. Бундан ташқари, мазкур гуруҳдан 7 нафар (33,3%) беморда операциядан кейинги жароҳат четларининг қочиши ва йиринглаши каби асоратлар ривожланган. Фикримизча, ушбу асоратнинг сабаби бўлиб операциядан кейинги жароҳатнинг ичак ажралмалари билан ифлосланиши ва колостомиясиз бажарилган операция пайтидаги техник нуқсонлар бўлиб ҳисобланган. Бир нафар беморда ректовезикал окманнинг ўз вақтида аниқланмаганлиги туфайли Soave операциясидан сўнг сероз-мушак қаватда абсцесс ривожланган.

Клиник мисол: Бемор А. 02.06.2019 й.т. касаллик тарихи №2530/521

Келгандаги шикоятни орқа чиқарув тешиги йўқлигига, оқма орқали безовталик билан ичини келишига.

Анамнездан беморни онасини сўзидан тугилгандан буён касал. Орқа чиқарув тешиги атрезияси билан маҳаллий шифокорлар назоратида туради.

Келгандаги умумий аҳволи ўрта оғирликда, хушида. Териси тоза, қуруқ, рангпар. Тери ости ёғ қавати ўртача ривожланган. ТВ-2.5 кг. Нафас олиши эркин, бурун-оғиз орқали, аускультацияда ўпка соҳаларида дағал нафас эшитилади. Юрак тонлари бўғиқ, пульси ритмик. Қорни овал шаклда, симметрик, нафас олиши актида ишитирок этади, пальпацияда юмшоқ, оғриқли. Ичак перистальтикаси эшитилади. Жигар ва талоқ катталашмаган. Ичи келмаган ва пешоби равон.

Маҳаллий: Орқа чиқарув тешиги бўлиши лозим бўлган жойда аниқланмайди. Ректовагинал соҳада 0,4x0,3 см ли оқма аниқланади.

Умумий қон таҳлилида Нв – 102 г/л; Эр – $3,22 \times 10^{12}$ /л; РК – 0,95; тромбоцитлар – 377×10^9 /л; ЭЧТ–14 мм/с; АлАт–0,28 Ед/л; АсАт– 0,32 Ед/л.

Биокимёвий қон таҳлили: Умумий оқсил – 47 г/л; Мочевина – 2,9 ммоль/л; креатинин–45 мкмоль/л;

Беморда лапаротомия, колостома қўйиши операция ўтказилган. 2 кун ўтгач жароҳат соҳасига иккиламчи чоклар ўрнатилган.

Ўтказилган муолажалардан сўнг беморнинг аҳволи яхшилانган, қониқарли аҳволда тиши жойига педиатр ва хирург назоратида чиқарилган.

3.3. Аноректал малформация шаклидан кати назар ўрнатилган колостомия асоратлари

АРМ шаклидан кати назар жами 69 нафар беморларда колостомия бажарилган бўлиб, колостомия асоратлари ўрнатилган соҳа ва қорин деворидаги жойлашуви бўйича таҳлил қилинди. Барча беморларда ўрнатилган колостомалар таҳлили Гартман типида “гофра” шаклидаги сигмостомия (n=24) ва алоҳида

иккиланган колостомияларнинг (n=18) хиссаси кўп эканлигини (мос равишда 34,78% ва 26,08%) кўрсатди (3.4-жадвал).

3.4-жадвал.

Аноректал малформация шаклидан қати назар ўрнатилган колостомия турлари (n=69)

№	Колостомия турлари		АРМ турлари					
			Юқори		Ўрта		Жами	
			abs	%	abs	%	abs	%
1	Ўнг томонлама	Гирдаладзе	8	11,59	6	8,69	14	20,28
		Асцендостомия	6	8,69	4	5,79	10	14,49
		Транзверзостомия	1	1,45	1	1,45	2	2,90
		Жами	15	21,73	11	15,94	26	37,68
2	Чап томонлама	Десцендостомия	1	1,45	-	0,00	1	1,45
		Гартман типида сигмостомия (гофралаш)	13	18,84	11	15,94	24	34,78
		Алоҳида иккиланган сигмостомия	8	11,59	10	14,49	18	26,08
		Жами	22	31,88	21	30,43	43	62,31
		Ҳаммаси	37	53,62	32	34,78	69	100,0

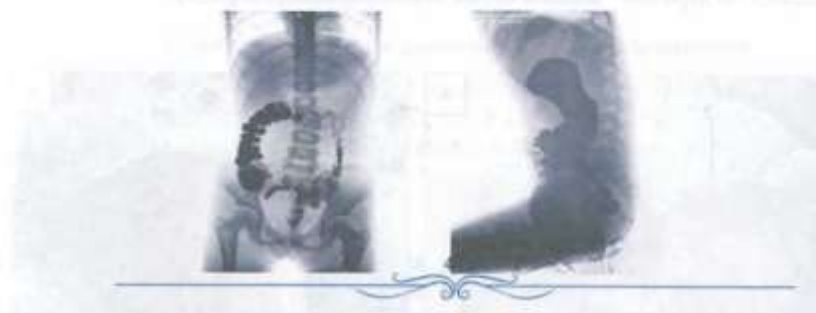
Шуни таъкидлаш жонзки, 24 та Гартман типида «гофра» ҳосил қилиш орқали такомиллаштирилган усулда бажарилган сигмостомалар иккиламчи равишда бажарилган бўлиб, АРМ нинг турли шакллари билан аввал яшаш жойида колостома ўрнатилган бемор болаларда бажарилган.

Аноректал малформация шаклидан қати назар, ўрнатилган колостомаларнинг 26 (37,68%) таси ўнг томонлама, 43 (62,31%) таси чап томонда бажарилган. Ўнг томонлама ўрнатилган колостомия асоратлари чап томонлама ўрнатилган стомалардан сезиларли даражада фарқ қилди (3.3-расм).



3.3 - расм. Ўнг томонлама колостомия қўлланилган операциялардан сўнг асоратлар тури ва нисбати (n=26)

Ўнг томонлама колостомиядан кейинги асоратлар жами 13 нафар беморда кузатилди ва шу гуруҳдаги асоратларнинг 50,0% ни ташкил қилди. Қорин олд деворида кенг канал шакллантирилиши оқибатида 1 (3,84%) нафар беморда парастомал эвентрация, ичак эвагинацияси 3 (11,5%) та беморда кузатилган. Мазкур асорат эркин бўлган йўгон ичак қовузлоғининг қорин бўшлиғида қўп қолдирилиши сабабли юз берган. 2 (7,69%) нафар беморда ичак бўшлиғидан химус ҳаракатининг йўқлиги ва ичакда меъдрий функциясининг тўхтаганлиги сабабли "фаолиятсиз ичак" синдроми, 4 (15,38%) та беморда йўгон ичаги дистал бўлида нажас тошларининг мавжудлиги кузатилган. Ушбу асоратнинг келиб чиқишига, фикримизча, осма колостома орқали нажас массасининг етарлича эвакуация бўлмаганли сабаб бўлган. Дастлаб цекостома ўрнатилган 3 нафар бемордан 1 тасида "фаолиятсиз ичак" синдроми ривожланган (3.4- расм).



**3.4- расм. Цекостомия. “Фаолиятсиз ичак” синдроми
(олд ва ён проекция)**

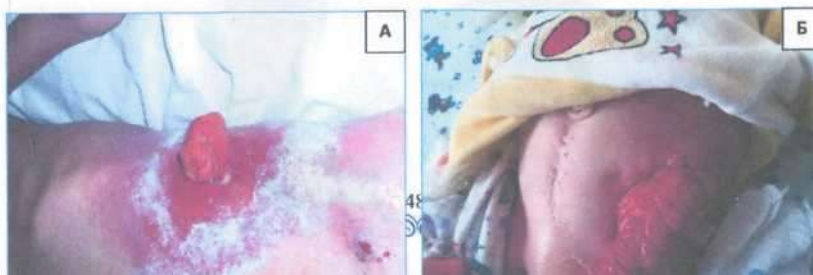
Стоманинг юқорига ўрнатилиши оқибатида йўғон ичак дистал бўлаги функциясининг “тўхташи” ва кейинчалик ичак бўшлигининг торайиши ушбу асоратнинг келиб чиқиш сабаби бўлиб ҳисобланиши мумкин.

Чап томонлама колостомия қўлланилган операциялардан сўнг асоратлар тури ва нисбати 3.5 - расмда келтирилган.



3.5 - расм. Чап томонлама колостомия қўлланилган операциялардан сўнг асоратлар тури ва нисбати (n=43)

Иккиталик сигмастома ўрнатилган 3 нафар, дистал бир ўзакли сигмостомия бажарилган 1 нафар беморда ичак эвагинацияси (9,30%) кузатилди. Ичакнинг стома орқали тушиб қолиши қорин бўшлиғида эркин перистомал ичак бўлагининг кўп қолдирилиши ва унинг ҳаракатчанлиги оқибатида колостомик тешик орқали ташқарига “ағдарилиб” чиқиши билан боғлиқ бўлган (3.6-расм).



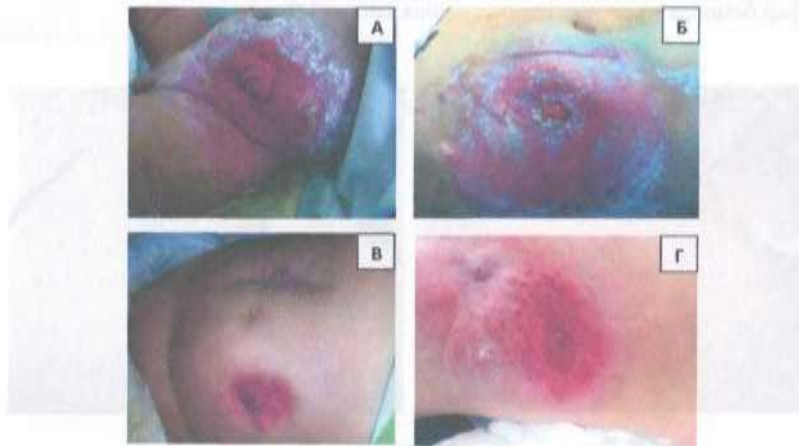
3.6-расм. Стома эвагинацияси

(А) – К/Т: 6504/91. Бемор А.Носиржонов. 18.01.2015 й.т.

(Б) – К/Т:704/327. Бемор А. Уралов. 05.01.2016 й.т.

Стома стенози (4,65%) осма ва иккиталик сигмостома ўрнатилган 2 та беморда кузатилди. Стоманинг торайиши ичак охирида, тери ва кесилган апоневроз оралигига тўғри келган.

Кўп миқдорда алоҳида чокларнинг қўйилиши ва бунинг оқибатида стома чиқиш тешигида қон айланишининг бузилишига олиб келувчи гипергрануляциялар, шунингдек, мушак-апоневротик қаватда жуда тор тешик ҳосил қилиниши туфайли ичакнинг эзилиб қолиши сабаб бўлган. Бу каби асоратлар маҳаллий антисептикларни қўллаш ва қўшимча чокларни ўрнатиш орқали бартараф қилинди (3.7-3.8 - расмлар).



3.7-расм. Колостома атрофидаги тери мацерацияси

(А) К/Т:2590/526. С. Мадримов.17.06.2020 й.т; (Б) К/Т: 308/250. Д.Собиров.

11.07.2017 й.т; (В) К/Т: 382/320. Р.Бахтиёров 27.05.2017 й.т.

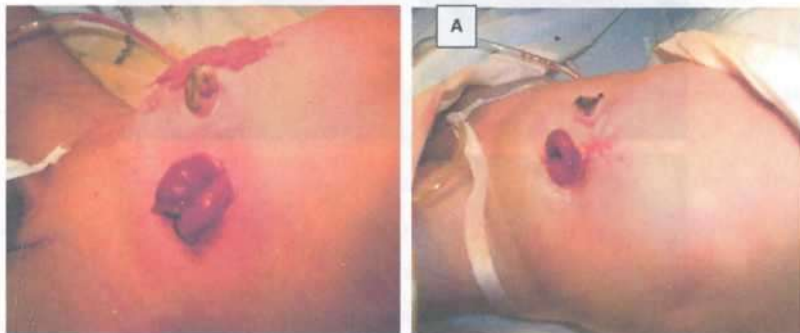
(Г) К/Т: 8660/634. 14.11.2009 й.т.



3.8-расм. Чап томонлама ўрнатилган колостомаларда жароҳат четининг қочиши ва йиринглаши

(А) К/Т:7510/446. А.Аҳадхонов 18.12.2015 й.т;
 (Б) К/Т: 44/43. А. Каримов 25.08.2016 й.т.

Осма колостома ўрнатилган 1 та, иккиталик сигмостома ўрнатилган 1 нафар беморда ичак эвентрацияси аниқланди (3.9-расм).



Б
3.9-
расм.
Ичак

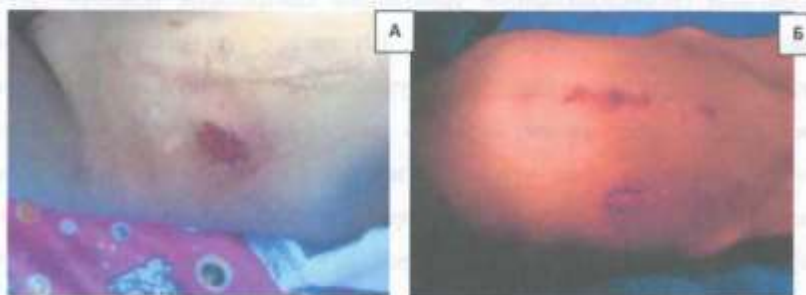
эвентрацияси

(А) К/Т: 2934/715. Т.Каримбоев. 11.01.2019
 (Б) К/Т: 29368/645. Х.Халимжонов. 23.12.2017 й.т.

Эвентрацияга олиб келувчи омиллар бўлиб қуйидагилар хизмат қилди: қорин ички босимининг ортинги, беморда оксил-энергетик етишмовчилик туфайли тўқималарнинг регенератив хусусиятларининг ўзгариши.

Қорин деворида жуда кенг канал шакллантирилиши оқибатида ичак стомаси чиқарилган жароҳат ёнидан йўғон ичак қовузлоқларининг чиқиб қолиши каби асорат ҳам кузатилди. Бундай вазиятда шошилиш равишида ичак эвентрацияснни бартараф қилиш, Гартман турида ичак бўлагига “гофра” шаклида бурмалар ҳосил қилиш билан бажарилувчи бир ўзақли колостома ўрнатилиш йўли билан стома реконструкцияси амалга оширилди.

