

**BOLALARDA TO'G'RI ICHAK SHILLIQ QAVATINING TUSHISHINI DAVOLASH**

**Sh. A. Yusupov, J. O. Atakulov, M. Q. Muxiddinova**  
Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston

**Tayanch so'zlar:** surunkali qabziyat, gipokinez, sfinkter, elektromiografiya, polip, rektoanal bosim, bioelektr o'tkazuvchanlik.

**Ключевые слова:** хронический запор, гипокинез, сфинктер, электромиография, полип, ректоанальное давление, биоэлектрическая проводимость.

**Key words:** chronic constipation, hypokinesis, sphincter, electromyography, polyp, rectoanal pressure, bioelectrical permeability.

2010 yildan 2022 yilgacha bo'lgan davrda bizning nazoratimiz ostida 212 nafar tog'ri ichak tushishi bo'lgan bolalar bo'lib, ulardan 135 nafari o'g'il bolalar, 77 nafar qizlar; bir yoshgacha bo'lgan 11 nafar, 1 yoshdan 3 yoshgacha bo'lgan 134 nafar, 4 yoshdan 7 yoshgacha bo'lgan 59 nafar, 7 yoshdan oshgan 8 nafar bola bor edi. I bosqich tog'ri ichak tushishi 69 bemorda, II bosqich - 112 bemorda, III bosqich - 31 bemorda aniqlangan.

**ЛЕЧЕНИЕ ВЫПАДЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ**

**Ш. А. Юсупов, Ж. О. Атакулов, М. К. Мухиддинова**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

В период с 2010 по 2022 год под нашим наблюдением находилось 212 детей с ректальным выпадением, из них 135 мальчиков и 77 девочек; 11 детей в возрасте до одного года, 134 ребенка в возрасте от 1 до 3 лет, 59 детей в возрасте от 4 до 7 лет и 8 детей старше 7 лет. Ректальное падение I стадии выявлено у 69 больных, II стадии - у 112 больных, III стадии - у 31 пациента.

**TREATMENT OF THE FALL OF THE MUCOUS MEMBRANE OF THE RECTUM IN CHILDREN**

**Sh. A. Yusupov, J. O. Atakulov, M. Q. Muxiddinova**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

In the period from 2010 to 2022, under our control, 212 children with a mountain intestinal drop, of which 135 were boys, 77 girls; 11 children under one year old, 134 children from 1 to 3 years old, 59 children from 4 to 7 years old, 8 children over 7 years old were examined. Stage I intestinal miscarriage was detected in 69 patients, Stage II - in 112 patients, stage III - in 31 patients.

**Mavzuning dolzarbligi.** Tog'ri ichak tushishining bevosita sabablari 121 nafar bolada oshqozon va ichak kasalliklari (67 nafar dizenteriya, dispepsiya, enterokolit, 54 nafarida surunkali ich qotishi), 22 nafarida nafas olish organlari, 22 nafarida siydik ayirish va jinsiy azolar, 21 nafarida garshokda uzoq vaqt o'tirish, rektal poliplar - 10 ta, kasallikdan keyingi keskin gipotrofiya - 11 ta, dumg'aza-dum sohasining shikastlanishi - 5 ta.

**Material va metodlar.** Tog'ri ichak tushishi tashhisini tasdiqlash va davolash taktikasi- ni ishlab chiqish umumiy klinik, rentgenologik, rektoanal bosimning uzluksiz profilometriyasi, tog'ri ichak motor funksiyasini o'rganish, tog'ri ichak ichki va tashqi sfinktrlarining kombinatsiyalangan elektromiografiyasi va manometriyasini o'tkazish, Disa-2100 qurilmasi (Daniya) yordamida aniqlagan[17,18].

**Tadqiqot natijalari.** Bemorlarning 17,4 foizida sfinkter qisqarishining maksimal kuchining pasayishi qayd etilgan, qolganlarida u normal chegaralarda edi.

To'g'ri ichakdagi bosim (0,91 ± 0,03) kPa yoki (9,31 ± 0,27) kPa. Tog'ri ichak kanalidagi maksimal bosim ko'rsatkichi kasallikning bosqichiga bog'liqligi kuzatildi (1-jadval). Sfinkterlarning tinch holatda 11,3 % ga va qisqargan holati bilan normal qiymatlardan 12,8 % ga past bo'ldi.

