

БОЛАЛАРДА ҚОРИН БЎШЛИГИДАГИ ҲАЖМЛИ ҲОСИЛА СИНДРОМИНИ ТАШҲИСЛАШ

М. Ш. Бобоев, Ж. Б. Саттаров, Ф. М. Хуррамов

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент, Ўзбекистон

Таянч сўзлар: ҳажмли ҳосила синдроми, қорин бўшлиғи, ташҳис, даволаш, болалар.

Ключевые слова: опухоль, брюшная полость, диагностика, лечение, дети.

Key words: tumor, abdominal cavity, diagnosis, treatment, children.

Ушбу мақолада болаларда қорин бўшлиғидаги ҳажмли ҳосила синдроми муаммоси кўриб чиқилади. Қорин бўшлиғида турли табиатли ўсмасимон ҳосила мавжудлигини кўрсатувчи клиник симптомлар ва белгилар мажмуаси тасвирланган. Қорин бўшлиғида ҳажмли жараёнларнинг пайдо бўлишининг турли сабаблари таҳлил қилинган. Болаларда қорин бўшлиғидаги ҳажмли жараёнлар тез-тез учрайди ва фақат ҳақиқий ўсмалар туфайли эмас, балки бошқа сабаблар туфайли ҳам юзага келиши мумкинлигини ҳисобга олган ҳолда, мақолада болалик даврида қорин бўшлиғида ҳажмли ҳосила синдромига олиб келадиган турли хил клиник ҳолатлар келтирилган.

ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ОБЪЁМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

М. Ш. Бобоев, Ж. Б. Саттаров, Ф. М. Хуррамов

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

В этой статье рассматривается актуальная проблема синдрома объемного образования в брюшной полости у детей. Описан комплекс клинических симптомов и признаков, указывающих на наличие опухолеподобного образования в брюшной полости различной природы. Проанализированы разнообразные причины возникновения объемных процессов в брюшной полости. Учитывая, что объемные процессы в брюшной полости у детей встречаются довольно часто и могут быть вызваны не только истинными опухолями, в статье представлены различные клинические случаи, приводящие к синдрому объемного образования в брюшной полости в детском возрасте.

DIAGNOSIS OF SYNDROME OF VOLUMETRIC FORMATION IN THE ABDOMINAL CAVITY IN CHILDREN

M. Sh. Boboev, J. B. Sattarov, F. M. Khurramov

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent, Uzbekistan

This article examines the current issue of abdominal mass syndrome in children. It describes a complex of clinical symptoms and signs indicating the presence of tumor-like formations of various origins in the abdominal cavity. The article analyzes diverse causes of space-occupying processes in the abdominal cavity. Considering that space-occupying processes in the abdominal cavity are quite common in children and can be caused not only by true tumors, the article presents various clinical cases that lead to abdominal mass syndrome in childhood.

Болаларда қорин бўшлиғидаги ҳажмли жараёнлар фақат ҳақиқий ўсма касалликларида эмас, балки бошқа ҳолатларда ҳам пайдо бўладиган кенг тарқалган ҳодиса эканлигини ҳисобга олиб, уларнинг асосий сабабларини кўриб чиқиш лозим.

Қорин бўшлиғидаги ҳажмли ҳосила синдроми (ҚБҲҲС) қорин бўшлиғида турли келиб чиқишга эга бўлган ўсмасимон ҳосила мавжудлигини кўрсатувчи клиник аломатлар ва белгилар мажмуасидир. Қорин бўшлиғида ҳажмли жараёнларнинг келиб чиқиш сабаблари хилма-хил бўлиб, шартли равишда бир неча гуруҳга бўлинади.

Қорин бўшлиғидаги ҳажмли жараёнларнинг асосий сабаблари:

- *ўсмалар* (хавфсиз ва хавфли);
- *қорин бўшлиғининг ўткир жарроҳлик касалликлари ва уларнинг асоратлари:* қорин бўшлиғи ҳамда қорин парда ортидаги абсцесслар ва инфилтратлар (паранефритлар, парапанкреатитлар, панкреонекроздан сўнг ошқозон ости беши кисталари ва бошқалар); ичак тутилишининг айрим турлари (масалан, инвагинация); жароҳатлар ва уларнинг оқибатлари (қорин бўшлиғи ва қорин пардаси орти гематомалари);
- *бошқа сабаблар ва касалликлар:* паразитар касалликлар (эхинококк ва альвеококк кисталари); ривожланиш нуқсонлари (пилоростеноз, гидронефроз, тератомалар, гематометра, ичак тутқичи ва уракус кисталари, дивертикул ҳосиллари ва бошқалар); органомегалия билан кечувчи ва ўсмага ўхшаш касалликлар (масалан, ўткир лейкозда спленомегалия, Гоше касаллиги, портал гипертензия); гематологик касалликлар (масалан, гемофилияда гематома); қон томир аневризмалари ва бошқа патологиялар.