Стома стенози (4,65%) осма колостома ўрнатилган 1 та беморда ва Гартман тури бўйича стома ўрнатилган 1 нафар беморда кузатилди. Стоманинг торайиши ичак охирида, тери ва кесилган апоневроз оралиғига тўғри келган. Кўп миқдорда алоҳида чокларнинг қўйилиши ва бунинг оқибатида стома чиқини тешигида қон айланишининг бузилишига олиб келувчи гипергрануляциялар, шунингдек, мушак-апоневротик қаватда жуда тор тешик ҳосил қилиниши туфайли ичакнинг эзилиб қолиши сабаб бўлган (3.10-расм).



3.10-расм. Стома стенози

(А) К/Т: 305/261. Г.Қодиржонова, 03.07.2017 й.т.

(Б) К/Т:289/182. А.Араббоев, 17.10.2013 й.т.

Стома тешигининг торайиши туфайли ичакнинг бўшалиш жараёни бузилган. Ичак бўшлиғининг стенозланиши секин-аста юз бериб, дастлаб нажас

массаларининг ажралиши сезиларсиз тўсқинлик қилган. 1 та ҳолатда стома функциясининг бузилиши билан кечувчи ригид торайиш аниқланган бўлиб, стома реконструкциясини талаб қилди.

“Фаолиятсиз ичак” синдроми иккиталик сигмостома ўрнатилган 1 нафар беморда кузатилди. Бунга колостомани ўнатиш жойини нотўғри танланганлиги ҳисобига сигмасимон ичак дистал қисми функциясининг “тўхтаб” қолишига олиб келган. Мазкур асорат кейинчалик хирургик манипуляцияларни ўтказишда қийинчилик туғдирди.

Осма колостомия ўрнатилган 5 та ва осма сигмостома билан 1 нафар бемор болада стоманинг олиб кетувчи қисмида нажас массаларини тўпланиши сабабли ичакнинг дистал бўлимида нажас тошлари аниқланди.

3-боб бўйича хулосалар. Олиб борилган тадқиқот натижалари АРМ ларни превентив колостомасиз хирургик йўл билан бартараф қилишда асоратланиш кўрсаткичларининг юқори эканлигини тасдиқлади. АРМ тури ва шакллариини инобатга олмаган ҳолда ўрнатилган колостомалар асоратлари ҳам кўп учради ва алоҳида аҳамият касб этди. Кўндаланг чамбар ичакка ўрнатилган стомаларга қараганда сигмостомаларнинг ўрнатилиши самаралироқ эканлиги тўғрисидаги далиллар ўз тасдиғини топди. Шунингдек, тадқиқотимиз натижалари алоҳидаланган стомалардан кўра ковузлоқли (девор олди) стомалар ўрнатилганда асоратлар хавфи юқори эканлиги тўғрисида далилат беради. Ретракция, обструкция, парастомал чурра, ревизия зарурати, аноректопластикадан кейинги инфекция каби ва стомаларни бартараф қилиш билан боғлиқ бошқа асоратлар бўйича тадқиқот гуруҳларида сезиларли фарқ топилмади. Маълумки, ковузлоқли стоманинг ретракцияланиши дистал ковузлоқда нажас аккумуляциясига олиб келади ва мегаректум ёки тўғри ичак пролапсига сабаб бўлиши мумкин.

Колостомия усуллари ва асоратларнинг учраш даражаси орасида коррелятив боғлиқлик ўрганилганда, чап ва ўнг томонлама колостомия шакллантирилиши билан АРМ асоратлари орасида мусбат коррелятив боғлиқлик аниқланди. Шунини таъкидлаш жоизки, болалар жарроҳларида колостомиянинг бошқа усуллари тўғрисида маълумотларнинг етарли эмаслиги ҳам жуда катта

аҳамиятта эга ва кўпинча улар ўзи учун қулай ҳамда етарли кўникмага эга бўлган усулдан фойдаланадилар. Колостомани шакллантиришда ичакни адекват бўшалиш имконияти, шу билан бирга, колостомани ўрнатиш жойи ва усули билан боғлиқ асоратларни олдини олувчи операция босқичлари доим ҳам ҳисобга олинмайди. Колостомни билан боғлиқ асоратларни олдини олиш мақсадида ичак стомаларини ўрнатиш каби оператив усулни бажариш техникаси ҳам муҳим ҳисобланади.

IV БОБ. ПРЕВЕНТИВ КОЛОСТОМАЛАРНИ ЎРНАТИШ ЖОЙИ, УСУЛЛАРИ ВА УЛАРНИ БАРТАРАФ ҚИЛИШ ЙЎЛЛАРИ (проспектив тадқиқот натижалари)

Мазкур бобда аноректал нуқсонлар, шунингдек ҳамроҳ келувчи бошқа аъзо ва тизим аномалияларида превентив колостома ўрнатиш усуллари тинлаш, уларни бартараф қилиш, асоратларни даволаш бўйича проспектив тадқиқот натижалари баён қилинган.

Болалар колопроктологиясининг замонавий ривожланиш босқичида колостомалар ўрнатишнинг кўплаб усуллари ва турлари таклиф қилинган. Бирок, колостомаларни шакллантириш, олиб юриш муддатлари, фаолияти тўхтаган ичак ковузлогининг ҳолати, шунингдек, кейинчалик ичак девори бутунлигини тиклаш билан боғлиқ асоратларнинг учраш даражаси 10% дан 30% гача фарқ оралиғида юқориликча қолмоқда.

1783 йилда Дюре томонидан илк бор колостома ўрнатилгандан буён болалар хирурглари орасида аноректал нуқсонларни даволашда стома тури, уни шакллантириш усули ва жойи муҳим ва охиригача ечимини топмаган муаммолардан бири бўлиб келмоқда. Аввалга бобда таъкидлаб ўтилганидек, Колоректал нуқсонларни ҳимояловчи колостомаларсиз бартараф қилишга қизиқишларнинг кўп бўлишига қарамасдан, юзага келиши мумкин бўлган асоратлари туфайли мазкур усулларнинг муваффақиятли эканлиги кафолатланмаган ва улар нафақат ичакнинг меъёрий фаолияти учун, балки анал тешикнинг сфинктер аппарати учун ҳам жиддий хавф туғдиради.

Бирламчи радикал операциялардан кейинги асоратларнинг учраш даражаси юқори эканлигини ҳисобга олиб, болаларда колоректал ривожланиш нуқсонларини даволашнинг дастлабки босқичи сифатида кўплаб муаллифлар томонидан колостомаларни шакллантиришнинг турли усуллари таклиф қилинган [1, 4, 8, 51, 108, 113]. Кўпчилик мутахассислар дастлаб колостомия ўтказиш, сўнгра боланинг вазни маълум массага етганда (одатда 8-10 кг) ёки 6-18 ойлигида проктопластика ўтказиш мақсадга мувофиқ эканлиги тўғрисидаги

фикрни маъқуллайдилар. Бунга асос қилиб эса чаноқ соҳаси мушак тузилмалари, кичик чаноқ аъзолари, тўғри ичак қон томирлари ва нервларига ортиқча жароҳат етказмаган ҳолда ва техник хатоларсиз мураккаб операцияларни бажариш учун оптимал шароитларнинг яратилиши деб хисоблайдилар [1,3,6].

Махсус адабиётларда колостома ўрнатиш жойи тўғрисида турли хил фикрларни учратиш мумкин. Баъзи муаллифлар бу мақсадда сигмасимон ичакни, бошқалари кўндаланг чамбар ичакни, айримлари кўричак ва кўтарилувчи чамбар ичакни танлашни тавсия қиладилар. Колостома ўрнатишнинг мақбул жойини танлаш билан бирга унинг ўз функциясини бажариш муддатини ҳам эътиборсиз қолдириб бўлмайди, чунки, колостома шакллантирилгандан сўнг йўғон ичакнинг бошланғич қисмларида етарлича узунликда бўлган соғлом ичак бўлагининг узок муддат фаолиятдан тўхташи “фаолиятсиз” ичак синдромининг ривожланишига олиб келади. Колостомаларни ўрнатиш ва уларни бартараф қилиш, шунингдек, асоратларни олдини олиш учун нафақат стомаларни шакллантириш, балки аноректал нуқсонни радикал бартараф қилиш техникаси алоҳида аҳамият касб этади.

Колостома даволашнинг асосий ғоясига мос келиши, яъни операциядан кейинги асоратларнинг ривожланиш хавфини камайтириш ва беморни қайта операциялардан химоя қилиш, шу билан бирга кейинги операцияларда қийинчиликлар туғдирмаслиги зарур.

Аноректал туғма ривожланиш нуқсонларини даволашда колостома ўрнатишдан мақсад ошқозон-ичак тракти юкламасини камайтириш ва сийдик-таносил тизимини фекал ифлосланишдан сақлашдир. Чунки 85% ортик беморларда аноректал малформациялар урогенитал трактнинг дистал қисми билан боғлиқлик мавжуд.

Стомаларга кўрсатмаларни нотўғри белгилаш ва ўрнатиш техникасининг бузилиши, стомани шакллантириш усулларини ва ўрнатиш жойини нотўғри

танлаш, стома тапшувчи болани парваришловчиларнинг старлича маълумотга эга эмаслиги бемор ҳаёт сифатини ёмонлашувига олиб келувчи, ҳамда кейинчалик асосий касалликни даволашни қийинлаштирувчи перистомал асоратларнинг ривожланишига олиб келади. Аноректал ривожланиш нуқсонларини даволашда колостома асоратлари уни ўрнатиш усуллари ва ўрнатиш жойини танлашнинг долзарб масалаларини белгилайди.

Аввалги бобда таъкидлаб ўтилганидек, превентив колостомасиз бажарилган аноректопластика натижаларининг тахлили кўп марта такрорий операцияларни талаб қилувчи асоратларнинг юқори даражада учрашини кўрсатди. Асоратлар сабаби бўлиб нафақат бирламчи-коррекцияловчи операцияларнинг превентив колостомаларсиз бажарилиши, балки аноректал малформация шакллариининг нотўғри ташхисланиши ҳамдир.

Бирламчи оралик проктопластика ўтказилган беморларнинг такрорий ташрихлари давомида қуйидаги асоратлар аниқланган: тўғри ичакни беркитувчи аппаратида қўпол чандикли ўзгаришлар билан кечувчи туширилган ичак ретракцияси, тўлиқ параректал окмалар шаклланиши билан касалликнинг қайталаниши. Бирламчи операциялар ўтказилган, туширилган ичак ретракцияси ва тўғри ичакнинг беркитувчи аппаратида қўпол чандиклар ривожланган, касаллик рецидивда, шунингдек тўлиқ параректал окмалар хосил бўлган болаларда бирламчи-коррекцияловчи хирургик даволашнинг биринчи босқичи бўлиб доимо колостома ўрнатиш хисобланади.

Ректовагинал оқма билан касалланган учта беморда нуқсонни оралик орқали тузатишга уриниш ичакнинг ретракцияси, анастомоз нотурғунлиги ва анал тешикнинг чандикли деформациясини ривожланишига олиб келган. Кейинчалик Гартман турида дастлабки бир ўзакли терминал сигмостома шакллантирилиб, такрорий радикал операция ўтказилган.

4.1. Аноректал малформацияларнинг қуйи ва юқори шаклларида колостомия ўрнатиш жойини танлаш

Ҳозирги кунгача адабиётларда аноректал нуқсонларда колостома ўрнатиш усуллари ва ўрнатиш жойи ҳақидаги масалалар кенг муҳокама қилинмоқда, бироқ бу муаммо бўйича бир тўхтамга келинмаган. Айрим муаллифлар сигмостома шакллантиришни афзал кўришса, бошқалари бунинг учун кўндаланг-чамбар ёки кўтариловчи ичакдан фойдаланадилар.

S. Noug ва ҳаммуаллифлари [156] 138 та колостомия бажарилган болаларни даволаш натижаларини умумлаштириш натижасида трансверзостомия ўтказишни маъқул топганлар.

А.И. Ленишкин [139] сигмасимон ичак проекциясидаги колостома иккинчи босқич - нуқсонни радикал коррекциялашда қийинчилик туғдиради деган фикрда ўнг томондан кўтариловчи чамбар ичак соҳасида ичакни фаолиятсизлантиришни таклиф қилган. Бироқ, тадқиқотларимиз натижалари ўнг томонлама ўрнатилган колостомияларнинг асоратланиш даражасининг юқори эканлигини кўрсатди.

М.А. Levitt ва А. Реña [141] ларнинг “чап томонлама алоҳидаланган терминал стома ўрнатилиши кейинчалик коррекцияловчи операциянинг асосий босқичини ўтказишда хавфсизликни таъминлаши” тўғрисидаги фикрига қўшилаемиз. Бундан ташқари, бу усул ичакни олиб кетувчи қисми орқали ирригография ўтказиш ва атрезияланган берк қисм билан кичик чаноқ аъзолари ўртасидаги ўзаро анатомо-топографик мутаносибликни аниқ белгилаш имконини беради.

Тадқиқотларимиз натижалари пастга тушувчи чамбар ичак соҳасига ўрнатилган колостомаларнинг эвагинацияни олдини оловчи сигмостомалардан шубҳасиз афзалликка эга эканлиги тўғрисидаги далилларни тасдиқлайди. Бунда функция бажармайдиган йўғон ичак хиссасига жуда кам ичак бўлаги тўғри келади. Муҳим жихатлардан бири шуки, беморда сийдик ажратиш тизими билан боғлиқ кенг оқмаларнинг мавжудлиги сийдикнинг йўғон ичакка қуйилиши натижасида йўғон ичакнинг ўрта бўлагига стома ўрнатилганда сийдик резорбциясига сабаб бўлади ва бунинг оқибатида метаболик ацидоз ривожланади. Чап томонлама колостомия асоратлари тахлили шуни кўрсатдики, унинг оптимал ўрнатиш жойи пастга тушувчи ичак чегарасида сигмасимон ичакнинг бошланғич

бўлаги ҳисобланади. Бу жойнинг афзаллиги шундан иборатки, пастка тушувчи чамбар ичак фиксацияланган бўлиб, операциядан кейинги даврда эвагинация учун мойиллик яратмайди, сигмасимон ичак эса деярли ҳар доим бир ёки бир нечта қўшимча қовузлокларга эга бўлади ва уни оралиқ орқали туширишда ичак танқислиги юзага келмайди. Бундай стомани шакллантиришнинг муҳим жиҳати бўлиб чекка аркадани сақлаб қолиш зарурати ҳисобланади, бу эса кейинчалик мобилизация қилинган йўгон ичакни оралиққа қийинчиликсиз тушириш имконини беради.