**1 jadval.**

**Orqa chiqaruv kanalining maksimal bosimi (M±m).**

To'g'ri ichak tushishi bosqichlari	Maksimal bosim kPa	
	Tinch holatda	Qisqargan holatda
I	4,15 ± 0,13	5,12 ± 0,17
	(42,3 ± 1,34)	(52,2 ± 1,74)
II	3,68 ± 0,18	4,79 ± 0,19
	(37,5 ± 1,8)	(48,9 ± 1,92)
III	3,04 ± 0,22	4,44 ± 0,34
	(31,0 ± 2,2)	(45,3 ± 3,51)

Maksimal bosimning pasayishi orqa chiqaruv kanalining germetikligi va qisqarishining buzilishiga, to'g'ri ichak va orqa chiqaruv kanalidagi bosim gradiyentidagi farqqa, defekatsiya paytida tog'ri ichakdagi ichki bosimga qarshilikning pasayishiga olib keladi, bu esa tog'ri ichak tushishida muhim patogenetik jihatlardan biridir [7].

Orqa chiqaruv kanalining uzunligi normal qiymatlarga nisbatan qisqardi va tinch holatda ( $1,69 \pm 0,18$ ) sm, sfinkterlarning erkin qisqarishida esa ( $2,03 \pm 0,28$ ) sm.

Bemorlarning 81,1 foizida anal refleksi saqlanib qolgan. Anus atrofidagi terining yallig'lanish reaksiyasi bilan kechadigan proktosigmoiditning belgilari bo'lgan bemorlarda esa anal refleksi reaksiyasi pasayishi yoki yo'qolishi kuzatildi.

Yug'on ichak distal qismi motor funksiyasining gipokinetik turi umumiy bemorlarning 72,6 foizida, normokinetik turi 17,9 foizida, giperkinetik turi esa 9,5 foizida kuzatildi. Motor faoliyatining buzilishi, bir tomondan, proktosigmoidit, boshqa tomondan, to'g'ri ichak va sigmasimon ichak devorlari va ularning nerv elementlarining haddan tashqari cho'zilishi va atrofiyasi tufayli yuzaga keladi.

Ichki sfinkter mushak tolalarining bioelektrik faolligi 8,3 % ga, tashqi 2,8 % ga kamaydi. I va II bosqichlarda biopotentsiallar qiymatining o'zgarishi ahamiyatsiz edi, III bosqichda ular sezilarli bo'ldi (2-jadval).

**2 jadval.**

**Sfinkter apparati bioelektrik o'tkazuvchanligining ko'rsatkichlari mkB ( $M \pm m$ ).**

To'g'ri ichak tushishi bosqichlari	Orqa chiqaruv yo'li sfinkteri			
	Ichki		tashqi	
	Tinch holda	Qisqargan holatda	Tinch holda	Qisqargan holatda
I	$32,3 \pm 1,27$	$73,0 \pm 3,47$	$50,41 \pm 2,8$	$114,11 \pm 5,31$
II	$30,53 \pm 1,49$	$82,1 \pm 2,05$	$51,19 \pm 3,15$	$119,18 \pm 7,21$
III	$25,5 \pm 3,34$	$81,16 \pm 7,59$	$45,3 \pm 5,59$	$117,12 \pm 11,62$

Barcha bemorlarda musbat bo'lgan rektoanal tormozlanish refleksining chegaraviy ko'rsatkichlari bolalarda tog'ri ichak tushishi uchun xarakterlidir: refleksi sezuvchanlik chegarasi normal qiymatlardan sezilarli darajada chetga chiqmadi, sub'ektiv sezuvchanlik chegarasi 81,3 % ga oshdi. defekatsiya qilish istagi chegarasi - 49,7 % ga, ichki sfinkterni to'liq ochish chegarasi 17,1 % ga kamaydi, intolerans chegarasi - me'yoridan 14,9 % ga oshdi. Biz sanab o'tilgan qiymatlardagi o'zgarishlarni baroretseptorlar va tog'ri ichakdagi boshqa nerv tuzilmalari shikastlanishi natijasida kelib chiqqan mahalliy buzilish deb hisoblaymiz [19].