Қорин бўшлиғидаги ҳажмли ҳосилалар педиатрлар ва болалар жарроҳлари амалиётида

кўп ҳисобга олган ҳолда, уларни дастлабки аниқлашнинг асосий усуллари кўрсатиб ўтиш муҳимдир:

- ота-оналар томонидан мустақил равишда (тахминан 40% ҳолатларда). Бу кўпинча ўсма-лар, ривожланиш нуқсонлари ва паразитар касалликларга тегишли. Болада одатда шикоятлар бўлмайди ва ота-оналар, масалан, чўмилиш ёки ўйин пайтида тасодифан ҳосилани пайқаб қолишади;

- тиббий ёрдамга мурожаат қилинганда (тахминан 50% ҳолатларда). Бу қорин бўшлиғининг ўткир касалликлари, жароҳатлар ва хавфли ўсмаларнинг кечки босқичларига тааллуқли;

- тиббий текширувлар пайтида тасодифан (тахминан 10% ҳолларда). Бундай ҳолатлар тиббий кўрикларда, ультратовуш текширувида, туғилишдан олдинги ёки кейинги скринингларда аниқланади. Кўпинча бу ривожланиш нуқсонлари, аъзолар катталашуви билан боғлиқ касалликлар, хавфли ўсмаларнинг бошланғич босқичлари ёки кичик хавфсиз ўсма-ларга тааллуқли бўлади.

Қорин бўшлиғида ҳажмли ҳосила аниқлангандан сўнг, шифокор кўригида қуйидаги саволлар пайдо бўлади:

- Қайси аъзо зарарланган? Зарарланишнинг сабаби ва табиати қандай?
- Қандай ҳажмдаги ташҳис текширувларини ўтказиш керак?
- Қандай даволаш усулини танлаш лозим?

Дастлабки кўрик босқичидаёқ, қуйидагиларга асосланиб, зарарланган аъзони ва патоло-гик жараённинг хусусиятини маълум даражада тахмин қилиш мумкин:

- нормал анатомияни билиш (масалан, жараён ўнг қовурға остида жойлашган бўлса, жи-гар зарарланган деб тахмин қилиш мумкин);
- клиник белгилар (масалан, аппендикуляр абсцесс клиникасининг мавжудлиги);
- анамнез (масалан, олдинги шикастланиш ҳақидаги маълумот).

Бирламчи кўрик пайтида нималарни эътиборга олиш зарур?

1) Беморнинг умумий аҳволи: тана ҳароратининг кўтарилиши; озиб кетиш белгилари; заҳарланиш аломатлари.

2) Ўсмасимон ҳосиланинг жойлашуви: қорин бўшлиғидаги анатомик ўрни; ўсмасимон ҳосиланинг қайси аъздан келиб чиққанлиги ҳақидаги тахмин; лимфа тугунларининг катта-лашуви; жигарда қон айланиш бузилиши белгилари; пастки ковак венанинг сиқилиши; ўнг томонда уруғ тизимчаси варикози; бачадондан қон кетиш, сийдикда қон пайдо бўлиши каби ҳолатлари.

3) Ўсмасимон ҳосиланинг хусусиятлари: кўриниши; ўлчамлари; ҳаракатчанлиги; зичли-ги; ғадир-будурлиги; эластиклиги; оғриқли бўлиши.

4) "Ўткир қорин" белгилари: қорин парда яллиғланиш белгиларининг мавжудлиги; ичак тутилиши аломатлари.

Шуни эсда тутиш лозимки, **бирламчи кўрик ҚБХҲС** бўлган болаларни текшириш-нинг энг муҳим босқичларидан бири ҳисобланади. Тўғри ташҳис қўйиш ва муносиб даво-лаш усулини танлаш унинг сифатига боғлиқ.