Фикримизча, баъзи ҳолларда йўгон ичакнинг кўндаланг бўлагига ҳам ичак стомасини ўрнатилга йўл қўйилади, бироқ бу соҳада ичак тутқичининг узунлиги ва кўндаланг-чамбар ичакнинг ҳаракатчанлиги туфайли эвагинацияга мойиллик пайдо бўлади.

4.2. Аноректал нуқсонлар ва ривожланиш аномалияларида превентив колостома ўрнатиш усуллариини танлаш

Кузатишларимиз стомалаш усули ҳам муҳим аҳамиятга эҳанлигини кўрсатди. Бу масалада реконструктив операция ўтказиш жараёнида фойдаланиш учун ичакнинг дистал қисмининг етарли узунлиқда бўлиши асосий тамойил бўлиб ҳисобланади. Мазкур постулат чап томонлама ўрнатилган колостомалар асоратлар табиатини ўрганишда ўз тасдиғини топди. АРМ нинг клоакал шакли бўлган чақалокларда колостомия усулини танлашда, шунингдек ректовезикал оқмалар аниқланганда биз йўгон ичак дистал қисмига нажас массаларининг тушишини тўлиқ истисно қилиш имконини берувчи алоҳидаланган иккиталик сигмостомани афзал деб топдик. Бунда олиб келувчи ичак қовузлогини пастга тушувчи, фиксацияланган чамбар ичак ва ҳаракатчан сигмасимон ичак ўртасидаги чегарадан чиқариш мақсадга мувофиқ эҳанлигига ишонч ҳосил қилдик. Бу усул бажарилганда хирург пастга тушувчи чамбар ичак орқадан ва ёндан фиксацияланганлиги туфайли олиб келувчи стомада эвагинация кузатилишини олдини олади. Стомани 12-чап қовурга ва ёнбош суяги қирғоғи оралиғида ҳосил қилинган учбурчакнинг марказидан ўрнатилди. Олиб келувчи стома ичак

массаларини ўтиб кетишини олдини олиш мақсадида олиб келувчи қисмдан етарли масофада узокроқ бўлиши зарур. Олиб кетувчи стома торайтирилади ва бу ривожланиш нуқсони анатомиясини аниқлаштириш учун контраст моддани юбориш ва бўшлиқни ювишда фойдаланилади. Ректовестибуляр ва ректоперинеал окмали кўкрак ёшидаги болаларда стома ўрнатишни операциянинг асосий босқичи билан бирга амалга ошириш мумкин бўлган ҳолда биз қовузлокли икки ўзақли стома ўрнатишни афзал деб билдик. Чунки бу усулда бажарилган операциядан сўнг реабилитация даври бирмунча кам ва стома бир неча hafta давомида ўз функциясини сақлаб қолади. Бу каби стоманинг ўрнатилиши операция натижаларини ёмонлаштирамайди ва яхши косметик натижалар беради. Икки ўзақли стоманинг ўрнатилишидан қати назар олиб кетувчи қисм диаметрини олиб келувчи қисмдан бирмунча кичикроқ ўрнатишни афзал деб ҳисоблаймиз. Бундай усул химус чиқишини истисно қилиш билан бирга стомани парваришлашни енгиллаштиради, шунингдек сигмасимон ичакнинг ҳаракатчан дистал қисмини тушиб қолишидан сақлайди.

Аноректал малформацияни даволашда превентив колостомиянинг афзалликлари қуйидагиларни ўз ичига олади:

- Сигмасимон ичакнинг барча қисми деярли жалб қилинмайди, бу эса ичакни муваффақиятли туширишда сақлаб қолинган дистал ичакнинг етарлича узунликда бўлишини кафолатлайди;
- Чамбар ичакнинг фиксацияланган тушувчи қисмига яқин жойлашганлиги туфайли олиб келувчи (проксимал) стоманинг тушиб қолишини (эвагинация) олдини олади;
- ҳаракатчан сигмасимон ичакка ўрнатилганлиги сабабли олиб кетувчи (дистал) стоманинг тушиб қолишини (эвагинация) олдини олади;
- Фаолияти тўхтаган ичак қовузлоғини санация қилишни енгиллаштиради ва “фаолиятсиз ичак” синдроми ривожланишини олдини олади;

• Ва энг мухими, сийдик ажратиш йўллари хамда кейинчалик бажарилган колоректал ва колоанал анастомозларни фекал ифлосланишдан саклайди.

Асосий гуруҳдаги 26 (52,0%) нафар болаларда колостомия ўрнатиш тўғридан-тўғри биз томонимиздан радикал коррекциядан олдин амалга оширилди ва бирламчи равишда ўрнатилди.

Мазкур гуруҳдаги 24 (48,0%) та бемор болалардан 9 нафариди (18,0%) малформациянинг юкори формаси бўйича радикал коррекциядан олдинги биринчи босқич амалга оширилган болалар ва 11 (22,0%) нафари олдин туширилган ичак ва ораликдаги кўпол анатомик ва функционал бузилишларга олиб келган асоратларни бартараф қилиш учун бир ёки бир неча марта оператив муолажа бажарилган, хамда яна такрорий оператив муолажа ўтказишни талаб қиладиган беморлар ташкил қилган. 2 (4,%) нафар беморларда ўтказилган оператив муолажадан кейин ривожланган эрта асоратларни бартараф қилиш учун колостомия бажарилган. 2 (4,0%) та ҳолатларда колостомия – аниқланган кўшимча аномалиялар ва клиник жиҳатдан "устунлик" қилган нуқсонлар билан шакланган аноректал малформацияларда бажарилган.

Бирламчи коррекцияловчи оператив муолажа ўтказишдан олдин 50 нафар беморларда колостомия шаклантирилди, шулардан 24 (48,0%) нафариди биз томонимиздан такомиллаштирилган колостомия усули иккаламчи бажарилди, 26 (52,0%) тасида эса Гартман тури бўйича сигмостома (гофра кўринишида) ўрнатилди (4.1-жадвал).

4.1-жадвал

Асосий гуруҳдаги беморларда ўрнатилган превентив колостомаларнинг АРМ шакллариға кўра тақсимланиши (n=50)

№	АРМ шакллари	Гартман тури бўйича сигмостома (гофралаш усули)		
		Иккаламчи	Бирламчи	Жами

		abs	%	abs	%	abs	%
1	Юқори	14	28,0	15	30,0	28	56,0
2	Ўрта	10	20,0	7	14,0	16	32,0
3	Қуйи	-	0,0	4	8,0	6	12,0
	Жами	24	48,0	26	52,0	50	100,0

Олдин туширилган ичак ва оралиқдаги кўпол анатомик ва функционал бузилишларга олиб келган асоратларни бартараф қилиш учун, бир ёки бир неча мартаба оператив муолажа бажарилган. Превентив колостомия бажарилган беморларда операция турига кўра асоратларнинг ривожланиши таҳлил қилинди (4.2-жадвал).

4.2-жадвал

АРМ ни даволашда превентив колостомалар ўрнатилган болаларда асоратлар тури ва учраш даражаси (n=50)

№	Аноректопластика усуллари	Асорат турлари						Жами	
		Ретракция		Анал инконтиненция		Стеноз			
		abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
1	Soave-Boley (n=18)	1	2,0	1	2,0	1	2,0	5	10,0
2	Romualdi (n=9)	2	4,0	-	-	1	2,0	3	6,0
3	Svenson-like (n=23)	-	-	1	2,0	1	2,0	2	4,0
	Жами (n=50)	3	6,0	2	4,0	3	6,0	10	20,0

Жадвал маълумотларидан кўриниб турибдики, превентив колостомия билан бажарилган операциялардан энг кўп асоратлар Romualdi (6,0%) ва Soave-Boley (10,0%) операцияларида кузатишган. Svenson-like операцияси бажарилган 1 та беморда (2,0%) фекал инконтиненция ва 1 та беморда (2,0%) стома стенози кузатишган бўлиб, стома ретракцияси каби асорат умуман кузатилмаган ва мазкур операцияда асоратларнинг умумий кўрсаткичи 8,7% ни ташкил қилган. Стома стенозининг ривожланишига сабаб бўлиб, фикримизча, чамбар ичак охириги тортиб чиқарилгани туфайли терининг шидикланиши ва стриктура ҳосил бўлиши ва мушак-апоневроз қаватда тор тешик шакллантирилиши ҳисобланган.

Стриктуранинг узок муддат сақланиб қолиши юкори турувчи қисмларда супрастенотик кенгайишга ва ичак деворида қайтмас жарёнлар ривожланишига олиб келиши мумкин, кейинчалик эса реконструктив-қайта тикловчи операциялар ўтказишда асоратлар юзага келишига сабаб бўлади. Чунки колостомиядан сўнг организмнинг компенсатор имкониятлари бузилишларни бартараф қилиш ва тургун сақлаб туришда муҳим роль ўйнаши сабабли патологиянинг радикал оператив даволашга кўрсатма бўлиб гомеостазининг асосий кўрсаткичларининг меъёрлашуви ҳисобланади.

Йўғон ичакда ўтказилган қайта рентгенологик текширувларимиз натижасига кўра, 17 (30,4%) нафар беморларда химусни стоманинг олиб кетувчи қисмига ўтиб кетиши оқибатида ичакнинг дистал қисмида ахлат тошларини шаклланишига сабаб бўлган. У ўз навбатида супрастенотик кенгайиш ва ахлатдан интоксикация ҳолатини сақланишига олиб келган. Шу сабабли, асосий гуруҳдаги беморлардан, 7-8 ойлик болаларга бир ўзакли терминал колостома ўрнатиш мақсадга мувофиқ деб топилди.

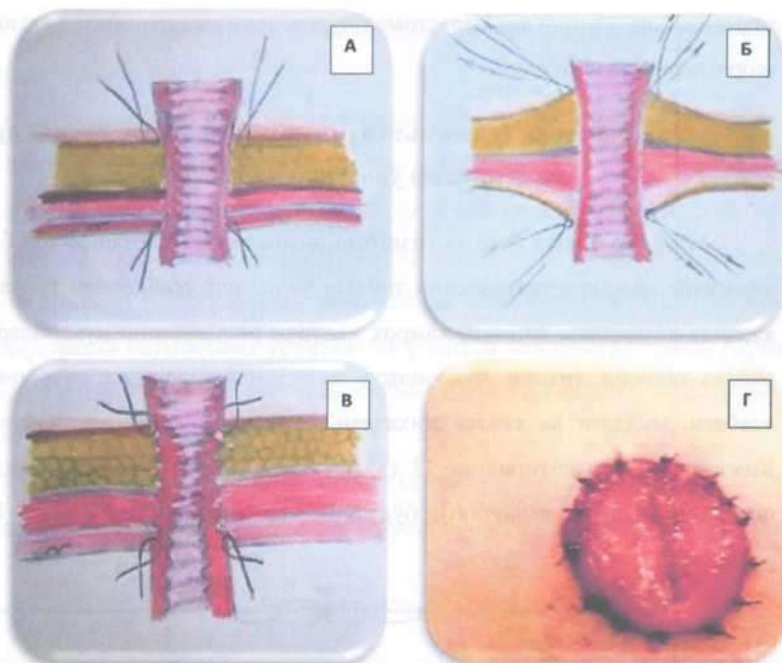
Анал канални шакллантиришда колостома ўрнатиш шу тарзда амалга оширилиши керакки, унда ичакнинг “ёшиқ” қисми максимал сақланиб қолиши лозим. Тажрибамиз шунини кўрсатадики, бу вазифани айниқса янги тутилган чақалоқлардаги ичакларнинг метеоризми ва “миниатор” қорин бўшлиғи шароритида ҳар доим ҳам осонлик билан бажариш имконияти бўлмайди. Шу сабабли, колостомани қориннинг чап ёнбош соҳасида шакллантиришда жароҳатга чиқарилаётган ичак қовузлигининг қон-томирларини сақлаб қолишига ҳаракат қилиш лозим. Колостомияда ичакни осилган ҳолатда фиксация қилишда, найчани туткич орқали ичак девори ва аркада томирлар тутами орасидан ўтказиш тавсия қилинади, бу қон-томирларни сиқилишини олдини олади. Бизнинг амалиётда 9 нафар стомали беморларда ушбу усул қўлланилган. Юкорида барча санаб ўтилган асоратлар ичак стомаларини шакллантириш техникасига ва услубларига риоя қилмаслик оқибатида келиб чиққан.

Чап томонлама колостомия асоратлари тахлили шунини кўрсатдики, унинг оптимал ўрнатиш жойи пастга тушувчи ичак чегарасида сигмасимон ичакнинг

бошлангич бўлаги ҳисобланади. Бу жойнинг афзаллиги шундан иборатки, пастка тушувчи чамбар ичак фиксацияланган бўлиб, операциядан кейинги даврда эвагинация учун мойиллик яратмайди, сигмасимон ичак эса деярли ҳар доим бир ёки бир нечта қўшимча ковузлокларга эга бўлади ва уни оралик орқали туширишда ичак танқислиги юзага келмайди. Бундай стомани шакллантиришнинг муҳим жиҳати бўлиб чекка аркадани сақлаб қолиш зарурати ҳисобланади, бу эса кейинчалик мобилизация қилинган йўғон ичакни оралиққа қийинчиликсиз тушириш имконини беради. Кузатишларимиз стомалаш усули ҳам муҳим аҳамиятга эҳанлигини кўрсатди. Бу масалада реконструктив операция ўтказиш жараёнида фойдаланиш учун ичакнинг дистал қисмининг етарли узунликда бўлиши асосий тамойил бўлиб ҳисобланади. Мазкур постулат чап томонлама ўрнатилган колостомалар асоратлар табиатини ўрганишда ўз тасдиғини топди.

Эвагинация ва перистомал асоратларни профилактика қилиши усулларидан бири бўлиб биз томонимиздан ишлаб чиқилган, чиқарилувчи ичакда “гофра” шаклида бурмалар ҳосил қилиш орқали сунъий копоқ ҳосил қилувчи Гартман типда бир ўзақли колостомия усули ҳисобланади (4.2-расм).