Qorin bo'shlig'i va to'g'ri ichak bosimining ko'tarilishi, tez-tez va uzoq vaqt davomida ich qotishi, to'g'ri ichakning gipermotorikasi tufayli defekatsiyaga kirishish to'g'ri ichakning mushak membranasida va anusni ko'taruvchi mushakning dekompensatsiyalangan o'zgarishlarga olib keladi [5,4,16]. Orqa chiqaruv kanalining qisqarish-kengayish dissinerjiyasi ich qotib qolishni kuchaytiradi. Natijada shiddatli patologik zanjir paydo bo'ladi [1,2,6]. Qorin bo'shlig'i bosimining ko'tarilishi chanoq bo'shlig'i mushaklarining haddan tashqari zo'riqishiga sabab bo'ladi va asta-sekin funksional faolligini yo'qotadi. To'g'ri ichak mushaklari tonusining pasayishi, anorektal burchakning oshishi, chanoq bo'shlig'i mushaklari shuningdek anusning qisqarish-kengayish dissinerjiyasi, ligamentar apparat tizimning zaiflashishiga olib keladi. Natijada, kengaygan sfinkter orqali nafaqat zich najas massalari, balki to'g'ri ichakning bir qismi ham chiqib qoladi. Keyinchalik, patologik jarayonni chuqurlashtiradigan ikkilamchi sfinkter yetishmovchiligi rivojlanadi [10,13,15].

Konservativ davolashda 50 Gts chastotali "qitiqlash" effektini beruvchi mono va bipolyar elektr impulslarini ishlab chiqaradigan rektal elektrod - ESL-2 qurilmasi yordamida to'g'ri ichak va anal sfinkterini elektr stimulyatsiya qilish alohida o'rinni egallaydi [3,4,8]. Davolash kursi 15 daqiqa davomida 10 kunlik protseduradan iborat. Anal refleksni kuchaytirish va sfinkter apparatining tonusini oshirish uchun 10 kun davomida maxsus termokonstrastli klizma, qorin old devorini, katta dumba mushaklarini, oraliqni massaj qilish, shuningdek orqa chiqaruv teshigi tashqi sfinkterini mexanik mashq qildirish buyuriladi.

Davolash vaqtida to'g'ri ovqatlanishni yo'lga qo'yish kerak. Bemorlarning 20 foizida gipoproteinemiya (umumiy oqsil miqdori 61-68 g/l), gemoglobin miqdorining 23 foizida kamayishi, ko'pchilik bemorlarda esa tana vaznining 15-20 foizga kamayishi qayd etildi. Bemorlarning 30

foizida yelkaning o'rta uchligida teri osti yog' qavati yaxshi rivojlanmagan, 60 foizida esa o'rtacha darajada rivojlangan [9,11,12]. Biz bolalar ovqatlanishining uch xil variantini ishlab chiqdik va foydalandik. Birinchi variant - tez-tez ich qotishi bilan og'rigan 18 ta bolada uzoq muddatli qabziyatni bartaraf etish uchun, ikkinchi variant - uzoq davom etgan diareya bilan og'rigan 24 bolada tez-tez defekatsiyani bir bosqichga aylantirish uchun, uchinchi variant - to'yib ovqatlanmaydigan 15 ta bolada og'ir metabolik buzilishlarni davolash uchun ishlab chiqilgan. Bundan tashqari, parxez o'zgartirildi, bolalar bir martalik qisqartirilgan ovqatlanishdan 6 martalik ovqatlanishga o'tkazildi [20,21]. Natijada ovqatlanishni o'zgartirgandan so'ng bolalarning tana vazni 1,5-1,8 kg ga oshdi, 10 kun ichida yelkaning o'rta uchligida teri osti yog' qatlami ortdi, qon zardobidagi umumiy oqsil va oqsil fraksiyalari ko'rsatkichi yaxshilandi.

Xulosa. Murakkab konservativ davu bilan 203 (95,75%) bemorda yaxshi natijalar, 7 tasida (3,3%) qoniqarli, 2 tasida (0,95%) qoniqarsiz natijalarga erishildi. Davolanishning ikkinchi kursidan so'ng bu 2 ta bemorda ham ijobiy natija qayd etildi.

#### Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Атакулов Д.О., Юсупов Ш.А., Суванкулов У.Т.,Рахимов А.К. Причины осложнений при аноректальных аномалиях у детей " Актуальные вопросы, достижения и инновации. 25 января 2021 г. в г. Пенза с. 231-233
2. Хамраев А.Ж., Атакулов Ж.О. Болалар колоректал хирургияси // Учебное пособие для студентов медвузов Тошкент-2015. С.135-176.
3. Хамраев А.Ж., Атакулов Ж.О. Болалар колоректал хирургияси // Учебное пособие для студентов медвузов Тошкент-2015. С. 198-237.
4. Шамсиев А.М., Саидов М.С., Атакулов Д.О., Юсупов Ш.А., Шамсиев Ж.А., Суванкулов У.Т., Хирургическое лечение аноректальных пороков у детей // Хирургия детского возраста 2011 г. С.40-43.
5. Шамсиев Ж.А., Саидов М.С., Атакулов Дж.О., Махмудов З.М. Характеристика поздних послеоперационных осложнений и рецидивов аноректальных мальформаций, развившихся после различных видов проктопластик. Проблемы биологии и медицины №2 Том: 127 ( 2021 )
6. Шамсиев Ж.А., Саидов М.С., Атакулов Д.О., Махмудов З.М. Характеристика поздних послеоперационных осложнений и рецидивов аноректальных пороков развития. «Проблемы медицины и биологии» 2021, №2 (127), с.177-184.
7. Шамсиев Ж.А., Атакулов Д.О., Давранов Б.Л., Имамов Д.О., Ибрагимов О.А. Анализ причин наложения стом при врожденной кишечной непроходимости у новорожденных 2021 Детская хирургия 75-76
8. Шамсиев А.М., Юсупов Ш.А., Сатаев В.У., Саидов М.С. Состояние нейрорецепторного аппарата прямой кишки после выполнения различных вариантов реаноректопластики Проблемы биологии и медицины Узбекистан, СамМИ 2020. №2 (118) с.134-136
9. Юсупов Ш.А., Суванкулов У. Т., Юсупов Ш. Ш., Сатаев В. У. Прогнозирование и профилактика послеоперационных внутрибрюшных спаечных осложнений у детей Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2021;185(1): 127–132. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-185-1-127-132
10. Юсупов Ш.А., Саидов М.С. Частота встречаемости аноректальных мальформации при антенатальной диагностике у детей Самарканда и Самаркандской области «Доктор ахборотномаси» №2 (94) 2020й. Самарканд с.107-111
11. Юсупов Ш.А., Атакулов Ж.О., Орипов Ф.С., Жовлиев Б.Б., Рахматов А.К. Влияние токсических препаратов на развитие аномалий кишечника и перспективы их хирургического лечения " Вятский медицинский вестник Научно-практический журнал 2(70) 2021 стр.9-13
12. Amrishi Tiwari, D.C. Naik, P. G. Khanwalkar, S. K. Sutrakar. Histological study of neonatal bowel in anorectal malformations. Int J Anat Res 2014;2(2):318-24.
13. Ahemad, S., Abdul Muqtadir, A.M., Wanjari, S., & Vairagad, P. Early after posterior sagittal anorectoplasty outcomes for anorectal malformation. International journal of scientific research. 2022 ;37(6):1232-
14. Bischoff A., Levitt M.A., Pena A. Update on the management of anorectal malformations// *Pediatr. Surg. Int.* 2013. Vol. 29, # 9. P. 899-904. doi: Anderson IM et al. Does posterosagittal 10.1007/s00383-013-3355-z.
15. Divarci, E., & Ergun, O. General complications after surgery for anorectal malformations. *Pediatric surgery international*, 2020. 36(4), 431-445. <https://doi.org/10.1007/s00383-020-04629-9>.
16. Marellis C, Ue Blauw J, Brunner H. Chromosomal anomalies in the etiology of anorectal malformations. A review, *Amv med. Genet Part A* 2021;9999:1-13
17. Shamsiyev A., Юсупов Ш.А., Shakhriev A., Djalolov D. The causes of postoperative intra-abdominal abscesses in children and ways of their prevention *The scientific heritage* №48 (2020) с.5-9
18. Tiwari A, Naik D.C., Khanwalkar P.G., Sutrakar S.K. Histological study of neonatal bowel in anorectal malformations. *Int J Anat Res.* 2014;2:318- 24. [Google Scholar]. 218 Tonii H. Olrado
19. Trajanovska M., Taylor R. Long Term Outcome After Catto-Smith Surgery for Anorectal Malformation, Fecal Incontinence. Causes, and Outcome, 2014 DOI: / <http://dx.doi.org/10.5772/57072>
20. Yusupov Sh, Atakulov J, Rakhimov A, Suvankulov U. Complications in anorectal malformations in children (clinical observation) 2021. *Проблемы науки.* С.56-58.