Болаларда қорин бўшлиғидаги ҳажмли ҳосилаларни аниқлаш учун ўтказиладиган ташҳислаш усуллари мажбурий ва кўшимча усулларнинг кенг доирасини ўз ичига олади. Мажбурий усулларга қуйидагилар киради: умумий қон таҳлили, умумий сийдик таҳлили, қоннинг биокимёвий текшируви, қорин бўшлиғи аъзоларини доплер ёрдамида ультрато-вуш текшируви (УТТ). Кўшимча усулларга эса қуйидагилар киради: компьютер томографи-яси (КТ), нур ташҳисот усулларининг бошқа турлари (экскретор урография, цистография, қорин бўшлиғининг умумий рентгенографияси, ангиография ва бошқалар).

Болаларда қорин бўшлиғидаги ҳажмли ҳосилалари ташҳислаш.

Ўсмалар:

- Қорин бўшлиғи ва қорин парда ортидаги хавфсиз ўсмалар секин ўсиши билан тав-сифланади. Клиник белгилар одатда ўсма анча катталашиб, кўшни аъзоларни сиқиб қўйиб, уларнинг фаолиятини издан чиқаргандагина пайдо бўлади.

Кўп ҳолларда бундай ўсмалар профилактик кўриклар, пайпаслаб кўриш ёки ультрато-вуш текшируви пайтида тасодифан аниқланади. Бунда беморнинг аҳволи, ҳатто ўсма катта бўлган тақдирда ҳам, одатда қониқарли бўлиб қолаверади. Қон, сийдик таҳлиллари ва био-

кимёвий кўрсаткичларда ўзгаришлар кузатилмайди, ўсма маркерларининг даражаси эса меъёрда сақланиб қолади. Айрим ҳолларда хавфсиз ўсмалар ирсий синдромлар, масалан, қорин пардаси ортидаги нейрофибромалар билан кечадиган Реклингхаузен касаллиги замида пайдо бўлиши мумкин.

Допплер режимидаги ультратовуш текширувида: ўсма капсуласи ва озгина хусусий қон айланиши мавжудлиги аниқланади.

КТ текширувида: ўсмалар контраст моддани биров тўплайди, қўшни аъзоларга кириб бормади, лекин уларнинг сиқилиши ва силжишига сабаб бўлиши мумкин.

Ангиография текширувида: янги қон томирлар ҳосил бўлиши, қон томирларнинг ампутацияси ва айланиб ўтиши белгилари йўқ; периферик турдаги қон айланиши кузатилади.

- Болалардаги хавфли ўсмалар ҳам тасодифан аниқланиши мумкин, бироқ кўпинча клиник белгилар билан намоён бўлади, айниқса касалликнинг авж олиш босқичларида. Хarakterли намоён бўлишлардан бири паранеопластик синдром ҳисобланади. У қуйидагиларни ўз ичига олади: боланинг умумий аҳволининг ёмонлашуви, иштаҳанинг пасайиши, субфебрил ҳарорат, клиник таҳлиллардаги ўзгаришлар (камқонлик, ЭЧТнинг кўтарилиши), гематуриянинг мавжудлиги (буйраклар зарарланганида ёки ўсма уларнинг тўқималарига ўсиб кирганида), шунингдек, махсус текширувларда гиперфибриногенемия ва ўсма маркерлари даражасининг ошиши.

Допплер режимидаги ультратовуш текширувида: некроз ўчоқлари, ўсмада қон оқимининг кучайиши ва йирик қон томирларида тромблар мавжудлиги аниқланади.

КТ текширувида: қўшни аъзоларга инвазия белгилари, некроз ўчоқлари, йирик томирлар тромбози, контрастнинг жадал тўпланиши, минтақавий лимфа тугунларининг катталашishi, шунингдек, узоқ аъзоларда метастазлар (масалан, жигарда) қайд этилади.

Ангиография текширувида: кучли неоваскуляризация, томирланишнинг диффуз тури ва томирларнинг эгри-бугрилиги кузатилади.

Болаларда қорин бўшлиғи ўсмаларида оператив аралашувга тайёргарлик кўриш учун хавфли ўсмаларга шубҳа қилинганда ўтказиладиган текширувга ўхшаш, иложи борича тўлиқ текширув ўтказиш зарур.