4.2-
расм.



Чиқарилувчи ичакда “гофра” шаклида бурмалар ҳосил қилиш орқали сунъий қопқоқ ҳосил қилувчи Гартман типиди бир ўзакли колостомия усули

Техникаси: Олиб кетувчи ичак қисми тўлиқ беркитиб тикилади. Сигмасимон ичак мобилизация қилинган, чап ёнбош соҳасида қорин олд деворида канал шакллантирилади. Ҳосил қилинган тешиқда 2 та бармоқ сиғиши лозим. Париетал қорин парда апоневроз билан бирга олинади. Чиқарилувчи ичак узунлиги белгиланади, кейин ичак париетал варақ ва апоневрозга фиксация қилинади. 4 томондан “ушлагич” иплар ўрнатилади (4.2. А – расм) ва ассистент ичакнинг ички ва ташқи қисмини турли томонларга тортади (4.2. Б – расм). Шу ҳолатда 0,8-1,0 см оралиқда бир-биридан қочириб тери-ичак чоклари ўрнатилади (4.2.В – расм). Сўнгра чиқарилган ичак қисми ташқарига ағдарилади ва тери-ичак чоклари орасида ағдарилувчи чоклар ўрнатилади (4.2. Г – расм).

Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, алоҳидаланган иккиталик колостома ўрнатишда ичакнинг олиб келувчи қисмига “гофра” шаклида бурмалар ўрнатиш, олиб кетувчи қисмини эса торайтириш мақсадга мувофиқ. Олиб келувчи ичакда “гармошка” ҳосил қилган ҳолда колостома шакллантиришда ушбу қондаларга риоя қилиш химусни “қисмлаб” ўтишини таъминлайди, шунингдек парастомал чурра, тери мацерацияси, эвагинация каби асоратларни олдини олди.

4.3. Ҳамроҳ келувчи бошқа аъзо ва тизимлар аномалияларида превентив колостомалар ўрнатиш жойи ва усуллари

АРМ лар бошқа аъзо ва тизимлар ривожланиш аномалиялари билан бирга учраганда даволаш тактикасини танлаш учун мураккабликлар туғилади. Шунинг алоҳида таъкидлаш жоизки, ҳамроҳ келувчи ривожланиш нуқсонлари, хусусан сийдик-таносил тизими нуқсонлари қати индивидуал ва операция ўтказиш навбати, муддати ва ҳажми жиҳатдан фарқ қилувчи танловни талаб қилади. Колостома шакллантирилган 13 (35,1%) нафар болада бир босқичли радикал операция ўтказиш имконияти бўлмаганлиги сабабли колостомия бажарилди.

Улардан 3 тасида (8,1%) осма, 3 тасида (8,1%) цекостома, 2 тасида (5,4%) дистал бир ўзакли сигмастома, Гартман типиди (гофралаш усули) терминал сигмастома 5 нафар (13,5%) болада ўрнатилган.

Беморларимизни синчковлик билан текширишимиз натижасида биз яна бир бор амин бўлдикки, барча туғма нуқсонлар ва ривожланиш аномалиялари каби аноректал малформациялар ривожланган болаларнинг деярли ҳар бирида, бир ёки бир неча қўшимча аномалиялар ва ривожланиш нуқсонларини мавжудлигини аниқлашга эришдик. Кўрсатилган касалликлар деярли клиник аломатларсиз давом этди. Дизурия, оғрик ва сийдикнинг турли даражадаги синдромлари камдан-кам ҳолларда қайд этилиб, бу эса ўз навбатида асосий касаллик билан боғлиқ ҳолда кузатилди.

Шуни таъкидлаш керакки, биргаликда ривожланган нуқсонлар, хусусан, пешоб ажратиш тизими, қати индивидуал ва дифференциал аралашуви кетма-кетлиги, вақти ва миқдорини танлашни талаб қилади. Бирламчи коррекцияловчи оператив муолажаси ўтказиндан олдин 9 (24,3%) нафар беморларимизга колостомия шакллантирилди, шулардан 2 (5,4%) нафарида иккиланган сигмастома, дистал бир ўзакли сигмастома эса, 2 (5,4%) ҳамда Гартман тури бўйича сигмастома (гофра кўринишида) 5 (13,5%) нафар болаларга ўрнатилди.

Олдин туширилган ичак ва ораликдаги қўпол анатомик ва функционал бузилишларга олиб келган асоратларни бартараф қилиш учун, бир ёки бир неча маротаба оператив муолажа бажарилган ҳамда яна такрорий оператив муолажа ўтказишни талаб қиладиган 10 (27%) нафар беморларнинг 2(5,4%) нафарида осма колостомия, 1 (2,7%) беморда иккиланган сигмастома, 3 (8,1%) нафарида дистал бир ўзакли сигмастома ўрнатиш операцияси бажарилган бўлса, Гартман тури бўйича (гофра кўринишида) сигмастомия 5 (10,8%) нафар беморларимизда бажарилди.

Ўтказилган оператив муолажадан кейинги даврда ривожланган эрта асоратларни (туширилган ичакнинг ретракцияси, чўлтоқ некрози, эрта чандикли

ичак тутилиши ва бошқалар) бартараф қилиш мақсадида 5 (13,5%) нафар беморларимизга колостома ўрнатилган бўлиб, уларнинг 2 (5,4%) нафари осма, 2 (5,4%) цекостомия ҳамда иккиланган сигмостомия 1 (2,7%) та беморда бажарилди.

Шундай қилиб, асоратлар кузатилган барча вазиятларда қайта-коррекцияловчи операциялар химояловчи колостомия бажарилгандан сўнг ўтказилиши керак. Аноректал малформациялардан клиник жихатдан “устунликка” эга бўлган бошқа аъзо ва тизим ривожланиш нуқсонларини аниқлаш учун ҳам колостомия ўтказиш зарурати туғилади.

Алоҳидаланган иккиталик колостома ўрнатишда ичакнинг олиб келувчи қисмига “гофра” шаклида бурмалар ўрнатиш, олиб кетувчи қисмини эса торайтириш мақсадга мувофиқ. Олиб келувчи ичакда “гармошка” ҳосил қилган ҳолда колостома шакллантиришда ушбу қоидаларга риоя қилиш химусни “қисмлаб” ўтишини таъминлайди, шунингдек парастомал чурра, тери мацерацияси, эвагинация каби асоратларни олдини олди.

4.4. “Фаолиятсиз” ичакнинг морфологик тавсифи

Беморда колостоманинг мавжудлиги шубҳасиз ичакнинг кам ёки кўп қисмини пассаж жараёнида иштирок этишини тўхтатади. Бунда вазиятда функционал юклама бўлмаган тақдирда, ичак фаолияти тўхтагандан кейинги 2-ойдан бошлаб фаолияти тўхтаган ичакнинг мотор-эвакуатор функцияси камайиб кетади.

Ўйғон ичакнинг функция бажармаётган қисмидаги морфологик ўзгаришлар турли муддатларда ўрганилди. 2-3 ҳафтадан сўнг шиллик қават гипертрофияси, шунингдек крипталар ва бокалсимон хужайраларда шиллик ва шиллик ости қаватлари склерози эвазига шиллик ишлаб чиқишнинг тўхташи, органик ўзгаришларнинг бошланиши билан кечувчи қисман атрофия юзага келади. 6 ойдан ортиқ муддатга ичак фаолияти тўхтаганда шиллик қават қалинлиги, ичак крипталарининг бўшлиғи ва чуқурлигининг камайиши,

микроциркулятор ўзаниниг қайта тақсимланиши ва яллиғланиши ўзгаришлар вужудга келиши қайталанувчи хусусиятга эга бўлган дистрофиянинг бошланиш белгилари бўлиб ҳисобланади.

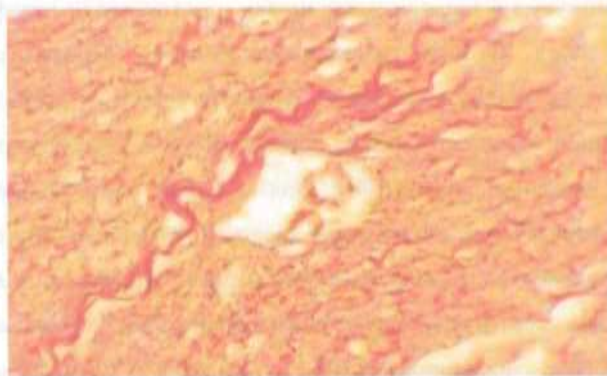
Бир йилдан сўнг эса ичак шиллиқ қавати юпқалашади, либеркюн крипталари сонни камаяди ва яссиланади, безлар орасида бириктирувчи тўқима ўсиб киради, хусусий шиллиқ қават мушак пластинкалари атрофияга учрайди, шу билан бирга йўгон ичак лимфонд аппарати атрофияланади. Мазкур ўзгаришлар ривожланишининг этиопатогенетик омиллари бўлиб микрофлоранинг бузилиши ва йўгон ичак адинамияси ҳисобланади [140].

Замонавий тиббий адабиётларда стома ўрнатилган беморларда “фаолиятсизланган” ичак бўлимлари ҳолатини ўрганишга бағишланган қатор ишлар маълум. Бу ишларда асосан узок муддат колостома билан юрилганда унинг шиллиқ қаватидаги атрофик ўзгаришлар хусусияти баён килинади, стомалар билан юришнинг охириги муддатлари тўғрисида асосланган маълумотлар келтирилади [159].

Ичак стомасида яллиғланиш жараёнларининг кечиши тўғрисида маълумот берувчи цитологик белгилар бўлиб шиллиқ қават намуналарида нейтрофиллар, гистиоцитлар, фибрин ипларининг бўлиши ҳисобланади. Йўгон ичакнинг юқори қисмларида колостомияларни шакллантиришда “фаолиятсиз ичак” даги морфологик ўзгаришлар ҳам ўрганилди. Олинган материаллар микроскопия учун фосфатли буферда 10% ли формалин эритмасида фиксация килинди. Парафинли кесмалар гематоксилин-эозин билан бўялган. Морфологик тадқиқотлар (ТошПТИ) Axioscop 40 – ZEISS микроскопи ёрдамида амалга оширилди. Оптик микрофотографияларга Axioscop 40 – ZEISS микроскопига ўрнатилган рақамли камера ва компьютер ёрдамида ишлов берилди.

Олинган намуналарининг морфологик манзарасида ичак шиллиқ қаватининг нотекис қалинлашуви, баъзи жойларда чуқурлашган қисмларининг мавжудлиги, крипталар туби шиллиқ ости қаватигача борганли кузатилди. Шу билан бирга, лимфолейкоцитар инфильтрация ва эритродиapedез белгилари мавжуд бўлган

соҳалар ҳам аниқланди. Олиб ташланган йўғон ичак препаратларида силлиқ мушаклар ўрганилганда аъзо деворида склероз ўчоқларининг борлиги, шунингдек ичак девори шиллиқ ва шиллиқ ости қаватларида коллаген толалар миқдорининг кўплиги ҳам кузатилди (4.3-расм).



4.3-расм. Оптик микрофотосурат: Йўғон ичакнинг “фаолиятсиз” қисми препарати: силлиқ мушаклар склерози, коллаген толалар миқдорининг кўплиги.

Гематоксилин-эозин, 9x10 марта катталаштирилган

4.5. Превентив колостомалар асоратлари ва уларни даволаш усуллари

Барча асоратлар каби превентив колостомалар асоратлари ҳам эрта ва кечки, стома ўрнатиш усули билан боғлиқ ёки унга алоқаси бўлмаган, шунингдек хирургик коррекция талаб қилувчи ва консерватив терапия усуллари билан бартараф қилинувчи турларига бўлинади.

Эрта асоратларига қуйидагилар киради:

- Консерватив усулда ёки чок ўрнатиш билан бартараф қилинувчи операциядан кейинги эрта даврда қон кетиши (2 та беморда);

- Чикарилган ичак некрози сабаблари бўлиб яхши пульсацияланувчи ичак туткич қон томирлари бўлмаганда қон билан ёмон таъминланиши, ичак чиқарилаётган пайтда туткичнинг тортилиши, жароҳат каналининг жуда торлиги туфайли ичакнинг эзилиб қолиши (1 та бемор). Бундай асоратлар қайта стомалаш орқали бартараф қилинди.

Кечки асоратлар:

- Алохидаланган иккиталик стоманинг олиб кетувчи қисми эвагинацияси (1 та). Бу вазиятда стома чиқиш йўлини кисетли чоклар ёрдамида торайтириш орқали бартараф қилинди;

- Параколостомик яллиғланишли асоратлар бола озиқланишининг бузилиши ва диарея ривожланиши билан боғлиқ бўлиб, ўнг томонлама стома ўрнатилган (2 та) болаларда учради.

- Нотўғри шакллантирилган колостоманинг энг кўп учровчи асорати сифатида бир ўзакли стома стенози 1 нафар болада учради ва бужлаш йўли билан бартараф қилинди.

- Параколостомик чурра ўтказилган энтерит туфайли 1 нафар бир ёшли болада кузатилади. Операция йўли билан бартараф қилинди.

Шундай қилиб, тадқиқотларимиз натижалари превентив стомаларда, шунингдек кўндаланг чамбар ичакка ўрнатилган стомаларга нисбатан сигмостомларда асоратларнинг паст кўрсаткичларда бўлишини тасдиқлади. Шу билан бирга, тадқиқотларимиз алохидаланган стомаларга караганда қовузлоқли (девор олди) стомаларда катта асоратларнинг ривожланиш хавфи мавжуд эканлигини белгилади. Бошқа асоратлар гуруҳини (ретракция, обструкция, парастомал чурра, ревизия зарурати, аноректопластикадан кейинги инфекциялар ва стомаларни ёпиш) ўрганиб чиққанмизда, гуруҳлар ўртасида сезиларли фарқни топмадик. Маълумки, ретракцияланган қовузлоқли стома дистал стомада нажаснинг тўпланишига ва мегаректум ёки пролапс ривожланишига олиб келиши мумкин. Колостома ўрнатиш усули ва асоратларнинг частотаси ўртасидаги ўзаро боғлиқлик ўрганилиб, ўнг ва чап томонда колостома ҳосил қилиш усуллари билан аноректал малформациялардаги асоратлар ўртасидаги боғлиқлик аниқланди.