Бу ёндашувнинг сабаблари:

1. Жарроҳликдан олдинги даврда ўтказилган батафсил текширув ўсма табиати ҳақида максимал маълумот олиш имконини беради: унинг ўлчамлари, суяк ёки суяқлик таркибидаги қўшилмаларнинг мавжудлиги, қўшни аъзолар билан алоқаси, капсуласининг ва бошқа хусусиятларнинг бор-йўқлиги.

2. Агар гистологик текширув натижаларига кўра ўсма хавфли бўлиб чиқса, тўлиқ текширув ўтказилмаганлиги жарроҳликдан кейинги босқичларда жараённи аниқлашда қийинчиликларга олиб келиши мумкин, бу эса ўз навбатида кейинги даволаш тактикасига таъсир кўрсатади.

Хавфсиз ўсмаларда жарроҳлик аралашуви қуйидагиларга қаратилган: ўсмани олиб ташлаш, қўшни аъзоларнинг сиқилиш белгиларини бартараф этиш. Жарроҳлик йўли билан даволаш аъзоларни сақлаш тамойилларига мувофиқ амалга оширилиши лозим. Агар жарроҳлик аралашуви вақтида ўсманинг хавфсизлигига шубҳа пайдо бўлса, унинг табиатини аниқлаш учун тезкор биопсия ўтказилади.

18 ёшгача бўлган болаларда қорин бўшлиғи хавфли ўсмаларини жарроҳлик йўли билан даволаш тамойиллари.

Болаларда хавфли ўсмалар аниқланганда, болалар онкологиясида ишлаб чиқилган тамойилларга қатъий амал қилиш лозим. Мазкур тамойиллар ўсмани радикал олиб ташлашни таъминлаш билан бирга, асоратларни камайтиришга ва беморнинг ҳаёт сифатини сақлаб қолишга қаратилган.

Асосий қоидалар:

1. *Жарроҳликдан олдинги максимал текширув.* Жарроҳликдан аввал қуйидагиларни ўз ичига олган тўлиқ ҳажмдаги ташҳислаш тадбирларини ўтказиш лозим:

- Ультратовуш текшируви,
- Контрастлаш билан КТ,
- Ангиография,
- Лаборатория таҳлиллари. Бундан ташқари, ўсманинг гистологик тури (дастлабки биоп-

сия натижаси мавжуд бўлса), касаллик босқичи, ўсма белгиловчилари даражаси (агар қўлланилса) ҳақидаги маълумотларни олиш муҳим аҳамиятга эга.

2. *Кенг лапаротомия*. Радикал жарроҳлик аралашувини амалга оширишга ҳаракат қилинганда, кенг лапаротомия энг мақбул кириш усули ҳисобланади.

3. *Болалар онкологии иштироки*. Хавфли жараён шубҳаси бўлган ёки хавфли ўсма ташҳиси қўйилган болаларда жарроҳлик аралашуви албатта болалар онкологии иштирокида ўтказилиши шарт.

4. *Гистологик материал олиш*. Хавфли ўсма ташҳиси тасдиқланганда, етарли миқдордаги гистологик материал (камида 1×1 см) олиниши зарур. Кўрсатмаларга кўра иммуногистохимий ва молекуляр-генетик текширувлар ўтказилади.

5. *Инцизион ёки пункцион биопсия*. Бирламчи аралашувнинг радикалигига шубҳа пайдо бўлганда, ногиронликка олиб келувчи асоратлар хавфи мавжуд бўлса ёки бирламчи жарроҳлик амалиёти кейинги даволанишни кечиктиришига олиб келиши мумкин бўлса, инцизион биопсия (камдан-кам ҳолларда - пункцион) ўтказиш тавсия этилади. Радикал операциялар фақат хавфли ўсмаларнинг маҳаллий шаклларида (1-2 босқич) ёки хавфсиз ўсмаларда амалга оширилади.

6. *Хавфсиз ўсмаларни олиб ташлаш*. Хавфсиз ўсмалар ҳолатида ўсмани "бўлак-бўлак олиб ташлаш" (ўсмани парчалаш) усулидан фойдаланишга руҳсат берилади. Бирок, хавфли ўсмаларда бундай ёндашувни қўллаш жиддий хато ҳисобланади.