Шуни таъкидлаш керакки, болалар жаррохларининг бошқа колостомия усуллари хақида маълумотлари етишмаслиги ҳам жуда катта рол ўйнайди ва кўпинча жаррох ўзи яхши биладиган усулдан фойдаланади. Колостомани шакллантиришда хар доим ҳам фақат колостома ичакни етарли даражада бўшатишгина эмас, балки колостома тури ва даражасини нотўғри аниқлаш билан боғлиқ асоратларни олдини олиш учун операциянинг кейинги босқичи ҳам ҳисобга олинади. Превентив ичак стомасини тўғри парвариш қилиш стоманинг туриш вақти, шунингдек бартараф қилингандан сўнг эрта даврларда кўп асоратларнинг профилактикаси муҳим шароит ҳисобланади. Адабиётларда патологик ичак оқмаларини парваришлаш усуллари билан фарқ қилмаганлиги туфайли превентив колостомаларни парваришлаш усуллари тўғрисида маълумотлар деярли келтирилмаган. Терини парваришлаш стома ўрнатилгач илк кунлардан бошлаб амалга оширилиши лозим. Стома атрофи фурациллин ёки калий перманганат эритмаси, водород пероксиди билан ювилади, сўнгра унга қалин қилиб ZnO пастаси қўйилади. Агар тери мацерацияга учрамаган бўлса, ишлов беришдан олдин куриштириш ва 76% спирт билан ишлов бериш зарур. Ичак стомасини парваришнинг асосий вазифаси бўлиб терини ичак ажралмаларининг парчаловчи таъсиридан ҳимоялаш ҳисобланади. Чунки оқма атрофида доимо мавжуд бўлган инфекция мацерацияга учраган терига тушгач операциядан кейинги жараённинг асоратланишига олиб келади.

4.6. Превентив колостомаларни бартараф қилиш муддатлари ва усуллари

Превентив ичак стомаларни бартараф қилиш муддатлари кўп йиллар давомида мунозаралар предмети бўлиб қолмоқда. Энтеро- ва колостомияларда ичак бутунлигини тиклаш тўғрисида кўпчилик муаллифларнинг фикри аниқ эмас (“бирмунча эрта муддатларда”). “Эрта беркитиш” термини хар хил талқин қилинади (3 ҳафтадан 3 ойгача), ичак стомасининг етилиш жараёни турли муаллифларнинг тан олишича ўрнатилгандан сўнг 4-5 ҳафтада яқунланади. Ушбу муддатда бажарилган “эрта тикловчи операциялар” деб юритилувчи бундай

усуллар ичакнинг барча компонентларидаги яллиғланиш жараёнлари шароитида кечади.

Баъзи жарроҳлар бир неча hafta, ой ва йилдан сўнг тикловчи операцияларни бажарадилар. Икки ўзакли колостмаларни эрта бартараф қилишда баъзи муаллифлар операциядан кейинги асоратларнинг кескин ортишини таъкидлайдилар, шунинг учун бундай уринишларни ёқламайдилар. Бунга асос қилиб колостома туриш муддатини узайтириш йўли билан операциядан кейинги асоратларнинг учраш даражасини камайишини кўрсатадилар. Баъзи жарроҳлар томонидан 3 ойгача бўлган муддатда 81,4% ҳолларда асорат учраши аниқланган, шундан келиб чиқиб кўпчилик мутахассислар колостомани 2 ойдан 6 ойгача бўлган муддатда бартараф қилишни тавсия қиладилар. Қорин бўшлиғида яллиғланиш жараёнлари тўлиқ тўхтагандан сўнг йўғон ичакда тикловчи операцияларни бажарилиш тарафдорлари ҳам мавжуд. Улар стомаларни бартараф қилиш 6-12 ойда амалга ошириши лозим деб ҳисоблайдилар. Ичак узлуксизлигини тиклаш бўйича янги усуллар ишлаб чиқиладиганига қарамадан ичаклараро анастомозлар нотурғунлигининг учраш даражаси 1,6% дан 21% га ва бу асоратларда ўлим кўрсаткичи 42% гача етади. Болаларда стомаларни бартараф қилишда операциядан кейинги асоратлар бир неча омиллар комплексига боғлиқ: ичакни чиқариш пайтида, ҳам стомани бартараф қилиш пайтида ўзгарган ичак фрагментининг резекция ҳажмини белгилашдаги хатоликлар; стома ўрнатиш жойи ва усулини танлашда, операцияни бажариш мобайнида техник хатоликлар. Фикримизча, ичак стомасини бартараф қилишнинг оптимал муддатларини танлаш муҳим аҳамият касб этади.

Фикримизча, колостомаларни бартараф қилишга бемор боланинг клиник ҳолати, тана вазни, стома ўрнатиш жойи, стома орқали йўқотишлар ҳажми, АРМ тури ва шакли каби қатор омиллар таъсир кўрсатади. Колостомаларни бартараф қилиш учун ёндошувларнинг турлича эканлиги мазкур масаланинг долзарб эканлигидан далолат беради. Турли муаллифлар маълумотларига кўра болаларда

ўрнатилган превентив колостомаларни бартараф қилиш муддатларини келтириб ўтамиз (4.3-жадвал).

4.3-жадвал

Превентив колостомаларни бартараф қилиш муддатлари бўйича турли муаллифлар маълумотлари

№	Муаллифлар	Йил	Колостомаларни бартараф қилиш муддатлари
1	B.V.Троян	1990	10-12 сут
2	N.Freeman	1994	3-4 сут
3	T.Weber	1995	14-65 ҳафта
4	C.Albanese	1995	8-14 ҳафта
5	J.Patel	1998	66-96 сут
6	R.Al-Harbi	1999	4-6 ҳафта
7	G.Steinan	2001	4-ҳафтадан 6 ойгача
8	B.E.Щитинин	2002	13-26 сут

Ичаклараро анастомознинг битиш жараёни реконструктив-тиқловчи операциялардан сўнг айниқса оғир кечди. Фикримизча бу топографо-анатомик мутаносибликнинг бузилиши ва қорин бўшлиғида олдин ўтказилган операциялардан кейинги чандиқли-битишмали жараённинг ривожланганлиги туфайли вужудга келган яққол техник қийинчиликлар билан боғлиқ. Жароҳатнинг йиринглаши 7,3% дан 23% гача, ичаклараро анастомоз битишининг асортали кечиши (анастомозит, яллиғланган инфилтрат, анастомоз чокларининг нотурғунлиги) 2,2% дан 19% гача учради. Кўпчилик муаллифларнинг берган маълумотларига кўра болаларда ичак анастомози чокларининг нотурғунлиги 10,5 дан 13,8% гача аниқланади, бунда бир қаторли чокларга нисбатан икки қатор ўрнатилган чокларда нотурғунликнинг учраши сезиларли равишда юқоридир. Биз йўғон ичакка бир қаторли чоклар ўрнатиш бўйича катта тажрибага эга эмасмиз. Бирок, бир нечта хамкасбларимиз кузатган асоратлар тахлили бунинг акси тўғрисида далолат беради. Бошқа асоратларга 5-60% гача беморларда учраши

мумкин бўлган ички аъзолар ятроген зарарланиши ва йирингли-септик асоратларни киритиш мумкин.

Хирургия амалиётига қорин бўшлиғида фаол яллиғланиш белгиларининг яқунланиши, стома атрофини ўраб турувчи қорин олд девори тўқималари ва ичакнинг барча компонентларида яллиғланиш жараёнларининг тўхташини белгилайдиган ичак стомасининг “етилганлиги” деб номланувчи термин киритилган. Турли муаллифлар фикрича стоманинг етилиш жараёни у ўрилатилгандан сўнг 4-5 ҳафтада яқунланади ва бу муддат ўтгач бажарилган тикловчи операциялар бирмунча қулай шароитда кечади. Бошқа муаллифлар эса ичак стомасининг “етилганлиги” нисбий эканлиги ва тикловчи операциялар муддатини белгилашда устувор бўлмаслигини таъкидлайдилар. Болаларда стомаларни берқутбиш муддатларини белгилашда биз радикал операциядан кейин беморни клиник-инструментал текширувидан олинган объектив мезонларга таяндик. Яъни оптимал муддат бўлиб 4-6 ҳафтalar ҳисобланди (4.4-жадвал).

4.4-жадвал

Радикал операциялардан сўнг колостомани бартараф қилиш натижалари

№	Стомани бартараф қилиш муддатлари	Асоратлар (abs%)				Жами
		«Фаолиятсиз» ичак синдроми	Ичак чоклари нотурғунлиги	Анастомоз стенози	Ҳажмли ичак резекцияси	
1	4-6 ҳафта (n=38)	-/-	1 (2,63%)	1 (2,63%)	1 (2,63%)	3 (7,89%)
2	6-8 ҳафта (n=13)	1 (7,69%)	1 (7,69%)	-/-	1 (7,69%)	3 (23,1%)
3	9-12 ҳафта (n=27)	2 (7,40%)	-/-	1 (3,70%)	2 (7,40%)	5 (18,5%)

Шундай қилиб, энг аҳамиятли бўлган асоратлар - эвагинация, пери- ва парастомал асоратлар, ҳамда “фаолиятсиз” ичак синдромидир. Эвагинациянинг самарали профилактикаси бўлиб қорин олд деворидан чиқарилаётган ичакни париетал қорин пардага ва ички апоневрозга фиксациялаш ҳисобланади. Пери- ва парастомал асоратлар биз томонимиздан ишлаб чиқилган, ичакка “гофра”

шаклида бурмалар хосил қилиш орқали шакллантирилган стома билан бартараф қилиниши мумкин. “Фаолиятсиз” ичак синдроми каби асоратлар профилактикаси проксимал алоҳидаланган сигма- ёки колостома ўрнатиш орқали амалга оширилади.

Сигмасимон ичакка Гартман турида гофралаш усулида колостома ўрнатиш даволаш натижаларини яхшилаш имконини беради ва ичакнинг фақатгина дистал бўлагини фаолиятдан тўхтатилиши туфайли ичак функциясини максимал сақлаб қолади, кейинчалик эса резекция чегараларини аниқлашда муаммо туғдирмайди, шунингдек катта хажмда ичак резекциясини ўтказиш заруратини истисно қилади. 7-8 ойгача бўлган болаларда кўрсатмалар бўйича бир ўзакли колостома ўрнатиш мақсадга мувофиқдир. “Фаолиятсиз” ичак синдроми ривожланишини олдини олиш мақсадида стоманинг олиб кетувчи қисминини албатта торайтириш орқали алоҳида проксимал иккиталик сигмастома ўрнатиш мақсадга мувофиқдир. Бу эса “фаолиятсиз” ичакни самарали санація қилиш имконини беради ва эвагинация хавфини олдини олади. Колостома ўрнатиш усули ва уни ташувчанлик муддатлари олдиндан башоратлаш даволашнинг яхши натижаларига эришиш имконини беради.

Шундай қилиб, колостмаларни ўрнатиш жойи ва усулларини тахлил қилган ҳолда биз аноректал малформациянинг қуйи шаклларида Гартман типидан бир ўзакли терминал колостома (сигмостома), юқори шаклларида эса алоҳида проксимал икки ўзакли сигмостома шакллантириш мақсадга мувофиқ эканлиги тўғрисида хулосага келдик. Колостомаларни бартараф қилишнинг оптимал муддатлари радикал операциялардан кейин беморни клиник-инструментал текшириш орқали олинган объектив мезонларга боғлиқ. Энг оптимал мудда 4-6-хафта эканлиги маълум бўлди.

ХОТИМА

Даволаш натижалари колостома билан юриш муддати олдиндан прогноз қилинган ҳолатларда яхшироқдир. Агар радикал операциянинг бажарилиши 3-6 ойдан кам бўлмаган муддатда режалаштирилса, у ҳолда чап томондан бир ўзакли сигмостома ўрнатиш тавсия қилинади. Қолган вазиятларда йўғон ичакнинг кўтарилувчи қисмига Гирдаладзе усулида ўрнатилади.

Пролапс ҳолатининг юқорилиги туфайли қовузлоқли колостомалар алоҳидаланган стомаларга нисбатан кўпроқ асоратланади. Мегаректумни ўз ичига олган бошқа асоратлар стома турига боғлиқ эмас. Умуман олганда, алоҳидаланган сигмостоманинг энг яхши тури ҳали аниқланмаган.

Пролапс стомаларнинг барча турларида юз бериши мумкин. Бу стома турига боғлиқ бўлмайди. Биз буни колостома локализациясига боғлиқ эканлигини аниқладик. Агар колостома йўғон ичакнинг ҳаракатчан қисмига ўрнатилса, стома туридан қати назар пролапс хавфи ортади, аксинча колостома йўғон ичакнинг фиксацияланган қисмига ўрнатилса пролапс юз бермайди.

Ўтказилган тадқиқотларимиз асосида биз томонимиздан аниқландики, бартарф қилишда мураккаблик тугдирувчи, оғир турдаги “фаолиятсиз” ичак синдроми (шиллик ва мушак қават атрофияси, эрозиялар, моториканинг бузилиши) колостомани олиб юришнинг 3-ойидан бошланади ва вақт мобайнида жадаллашиб боради.

Колостомиянинг ҳар қандай тури афзалликларини тахлилига кўра таъкидлашни хоҳлардикки, кўпинча операция соҳасини фекалийлар билан ифлосланишини олдини олишга шароит яратишнинг ягона ечими колостома ўрнатиш ҳисобланади. Бунда операция жарохати ифлосланмаган ҳолда ишлашга эришилади, бу эса ўз навбатида, ретракция, тўғри ичак пролапси, анал тешик стенози ва инконтиненция каби операциядан кейинги асоратларни олдини олади.

Колостмаларни ўрнатиш жойи ва усулларини тахлил қилган ҳолда биз аноректал малформациянинг қуйи шакларида Гартман типидан бир ўзакли терминал колостома (сигмостома), юқори шакларида эса алоҳида проксимал

икки ўзақли сигмостома шакллантириш мақсадга мувофиқ эканлиги тўғрисида хулосага келдик.

Колостомаларни бартараф қилишнинг оптимал муддатлари радикал операциялардан кейин беморни клиник-инструментал текшириш орқали олинган объектив мезонларга боғлиқ. Энг оптимал мудда 4-6-хафта эканлиги маълум бўлди.

Тадқиқот натижаларига асосланган ҳолда биз томонимиздан “Аноректал малформацияси бўлган болаларда превентив колостомаларни ўрнатиш жойи ва усулини танлаш” алгоритми ишлаб чиқилди.



Аноректал малформацияси бўлган болаларда превентив колостомаларни ўрнатиш жойи ва усулини танлаш алгоритми

ХУЛОСАЛАР

1. Болаларда тўғри ичак сфинктери мушаклари ва иннервациясининг етук эмаслиги, операция даврида нерв-мушак элементларининг сезиларли жарохатланиши, шунингдек АРМ бўйича колостомасиз бажарилган радикал операциялардан кейинги даврда колоанал анастомознинг доимо нажас массаси билан контактда бўлиши асоратлар ривожланишининг сабаби бўлиб ҳисобланади ва узоқ муддатли натижаларни белгилайди;

2. Колостомани сигмасимон ичакка Гартман типиди “гофра” ҳосил қилиш усули билан ўрнатилиши катта ҳажмда ичак резекциясини бажариш заруратини бартараф қилади, ичак функциясини максимал сақлаб қолиш ва асоратлар сонини 39,4% дан 20% гача камайтириш имконини берди;

3. Колостомани чап томонлама шакллантириш, тушувчи чамбар ичакнинг фиксацияланганлиги ҳисобига эвагинацияга мойил эмаслиги ва уни ораликқа туширишда ичак танқислиги юз бермаслиги туфайли оралик ва корин-оралик аноректопластикасини асоратсиз бажаришга замин яратади;

4. Превентив колостомаларни бартараф қилиш усуллари ва ташувчанликнинг оптимал муддати радикал операциядан кейин клиник-инструментал текшириш орқали олинган объектив мезонларга боғлиқ ва 4-6 ҳафтадан ортиқ бўлмаслиги зарур.

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. АРМни радикал ва асоратсиз даволаш превентив колостома ўрнатиш мақсадга мувофик ва ушбу амалиёт ихтисослашган, марказий муассасаларда ўтказилиши лозим.

2. АРМда унғ тамонлама Гирдаладзе усулида ўрнатилган колостома еки цекостома радикал операцияга мулжалланган ичакни фекалийдан тозалашга имкон бермайди.

3. АРМнинг туридан қати назар чап тамонлама бир ва икки узакли алохидаланган превентив колостома ўрнатиш мақсадга мувофик.

4. Бир ўзакли колостома Гартман усули типиде чап тамонлама йўғон ичак тушувчи қисмининг сигмасимон ичакка ўтиш соҳасига ўрнатиш эвагинацияни олдини олиш имконини беради.

5. “Гофра” усулида бурмалар хосил қилиб ўрнатилган колостомалар стомаланган ичакнинг “қисмлаб” бўшалишига имкон беради ва пери-, парастомал асоратларни олдини олади.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Аверин В. И. и др. Кишечные стомы у детей /В. И. Аверин, М. А. Аксельров, Ю. Г. Дегтярев, С. В. Минаев, М. П. Разин, Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». - 2020. - 112 с.
2. Аверин В.И. и др. Аноректальные мальформации у детей (федеральные клинические рекомендации) // Детская хирургия. – 2015. - № 4(19). – С. 29–35.
3. Аверин В.И., Дегтярев Ю.Г., Никифоров А.Н. Лечение детей с аноректальной патологией в Республике Беларусь // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. -2013. - №4(3).-С.14–20.
4. Аксельров М. А. Искусственные кишечные свищи в абдоминальной хирургии у детей (совершенствование методов формирования, прогнозирование послеоперационного течения, лечение и профилактика осложнений): Автореф. дис.д-ра мед. наук (14.01.19). – Омск, 2012. – 45 с.
5. Аксельров М. А. и др. Малоинвазивные технологии при формировании колостомы у детей периода новорожденности с высокой атрезией ануса и прямой кишки // Медицинский журнал. - 2018. - №1(63). – С. 50-53.
6. Аксельров М. А., Сергиенко Т. В., Верхованцев О. А. Лапароскопия или лапаротомия при формировании колостомы у новорожденных с атрезией ануса и прямой кишки? //Хирургия детского возраста. –2018.-№2(59). - С.64-66
7. Александрович А.М., Петрович Р.М. Профилактика осложнений путем совершенствования показаний и методов формирования искусственных кишечных свищей у детей //Вятский мед. вестник.-2017.-№4(56).-С.4-8.
8. Алиев М.М. Выбор метода и уровня колостомы у детей с болезнью Гиршпрунга и аноректальной мальформацией //Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. - 2016. - №2. - С. 95–99.
9. Алиев М.М. Модифицированная промежностная проктопластика по Стоун-Бенсону при низких формах аноректальной мальформации у детей //Хирургия Узбекистана. - 2016. - №2. - С. 13–18.

10. Алиев М.М. Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения свищевых форм аноректальной мальформаций у детей. //Медицинский журнал Узбекистана. - 2016. -№6. - С. 53–55.

11. Анатольев М. Н. и др. Превентивная колостомия в плановом хирургическом лечении больных раком прямой кишки // Вестник хирургии имени И. И. Грекова. - 2015. - №4(174). - С. 24–29.

12. Андреев К. Ю. и др. Хирургическое лечение детей с атрезией толстой кишки //Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. - 2016. - №2(6). - С. 38–44.

13. Атакулов Д. О. и др. Причины осложнений при аноректальных аномалиях у детей //Наука и просвещение. - 2021. - С. 231–233.

14. Атакулов Д.О., Шамсиева Л.А. Причины осложнений и рецидивов аноректальных мальформаций у детей // Вопросы науки и образования. - 2020. - №28(112). – С. 30-33.

15. Ахмеджанова Г. А. и др. Применение «Тахокомба» в urgentной хирургии // Вестник Казахского национального медицинского университета.- 2014. - №2. - С. 238–240.

16. Баиров В. Г. и др. Характеристика анастомозов после закрытия энтерои колостом при атрезии тонкой и толстой кишки // Детская хирургия.- 2013. - №6. – С.14–16.

17. Бозоров Ш. Т., Нарбаев Т. Т., Юлдашев М. А. Осложнения одноэтапной коррекции свищевых форм аноректальных пороков развития у новорожденных в ближайшем послеоперационном периоде // Материалы 27-й Российской (60-й "Всесоюзной") научной студенческой конференции «Актуальные вопросы хирургии, анестезиологии и реаниматологии детского возраста». – Киров, 2021. – С.16.

18. Бозоров Ш. Т., Туракулов З. Ш., Тошбоев Ш. О. Оценка эффективности одноэтапной коррекции свищевых форм аноректальных пороков развития у новорожденных //Новый день в медицине. - 2019. - №4(28). – С.136-139.

19. Бураев Г. Б. и др. Определение эффективности разгрузочных кишечных стом при лечении гиршпрунг-ассоциированного энтероколита у детей // Детская хирургия. - 2021. - №S1. – С.26
20. Винокурова Н. В., Цап Н. А. Комплексный подход к лечению аноректальных мальформаций у детей // Вестник Уральского Государственного медицинского университета. - 2018. - №1. - С.18-20.
21. Выдрыч Ю. В. и др. Эпидемиологические и клинико-генетические характеристики пороков развития аноректального отдела // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. -2016. - №5. - С.58-64.
22. Гассан Т. А. Превентивные кишечные стомы у детей периода новорожденности: дисс доктора мед. наук: 14.00.35.- Москва, 2003.-198 с.
23. Гюльмамедов Ф. И., Полунин Г. Е., Макиенко Е. Г. Хирургические методы реабилитации больных с колостомами // Вестник неотложной и восстановительной медицины. - 2010. - Т.11. - №2. - С. 270-273.
24. Дегтярев Ю. Г. Врожденные аноректальные аномалии: диагностика, лечение // Медицинский Журнал. - 2014. - №2(48). – С. 53-59
25. Дегтярев Ю. Г. Осложнения коло- и энтеростомии у детей // Медицинский журнал. - 2015. - №4(54). – С. 143-146.
26. Дегтярев Ю. Г. Диагностика и лечение ректроуректральных свищей у детей // Медицинский журнал. - 2016. - №1(55). – С. 97-101
27. Дегтярев Ю. Г. Ректопромежностные (кожные) свищи у детей // Медицинский журнал. - 2016. - № 4 (58). – С. 138-143
28. Демикова Н. С. и др. Описательная эпидемиология врожденных пороков аноректального отдела в Российской Федерации // Вопросы практической педиатрии. - 2017. – Т.12. - №2. – С. 39-46
29. Демикова Н. С. и др. Клиническое разнообразие и нозологическая структура атрезий аноректального отдела // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. - 2018. – Т.97. - № 6. – С. 63-69

30. Дженалаев Б.К. и др. Результаты хирургического лечения аноректальных пороков //Денсаулык сактауды дамыту журналы. - 2012. - №2. - С.12-14
31. Дженалаев Б. К. и др. Эндоскопическая коррекция при аноректальных пороках у детей // Мед. журнал Западного Казахстана.- 2012. - №3(35). – С. 108
32. Джонгирхонов Л. М. и др. Диагностическая ценность инвертографии у детей с аноректальными пороками развития // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2019. - №4. - С. 20-23
33. Заполянский А. В. и др. Первичная проктопластика у новорожденных с аноректальными пороками развития // Медицинские новости. - 2016. - №7. –С. 13-16
34. Иванов В. В. и др. Протоестественный задний проход на сигмовидной кишке как первый этап хирургической коррекции пороков развития аноректальной области у новорожденных //Детская хирургия. - 2008. - №1. - С. 14-15
35. Иванов П. В. и др. Этапное лечение аноректальных пороков у детей //Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2010. - №3. - С. 88-89
36. Иванов П. В. Современные возможности хирургического лечения аноректальных пороков у детей: Автореф. дисс кандидата мед. наук: 14.01.19.- Москва, 2011. - 26 с.
37. Игоревич А. М. Выбор метода шва анастомоза толстой кишки у детей: дисс. ... кандидата мед. наук: 14.01.19.- Москва, 2019. - 195 с.
38. Ионов А. Л. и др. Структура послеоперационных осложнений у детей с пороками развития толстой кишки и аноректальной области //Детская больница. - 2010. - №2(40). - С. 19-27
39. Ионов А. Л. и др. Приобретенные стенозы ануса и прямой кишки у детей //Детская больница. - 2011. - №1(43). - С. 11-16
40. Ионов А. Л. и др. Выбор метода лечения приобретенных стенозов анального канала и прямой кишки у детей //Колопроктология. - 2011. - №1(35). - С. 31-36

41. Ионов А. Л., Щербакова О. В. Послеоперационные осложнения в колоректальной хирургии у детей // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. - 2013. – Т.3. - №4. - С. 50-58.
42. Ким Л. А., Федоров А. К., Панин А. П. Тактика комплексного лечения детей, многократно оперированных по поводу пороков развития толстой кишки и аноректальной области // Хирургическая практика.-2012.-№4.-С. 4-11
43. Киргизов И. В. и др. Лапароскопическая видеоассистированная аноректопластика у детей с высокой атрезией прямой кишки // Колопроктология. - 2015. - №3(53). – С. 46-51
44. Киргизов И. В. и др. Современные подходы к диагностике и лечению детей с высокой атрезией ануса и прямой кишки // Кремлевская медицина. Клинический вестник. - 2017. - № 4–1. – С. 26-31
45. Козлов Ю. А. и др. Хирургическое лечение детей с атрезией толстой кишки // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. - 2016. – Т.6. - №2. – С. 38-44
46. Койнов Ю. Ю. и др. Повторные операции у детей с аноректальными малформациями // Сибирский научный медицинский журнал. - 2020. – Т.40. - №1. – С. 67-72
47. Койнов Ю. Ю. и др. Клинические варианты абдоминальной хирургической патологии у недоношенных детей // Детская хирургия. - 2020. – Т.24. - №6. – С. 403-408
48. Коростелев О. Ю. и др. Первичная одноэтапная заднесагиттальная проктопластика у новорожденных с низкими формами аноректальных пороков // Научные стремления. - 2018. - № 24. - С. 54-56
49. Косован В. Н. Реконструктивно-восстановительные операции у больных с временными двуствольными энтеро колостомами // Украинский журнал хирургии. - 2012. - № 4 (19). – С. 105-109
50. Крушельницкая Ю.В. Эпидемиологическая и клинико-генетическая характеристика врожденных пороков развития желудочно-кишечного тракта у детей: дисс. ... кандидата мед. наук: (03.02.07). – Москва, 2019. – 129 с.

51. Курташ О. О. и др. Колостомія на етапах хірургічної корекції аноректальних вад розвитку у дітей //Украинский научно-медицинский молодежный журнал. - 2012. – №.4 (70). – С. 40-47
52. Курташ О.О. Ранні та віддалені результати після колостомії, як першого етапу хірургічного лікування дітей з аноректальними вадами розвитку // Вісник проблем біології і медицини. - 2014. - № 4. - С. 95 –100.
53. Кыжыров Ж. Н. и др. Ранние послеоперационные внутрибрюшные осложнения – диагностика и хирургическое лечение // Вестник Казахского национального медицинского университета. - 2016. - № 1. - С. 401–405.
54. Лащенков А. С., Никонов О. А., Рознер Г. А. Аноректальные пороки развития у детей. Современные подходы в лечении. / Мат. VIII Поволжской региональной научно-практической конференции педиатров в Ульяновске «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». -Ульяновский государственный университет. - 2011. - С. 159–161.
55. Левин М. Д. Причины неудач коррекции низких аноректальных пороков // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2012.-№9.-С. 46-53
56. Левин М. Д. и др. Обоснование хирургической тактики у новорожденных с врожденными аноректальными аномалиями без видимого свища // Хирургия. Восточная Европа. - 2013. - № 3(07). – С. 19-35
57. Левин М.Д. К патологической физиологии аноректальных пороков. От новой концепции к новому лечению // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2013. - № 11. - С. 38 - 48.
58. Лисовой Р. В. Гнойные осложнения после операции Гартмана //Украинский журнал экстремальной медицины им. Г.А. Можяева. - 2010. –Т.11. - №4. - С. 147-150
59. Лифшиц Ю. З. и др. Модификация петлевой колостомы //Хирургия Украины. - 2012. - № 4 (44). – С. 112-113
60. Македонський І. О. Одноетапне лікування новонароджених з аноректальними аномаліями // Медичні перспективи. - 2015. - №2(20).-С.84-88

61. Машков А. Е. и др. Энкопрез у детей, оперированных по поводу врожденных аноректальных пороков: диагностика и лечение //Детская хирургия. - 2019. – Т.23. - №1S3, – С. 40.
62. Морозов Д. А. и др. Постнекротический субтотальный стеноз толстой кишки //Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. - 2013. - № 2 (3). - С. 25–30.
63. Морозов Д. А., Окулов Е. А., Пименова Е. С. Российский Консенсус по хирургическому лечению детей с аноректальными пороками. Первые шаги // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. -2013. – Т.3. - № 4. - С. 8-13
64. Морозова Н. Я. и др. Нарушения гемостаза у новорожденных, которым требуется проведение раннего хирургического вмешательства: Актуальные вопросы и нерешенные проблемы // Неонатология: новости. мнения. обучение. - 2016. - № 4 (14). - С. 30–38.
65. Новожилов В. А. и др. Энтеро- и колостомия в лечении пороков развития и заболеваний желудочно-кишечного тракта у новорожденных и детей раннего грудного возраста // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). - 2010. – Т.94. - № 3. – С. 112-114
66. Новожилов В. А., Степанова Н. М., Петров Е. М. Модифицированный передний сагиттальный доступ при Н-типе ректовестибулярной фистулы //Детская хирургия. - 2020. -. Т.24. - № 4. – С. 283-286
67. Ормантаев К. С., Ахпаров Н. Н., Смагулова Д. У. Колостомия при лечении аноректальных пороков //Медицинский журнал Западного Казахстана. - 2008. - № 3(19). - С. 52-58
68. Рахматова Р. А. и др. Отдалённые результаты хирургического лечения аноректальных пороков развития у новорождённых и детей раннего возраста //Здравоохранение Таджикистана. - 2011. - №1 (308). – С.44-47
69. Смирнов А. Н. и др. Кишечные стомы у детей: сопутствующие проблемы и пути их решения //Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. - 2013. – Т.3. - № 4. – С. 71-82

70. Смирнов А. Н., Ионов А. Л., Сулавко Я. П. Приобретенные протяженные стенозы ануса и прямой кишки у детей // *Детская хирургия.*-2011.-№4.-С.12-14
71. Стрюковский А. Е. и др. Экстренная колостомия в лечении детей с болезнью Гиршпрунга // *Кубанский научный медицинский вестник.* - 2010. - № 9 (123). – С.137-139
72. Султонов Ш. Р. и др. Лечение перистомальных осложнений у детей с наружными искусственными тонкокишечными свищами // *Вестник Авиценны.* - 2017. - № 3 (19). - С. 313–319.
73. Тараканов В. А., Терещенко О. А., Стрюковский А. Е. Тактика лечения детей с аноректальными мальформациями и патологией мочевыделительной системы // *Национальное здоровье.* - 2016. - № 3–4. – С. 82-86.
74. Тепаев Р. и др. Метаболический ацидоз: диагностика и лечение // *Педиатрическая фармакология.* - 2016. - № 4 (13). - С. 384–389.
75. Убайдуллоев В. Р. и др. Лучевая диагностика аноректальных пороков развития у детей // *Здравоохранение Таджикистана.* - 2015. - №S1. – С. 150-151
76. Фофанов А. Д., Фофанов В. А., Банасевич В. В. Редкая аноректальная мальформация - врожденный толстокишечный мешок у новорожденных. Обзор литературы и собственное наблюдение // *Хирургия детского возраста.* - 2018. - № 2 (59). - С.72-76
77. Фофанов А. Д., Фофанов В. А., Никифоров Р. И. Кишечные стомы как этап хирургического лечения врожденной и приобретенной абдоминальной патологии у детей // *Хирургия детского возраста.* - 2014. - № 1-2. – С. 42-43.
78. Хамраев А. Ж., Рахмонов Д. Б. ошибки и осложнения после коррекции аноректальных пороков у детей // *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии.* - 2020. – Т.10. - № 5. – С. 181.
79. Хворостов И. Н. и др. Диагностическая ценность МРТ в оценке анатомического состояния структур тазового дна у детей после оперативного лечения аноректальных пороков развития. // *Материалы Северо-Кавказской научно-практической конференции с международным участием «Инновационные технологии в медицине детского возраста Северо-Кавказского Федерального округа».* - 2018. - С. 75-78.

80. Хворостов И. Н. и др. Сравнительная оценка состояния мышечного комплекса неоректум у детей после оперативного лечения аноректальных пороков развития // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. - 2020. - № 2 (74). - С. 95-99
81. Шамсиев А. М. и др. Принципиальные подходы к оперативному лечению недержания кала после хирургической коррекции аноректальных мальформаций // Врач-аспирант. - 2014. - № 4.1. – С. 134-139.
82. Шамсиев А.М., Саидов М.С., Атакулов Д.О., Юсупов Ш.А., Шамсиев Ж.А., Суванкулов У.Т. Хирургическое лечение аноректальных пороков у детей //Вестник хирургии. -2011. -Т.170. -№2. - С. 40-43
83. Шамсиев А. М., Аипов Р. Р., Саидов М. С. и др. Выбор метода повторных операций при аноректальных аномалиях у детей // Журнал теоретической и клинической медицины. – 2015. – № 6. – С. 73-74.
84. Шамсиев Ж. А., Атакулов Д. О., Давранов Б. Л. Анализ причин наложения стом при врождённой кишечной непроходимости у новорождённых // Детская хирургия. – 2021. – Т. 25. – № S1. – С. 78.
85. Шельгин Ю. А. и др. Кожные перистомальные осложнения у пациентов с кишечной стомой //Клиническая и экспериментальная хирургия. - 2013. - № 1. - С. 40–46.
86. Эргашев Н. Ш., Отамурадов Ф. А. Колостомия при аноректальных мальформациях у девочек //Вестник экстренной медицины.-2016. -№4. -С.21-23
87. Эргашев Н. Ш., Отамурадов Ф. А. Хирургическая коррекция ректовагинальных форм аноректальных мальформаций // Детская хирургия. - 2017. – Т.21. - №1. – С. 28-31
88. Эргашев Н.Ш. и др. Показания и результаты колостомии при аноректальных аномалиях у девочек // Вестник хирургии имени И. И. Грекова. - 2012. - № 4 (171). - С. 63–67.
89. Юлдашев М. А., Бозоров Ш. Т., Тошбоев Ш. О. Тератогенные и клиничко-генетические факторы в патогенезе аноректальных пороков развития // Universum: Химия и биология. - 2021. - № 3–1 (81). – С.28-31

90. Юревич К. Ю. и др. Повторные операции у детей с аноректальными мальформациями // Сибирский научный медицинский журнал. - 2020. - № 1(40). - С. 67–72.
91. Agrawal V. и др. Comparison of 3D vs 2D laparoscopic-assisted anorectal pull-through (LAARP) for high anorectal malformations in children // Asian Journal of Endoscopic Surgery. 2020.
92. Ahmad H. et all. Decreasing surgical site infections in pediatric stoma closures // Journal of Pediatric Surgery. - 2020. - № 1 (55). -P. 90–95.
93. Alamo L. et all. Anorectal Malformations: Finding the pathway out of the labyrinth // Radiographics: A Review Publication of the Radiological society of North America, Inc. - 2013. - № 2 (33). P. 491–512.
94. Alani M., Rentea R. M. Midgut Malrotation Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2020.
95. Amanollahi O., Ketabchian S. One-stage vs. three-stage repair in anorectal malformation with rectovestibular fistula // African journal of Paediatric surgery: AJPS. - 2016. - № 1 (13). - P. 20–25.
96. Andersen R. M. et all. Incidence and risk factors for parastomal bulging in patients with ileostomy or colostomy: a register-based study using data from the Danish Stoma Database Capital Region // Colorectal Disease: The Official Journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. - 2018. - № 4(20). - P. 331–340.
97. Anyanwu L.-J. C., Mohammad A., Oyebanji T. A descriptive study of commonly used postoperative approaches to pediatric stoma care in a developing country // Ostomy/Wound Management. - 2013. - № 12(59). - P. 32–37.
98. Ardelean M.-A. et all. Improvement of continence with reoperation in selected patients after surgery for anorectal malformation // Diseases of the Colon & Rectum. - 2009. - № 1(52). - P. 112–118.
99. Bandi A. S., Bradshaw C. J., Giuliani S. Advances in minimally invasive neonatal colorectal surgery // World Journal of Gastrointestinal Surgery. - 2016. - № 10(8). - C. 670–678.
100. Basson S. et all. Antegrade continence enema (ACE): predictors of outcome in 111 patients // Pediatric Surgery International. - 2014. - № 11 (30). - P.1135–1141.

101. Belizon A. et all. Rectal prolapse following posterior sagittal anorectoplasty for anorectal malformations // *Journal of Pediatric Surgery*. - 2005. - № 1(40). - P. 192–196.
102. Ben Ameer H. et all. Surgical complications of colostomies // *La Tunisie Medicale*. - 2014. - № 7 (92). P. 482–487.
103. Bhangu A. et all. Systematic review and meta-analysis of the incidence of incisional hernia at the site of stoma closure // *World Journal of Surgery*. - 2012. - № 5(36). - P. 973–983.
104. Bhangu A. et all. A clinical and radiological assessment of incisional hernias following closure of temporary stomas // *The Surgeon: Journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland*. - 2012. - № 6(10). - P. 321–325.
105. Bischoff A. et all. Anorectal malformation without fistula: a defect with unique characteristics // *Pediatric Surgery International*. - 2014. - № 8(30). - P. 763–766.
106. Bischoff A., Levitt M. A., Peña A. Update on the management of anorectal malformations // *Pediatric Surgery International*. - 2013. - № 9(29). - P. 899–904.
107. Boemers T. M., Beek F. J., Bax N. M. Review. Guidelines for the urological screening and initial management of lower urinary tract dysfunction in children with anorectal malformations--the ARGUS protocol // *BJU international*. - 2019. - № 6(83). - P. 662–671.
108. Brac B., Sabbagh C., Regimbeau J. M. Emergency left colonic resection with end colostomy (Hartmann procedure) // *Journal of Visceral Surgery*. - 2020. - № 4(157). - P. 329–333.
109. Carroll A. G. et all. Comparative effectiveness of imaging modalities for the diagnosis of intestinal obstruction in neonates and infants: a critically appraised topic // *Academic Radiology*. - 2016. - № 5(23). - C. 559–568.
110. Çavuşoğlu Y. H. et all. Ostomy Closures in Children: Variations in Perioperative Care Do Not Change the Outcome // *The Indian Journal of Surgery*. - 2015. - № 3(77). - P. 1131–1136.
111. Chan K. W. E. et all. Outcome of patients after single-stage repair of perineal fistula without colostomy according to the Krickbeck classification // *Journal of Pediatric Surgery*. - 2014. - № 8(49). - C. 1237–1241.

112. Charousaei F., Dabirian A., Mojab F. Using chamomile solution or a 1% topical hydrocortisone ointment in the management of peristomal skin lesions in colostomy patients: results of a controlled clinical study // *Ostomy/Wound Management*. - 2011. - № 5(57). - P. 28–36.
113. Chowdhary S. K. et al. An audit of neonatal colostomy for high anorectal malformation: the developing world perspective // *Pediatric Surgery International*. - 2014. - № 2(20). - P. 111–113.
114. Dhaou M. B. et al. Incidence of incisional hernia after single-incision laparoscopic surgery in children // *Journal of Minimal Access Surgery*. - 2017. - № 3(13). - P. 240–241.
115. Dinnick T. The origins and evolution of colostomy // *British Journal of Surgery*. - 2015.-№22. - P. 142–154.
116. Eeftink Schattenkerk L. D. et al. Incisional hernia after surgical correction of abdominal congenital anomalies in infants: a systematic review with meta-analysis // *Scientific Reports*. - 2020. - № 1(10). - P. 211–270.
117. Egito E. T. B. N. do et al. Nutritional status of pediatric patients submitted to ostomy procedures // *Revista paulista de pediatria: orgao oficial da sociedade de pediatria de Sao Paulo*. - 2013. - № 1(31). - P. 58–64.
118. Ekwunife O. H. et al. Comparison of trans-perineal ultrasound-guided pressure augmented saline colostomy distension study and conventional contrast radiographic colostography in children with anorectal malformation // *African journal of paediatric surgery: AJPS*. - 2016. - № 1(13). - P. 26–31.
119. Elrouby A., Waheeb S., Koraitim A. Anterior sagittal anorectoplasty as a technique for the repair of female anorectal malformations: A twenty two-years-single-center experience // *Journal of Pediatric Surgery*. - 2020. - № 3(55). - P. 393–396.
120. Ergashev N. S. et al. Indications and results of colostomy for anorectal malformations in girls // *Vestnik khirurgii imeni I. I. Grekova*. - 2012. - № 4(171). P. 63–67.
121. Fedorov V. D., Rudin E.P. Colostomy classification // *Khirurgiya*. - 1985. - №.4. - P. 114–117.
122. Fleres F. et al. Local repair of a trans-stomal ileocecal prolapse by stapler device // *Updates in Surgery*. - 2014. - № 1(66). -P. 69–71.

123. Fonseca A. Z. et all. Colostomy closure: risk factors for complications //Arquivos brasileiros de cirurgia digestiva: ABCD = Brazilian archives of digestive surgery. - 2017. - № 4(30). - P. 231–234.
124. Furstin J., Abd-Elsayed A., Sadhasivam S. TAP block following colostomy closure in pediatric patients: Are we really changing the outcome? //Journal of Pediatric Surgery. - 2017. - № 4(52). - P. 663.
125. Gangopadhyay A. N., Pandey V. Anorectal malformations // Journal of Indian association of Pediatric surgeons. - 2015. - № 1(20). - P. 10–15.
126. Gao Z. et all. Long-term impact of fistula status on growth and anemia in infants with congenital anorectal malformations // Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition. - 2020. - № 4(29). - P. 690–695.
127. Gauderer M. W. L. Chapter 98 - Stomas of the Small and Large Intestine под ред. A. G. Coran, Philadelphia: Mosby, 2012. - P. 1235–1245.
128. Ghosh A. et all. Early feeding after colorectal surgery in children: is it safe? //Journal of Indian association of pediatric surgeons. - 2020. - №5. - P.291-296
129. Gine C. et all. Two-Port laparoscopic descending colostomy with separated stomas for anorectal malformations in newborns // European journal of Pediatric surgery: Official Journal of Austrian Association of Pediatric Surgery ... [et Al] = Zeitschrift Fur Kinderchirurgie. - 2016. - № 5(26). - P. 462–464.
130. Gonzalez D. O. et all. Surgical site infection after stoma closure in children: outcomes and predictors // The Journal of surgical research. - 2017. - №209. - P. 234–241.
131. Gün E. et all. Temporary diverting end-colostomy in critically ill children with severe perianal wound infection // Advances in Skin & Wound Care. - 2021. - № 6(34). - P. 322–326.
132. Hassett S. et all. 10-year outcome of children born with anorectal malformation, treated by posterior sagittal anorectoplasty, assessed according to the Krickenbeck classification //Journal of Pediatric Surgery.-2019.-№2(44).-P.399-403
133. Herrle F. et all. Single-Layer continuous versus double-layer continuous suture in colonic anastomoses-a randomized multicentre trial (ANATECH Trial) //Journal of Gastrointestinal Surgery: Official Journal of the Society for Surgery of the Alimentary Tract. - 2016. - № 2(20). - P. 421–430.

134. Hervieux E. Acute peritonitis in children // *La Revue Du Praticien*. - 2020. - № 5(70). - e177–e182.
135. Holcomb G. W. et all. *Ashcraft's Pediatric Surgery*. - 7nd ed., Amsterdam, Elsevier.- 2020. - P. 577–599.
136. Hosseinpour M., Fazeli A., Agabeigi M. Efficacy of Acacia senegal for stoma care in children with colostomy // *European Journal of Pediatric Surgery: Official Journal of Austrian Association of Pediatric Surgery ... [et Al] = Zeitschrift Fur Kinderchirurgie*. - 2012. - № 3(22). - P. 234–237.
137. Karakus S. C. et all. Posterior sagittal anorectoplasty in vestibular fistula: with or without colostomy // *Pediatric Surgery International*. - 2017. - № 7(33). - P.755–759.
138. Ko V. H. et all. Laparoscopic transabdominal colopexy for prolapse of a newborn end colostomy: a novel technique // *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques. Part A*. - 2019. - № 10(29). - P. 1368–1371.
139. Leniushkin A. I. Errors and complications in surgery of anorectal anomalies // *Khirurgiia*. - 1973. - № 6(49). - P. 131–134.
140. Levesque C. L. et all. In a neonatal piglet model of intestinal failure, administration of antibiotics and lack of enteral nutrition have a greater impact on intestinal microflora than surgical resection alone // *JPEN. Journal of parenteral and enteral nutrition*. - 2017. - № 6(41). - P. 938–945.
141. Levitt M. A., Peña A. Anorectal malformations // *Orphanet Journal of Rare Diseases*. - 2007. - №2. - P. 33.
142. Li L. T. et all. Prevalence of surgical site infection at the stoma site following four skin closure techniques: a retrospective cohort study // *Digestive Surgery*. - 2014. - № 2(31). - P. 73–78.
143. Li L. T. et all. Circular closure is associated with the lowest rate of surgical site infection following stoma reversal: a systematic review and multiple treatment meta-analysis // *Colorectal Disease: The Official Journal of the association of coloproctology of Great Britain and Ireland*. - 2014. - № 6(16). - P. 406–416.
144. Liechty S. T. et all. The morbidity of a divided stoma compared to a loop colostomy in patients with anorectal malformation // *Journal of Pediatric Surgery*. - 2016. - № 1(51). - P. 107–110.

145. Littre A. Diverses observations anatomiques. // Histoire de l'Académie royale des sciences. - 1710. -P. 36–37.
146. Livingston J. C. et al. Persistent cloaca: a 10-year review of prenatal diagnosis // Journal of Ultrasound in Medicine; Official Journal of the American Institute of Ultrasound in Medicine. - 2012. - № 3(31). - P. 403–407.
147. Maeda K. et al. Local correction of a transverse loop colostomy prolapse by means of a stapler device // Techniques in Coloproctology. - 2014. - № 1(8). - P.45–46.
148. Maerzheuser S. et al. Prospective evaluation of comorbidity and psychosocial need in children and adolescents with anorectal malformation. Part one: paediatric surgical evaluation and treatment of defecating disorder // Pediatric Surgery International. - 2019. - № 10(25). - P. 889–893.
149. Maistrenko N. A. et al. Preventive colostomy in planned treatment of patients with rectal cancer // Vestnik khirurgii imeni I. I. Grekova. - 2015. - № 4(174). - P. 24–29.
150. McDermott F. D. et al. Systematic review of preoperative, intraoperative and postoperative risk factors for colorectal anastomotic leaks // The British Journal of Surgery. - 2015. - № 5(102). - P. 462–479.
151. Millar A. J. et al. Bowel stomas in infants and children. A 5-year audit of 203 patients // South African Journal of Surgery. Suid-Afrikaanse Tydskrif Vir Chirurgie. - 2013. - № 3(31). - P. 110–113.
152. Minaev S. V. et al. The complications of intestinal stoma in children // Khirurgiia. - 2017. - № 1. - P. 54–57.
153. Mullassery D. et al. Incisional hernia in pediatric surgery - experience at a single UK tertiary centre // Journal of Pediatric surgery. - 2016. - № 11. - P. 1791–1794
154. Mullassery D. et al. Loop colostomies are safe in anorectal malformations // Journal of Pediatric surgery. - 2018. - № 11(53). - C. 2170–2173.
155. Murken D. R., Bleier J. I. S. Ostomy-Related Complications // Clinics in Colon and Rectal Surgery. - 2019. - № 3(32). - C. 176–182.
156. Nour S. et al. Colostomy complications in infants and children // Annals of the Royal college of surgeons of England. - 2016. - № 6. - P. 526–530
157. Oda O. et al. Loop versus divided colostomy for the management of anorectal malformations // Journal of Pediatric surgery. - 2014. - № 1(49). - P. 87–90

158. O'Flynn S. K. Care of the stoma: complications and treatments // *British Journal of Community Nursing*. - 2018. - № 8(23). - P. 382–387.
159. Pandey A. et al. Histology with immunohistochemistry of the fistula region in female anorectal malformation: Can it be used for neo-anus reconstruction? // *Journal of Paediatrics and Child Health*. - 2018. - № 2(54). - P. 177–182.
160. Pearson R. et al. Stoma-Related Complications Following Ostomy Surgery in 3 Acute Care Hospitals: A Cohort Study // *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing: Official Publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*. - 2020. - № 1(47). - P. 32–38.
161. Peña A. et al. Posterior cloaca--further experience and guidelines for the treatment of an unusual anorectal malformation // *Journal of Pediatric Surgery*. - 2010. - № 6(45). - P. 1234–1240.
162. Peña A., Grasshoff S., Levitt M. Reoperations in anorectal malformations // *Journal of Pediatric Surgery*. - 2007. - № 2(42). - P. 318–325.
163. Pena A., Migotto-Krieger M., Levitt M. A. Colostomy in anorectal malformations: a procedure with serious but preventable complications // *Journal of Pediatric Surgery*. - 2006. - № 4(41). - P. 748–756.
164. Rahalkar M. D., Rahalkar A. M. Pictorial essay: Distal colostography // *The Indian Journal of radiology & imaging*.-2010.-№2(20).-P.122-125
165. Recalla S. et al. Ostomy care and management: a systematic review // *Journal of wound, ostomy, and continence nursing: Official Publication of the wound, ostomy and continence nurses society*.-2013.-№ 5(40).-P.489-500
166. Riccabona M. et al. European Society of Paediatric Radiology abdominal imaging task force recommendations in paediatric urology, part IX: Imaging in anorectal and cloacal malformation, imaging in childhood ovarian torsion, and efforts in standardising paediatric urology terminology // *Pediatric Radiology*. - 2017. - № 10(47). - P. 1369–1380.
167. Rolstad B. S., Erwin-Toth P. L. Peristomal skin complications: prevention and management // *Ostomy/Wound Management*. - 2004. - № 9(50). - P. 68–77.
168. Russell K. W. et al. Fecal continence following complex anorectal trauma in children // *Journal of Pediatric Surgery*. - 2014. - № 2(49). - P. 349–352.

169. Saha H. et all. Demographic Study and Management of Colonic Atresia: Single-Center Experience with Review of Literature // *Journal of Indian Association of Pediatric Surgeons*. - 2018. - № 4(23). - P. 206–211.
170. Saxena S. et all. Laparoscopic-assisted divided colostomy for anorectal malformation case series: a description of technique, clinical outcomes and a review of the literature // *Pediatric Surgery International*. - 2018. - № 8(34). - P. 861–871.
171. Schleicher C. et all. Stoma prolapse and stoma retraction // *Der Chirurg; Zeitschrift für alle gebiete der operativen medizen*. - 2010. - № 11(81). - P.978-981.
172. Schmidt D. et all. Postoperative complications in adults with anorectal malformation: a need for transition. German network for congenital uro-rectal malformations // *Pediatric surgery international*.-2012.-№8(28).-P.793–795.
173. Serrurier K. et all. A multicenter evaluation of the role of mechanical bowel preparation in pediatric colostomy takedown // *Journal of Pediatric Surgery*. - 2012. - № 1(47). - P. 190–193.
174. Shabbir J., Britton D. C. Stoma complications: a literature overview // *Colorectal Disease: The Official Journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*. - 2010. - № 10(12). - P. 958–964.
175. Sharp S. P. et all. Incidence of Ostomy Site Incisional Hernias after Stoma Closure // *The American Surgeon*. - 2015. - № 12(81). - P. 1244–1248.
176. Smith C. A., Avansino J. *Anorectal Malformations Treasure Island (FL): StatPearls Publishing*, 2020.
177. Solomon B. D. VACTERL/VATER Association // *Orphanet Journal of Rare Diseases*. - 2011. - №6. - C. 56.
178. Steeg H. J. J. van der et all. European consensus meeting of ARM-Net members concerning diagnosis and early management of newborns with anorectal malformations // *Techniques in Coloproctology*. - 2015. - № 3(19). - P. 181–185.
179. Steinhagen E., Colwell J., Cannon L. M. Intestinal stomas-postoperative stoma care and peristomal skin complications // *Clinics in colon and rectal surgery*. - 2017. - № 3(30). - P. 184–192.
180. Tackett J. J., Muise E. D., Cowles R. A. Malrotation: Current strategies navigating the radiologic diagnosis of a surgical emergency // *World Journal of Radiology*. - 2014. - № 9(6). - P. 730–736.

181. Tanaka K. et al. Risk Factors for Incisional Hernia in Children // *World Journal of Surgery*. - 2018. - № 7(42). - P. 2265–2268.
182. Thabet F. C., Ejike J. C. Intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome in pediatrics. A review // *Journal of Critical Care*. - 2017. - №41. - P. 275–282.
183. Thomas D. F. M. The embryology of persistent cloaca and urogenital sinus malformations // *Asian Journal of Andrology*. - 2020. - № 2(22). - P. 124–128.
184. Thomeer M. G. et al. High resolution MRI for preoperative work-up of neonates with an anorectal malformation: a direct comparison with distal pressure colostography/fistulography // *European Radiology*. - 2015. - №12(25). - P.3472–3479.
185. Tirrell T. F. et al. Contrast enhanced colostography: New applications in preoperative evaluation of anorectal malformations // *Journal of Pediatric Surgery*. - 2021. - № 1(56). - P. 192–195.
186. Tofft L. et al. Wound dehiscence after posterior sagittal anorectoplasty in children with anorectal malformations // *BioMed Research International*. - 2018. - e.2930783. doi: 10.1155/2018/2930783.
187. Vuille-dit-Bille R. N. et al. Colostomy for perianal sepsis with ecthyma gangrenosum in immunocompromised children // *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*. - 2016. - № 1(38). - P. 53–57.
188. Wood R. J. et al. Assessing the benefit of reoperations in patients who suffer from fecal incontinence after repair of their anorectal malformation // *Journal of Pediatric Surgery*. - 2020. - № 10(55). - P. 2159–2165.
189. Wood R. J., Levitt M. A. Anorectal Malformations // *Clinics in Colon and Rectal Surgery*. - 2018. - № 2(31). - P. 61–70.
190. Wood R. J., Reck-Burneo C. A., Levitt M. A. Cloacal Malformations: Technical Aspects of the Reconstruction and Factors Which Predict Surgical Complexity // *Frontiers in Pediatrics*. - 2019. - №7. - P. 240.
191. Yadav P. S. et al. Early feeding in pediatric patients following stoma closure in a resource limited environment // *Journal of Pediatric Surgery*. - 2013. - № 5(48). - P. 977–982.
192. Yamamoto M. et al. Risk factors for surgical site infection after stoma closure comparison between pursestring wound closure and conventional linear wound

closure: Propensity score matching analysis // *American Journal of Surgery*. - 2018. - № 1(215). - P. 58–61.

193. Yang L. et al. Two-stage laparoscopic approaches for high anorectal malformation: transumbilical colostomy and anorectoplasty // *Journal of Pediatric Surgery*. - 2014. - № 11(49). - P. 1631–1634.

194. Youssef F. et al. Loop versus divided colostomy for the management of anorectal malformations: a systematic review and meta-analysis // *Journal of Pediatric Surgery*. - 2017. - № 5(52). - P. 783–790.

195. Zamir N. Cloacal Malformation in Female Children: Outcome of Initial Management // *Pakistan Journal of Medical Sciences*. - 2020. - № 2(36).-P. 187–191.

196. WHO | The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM // WHO. URL: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/icd-10-perinatal-deaths/en/>.

197. WHO | Estimates for 2000–2013 // WHO. URL: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_child_cod_2013/en/

198. WHO | Sixty-third World Health Assembly closes after passing multiple resolutions //WHO. URL: https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/wha_closes_20100521/en/

199. ВОЗ | Всемирный доклад об инвалидности // WHO. URL: [http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/ru/\(06.06.2021\)](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/ru/(06.06.2021)).

200. Congenital anomalies. WHO (2016). [online] Who.int. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>.

201. Duret C. Observation sur un enfant ne sans anus // *Receuil Périodique Soc. Méd. Paris*. – 1798. – T. 4. – P. 45-50.

(монография)

**АНОРЕКТАЛ РИВОЖЛАНИШ НУҚСОНЛАРИ
АНИҚЛАНГАН БОЛАЛАРДА ПРЕВЕНТИВ
КОЛОСТОМАЛАР ЎРНАТИШ УЧУН
КЎРСАТМАЛАР ВА УСУЛЛАРНИ ТАНЛАШ**

Бозоров Ш.Т.

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

Тошкент – 2022