7. *Лимфа тугунлари биопсияси (ЛТ)*. Шубҳа туғдирган барча лимфа тугунлари биопсиядан ўтказилиши лозим. Бунда қуйидаги мезонларни эътиборга олиш керак:

- 1 см гача бўлган ЛТ - зарарланиш эҳтимоли паст;
- 1 см дан 2 см гача бўлган ЛТ - зарарланиш шубҳали;
- 2 см дан катта ЛТ - зарарланиш эҳтимоли юқори.

Шунингдек, лимфа тугунларининг зичлиги, уларнинг конгломератларга бирикиши ва бошқа хусусиятларини баҳолаш ҳам муҳим аҳамиятга эга.

8. *Минтақавий лимфа тугунларнинг мажбурий биопсияси*. Минтақавий лимфа тугунлар, уларнинг хусусиятларидан қатъи назар, биопсиядан ўтказилиши шарт.

9. *Зарарланган лимфа тугунларини олиб ташлаш*. Ўсма билан зарарланган барча минтақавий лимфа тугунлар олиб ташланиши лозим.

10. *Суюқлик тўпланишини цитологик текшириш*. Қорин бўшлиғида суюқлик тўпланганда, унинг цитологик текшируви ўтказилади. Суюқлик бўлмаган ҳолда, қорин бўшлиғидан таҳлил учун суюқликдан намуна олинади.

11. *Резекция қирғоқларини баҳолаш*. Радикал аралашувда резекция қирғоқларини баҳолаш зарур. Гистологик текшириш учун намуна ўсманинг атрофдаги тўқималарга туташган камида учта жойидан олинади.

12. *Жинсий аъзолари шикастланган қизларни даволашнинг ўзига хос хусусиятлари*. Ички жинсий аъзолари шикастланган қизларни даволаш аъзоларни сақлаш тамойилларига асосланиши лозим. Бу ёндашувлар "катталар" стандартларидан фарқланади ва 18 ёшгача бўлган беморларга нисбатан қўлланилади.

13. *Ичак стомасини қўйишдан сақланиш*. Жарроҳлик амалиётларини ўтказишда иложи борица ичак стомасини қўйишдан сақланиш керак, чунки бу касаллик прогнозини сезиларли даражада ёмонлаштиради. Стома қўйиш кейинги кимётерапияни бошлашни кечиктириши, қўшимча йўқотишлар ва инфекциялар манбаи бўлиши, беморни парвариш қилишни қийинлаштириши, шунингдек, унинг руҳий ҳолатига салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Агар стома қўйиш муқаррар бўлса, уни имкон қадар тезроқ ёпиш зарур. Тўлиқ ёки қисман ичак тўтилиши ҳолатида айланма анастомоз қўйиш энг мақбул усул ҳисобланади.

Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти бўшлиғининг ўткир касалликлари ҳамда уларнинг асоратлари. Ушбу касалликлар гуруҳига қорин бўшлиғидаги шиддатли жараёнлар ўсмасимон ҳосилаларнинг ҳосил бўлишига олиб келадиган ҳолатлар киради. Бу яллиғланиш инфилтрати ёки чегараланган абсцесснинг ривожланиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Бошқа ҳолларда ичак қовузлоқлари, инвагинатлар ва бошқа патологик ҳосилалар пайпаслаб аниқланади.

Бундай ҳолатларни ташҳислашда беморнинг шикаятлари (оғриқ, қусиш, ич қотиши, тана ҳароратининг кўтарилиши ва бошқалар), касаллик тарихи (тўсатдан бошланиши, ка-

салликнинг давомийлиги, зўрайиб бориши ва бошқалар) ҳамда оддий текширув усуллари маълумотлари асосий аҳамиятга эга. Бу текширувларга қуйидагилар киради: лейкоцитлар кўрсаткичини чапга силжишини аниқлайдиган қон таҳлили; умумий сийдик таҳлили; қорин бўшлиғида ҳажмли ўсма ва эркин суюқлик мавжудлигини аниқлайдиган ультратовуш текшируви; қорин бўшлиғи аъзоларининг умумий рентгенографияси, бунда Клойбер косачалари ёки эркин ҳаво каби белгилар аниқланади.

Бу усуллар 95% ҳолатларда тўғри ташҳис қўйиш ва тегишли даволаш тактикасини танлаш имконини беради.

Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти бўшлиғининг ўткир касалликларида кўп ҳолларда патология сабабини бартараф этишга қаратилган шошилиш жарроҳлик аралашуви талаб этилади. Бироқ, айрим вазиятларда (масалан, аппендикуляр инфильтрат, паранефрит, панкреатитда) консерватив даволаш ўтказилиши ва кейинчалик операция қилиш масаласи ҳал қилиниши мумкин.

Травмалар ва уларнинг асоратлари (қорин бўшлиғи ичидаги ва қорин парда ортидаги гематома). Травмалар ва уларнинг асоратларида ташҳис қўйишда анамнез, айниқса жароҳат ҳодисаси ва шикастланиш механизми ҳақидаги маълумотлар ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Ташҳис қуйидаги маълумотларга асосланади: гемоглобин ва гематокрит даражасининг пасайиши каби лаборатория кўрсаткичлари; ультратовуш текшируви; клиник кўрик; касаллик кечишини динамик кузатиш. Агар қон кетиши давом этса, фаол жарроҳлик усули кўрсатилади. Барқарор гемостаз ҳолатида эса консерватив даволаш усули афзал ҳисобланади. Стабил гемостаз ҳолатида консерватив даво афзалроқдир.

Баъзи ҳолларда ўсмасимон тузилма тўлиб кетган қовуқдан иборат бўлиши мумкин, бу эса ўткир сийдик тутилиши натижасида юзага келади. Бундай ҳолат механик сабаблар (уретра обструкцияси) туфайли, шунингдек, неврологик ёки руҳий касалликлар фонида ривожланади. Сийдик ўткир тутилганда шошилиш ёрдам сифатида қовуқни катетеризатсия қилиш амалга оширилади. Агар катетеризатсия ўтказиш имкони бўлмаса, эпителистостома ўрнатилади.

Бошқа сабаблар ва касалликлар:

- Паразитар касалликлар (эхинококк ва алвеококк кисталари).
 - Бу касалликлар клиник жиҳатдан хавфсиз ўсмаларга ўхшаб кечади. Бироқ клиник текширув босқичида улардан шубҳаланиш мумкин: аллергия ва сенсibiliзация белгилари (терида намоён бўлиши, қон таҳлилида эозинофилия) кузатилганда; анамнезда – ҳайвонлар билан яқин муносабат, ижтимоий ҳимояланмаган аҳоли гуруҳлари, хом гўшт ва балиқ билан алоқа бўлганда; оилавий анамнезда – оила аъзоларида паразитар кисталар мавжудлиги аниқланганда.
 - Ўсмасимон ҳосиланинг пайдо бўлишига касаллик қўзғатувчисини ўз ичига олган паразитар киста сабаб бўлади.
 - Қорин бўшлиғидаги паразитар кисталарнинг аксарият қисми жигар зарарланишидир (жигар ичак венос қон оқимининг фильтри ҳисобланади, шунинг учун қўзғатувчининг ичак девори орқали ўтиши унинг портал қон оқимида гушишига олиб келиши табиий; талоқ, буйрақлар ва бошқа аъзолардаги зарарланиш ҳолатлари камроқ учрайди).

Паразитар кисталарни ташҳислашда энг самарали усул ультратовуш текшируви бўлиб, у 95% ҳолларда тўғри ташҳис қўйиш имконини беради. УТТ пайтида сколекслар, калцинатлар ва киста капсуласи кўринади. Қўшимча ташҳис усуллари қуйидагиларни ўз ичига олади: иммунологик тестлар, хусусан, қонда касаллик қўзғатувчисига қарши антитаналарни аниқлаш; қорин бўшлиғининг контрастли компьютер томографияси, бу сколекслар ва калцинатлар мавжудлигини, киста капсуласининг қалинлигини, унинг жойлашувини ва анатомик тузилмаларга нисбатини батафсил баҳолаш имконини беради. Компьютер томографияси, айниқса жарроҳлик амалиётини режалаштириш учун, ташҳис қўйишнинг мажбурий босқичи ҳисобланади. КТ, айниқса, жарроҳлик аралашувини режалаштириш учун диагностиканинг мажбурий босқичи ҳисобланади.

Оператив аралашувга тайёргарлик кўришда энг мақбул тактика қуйидагича: паразитар зарарланиш ҳақида ишончли маълумотлар мавжуд бўлганда ва жараён фаол бўлмаганида (қўзғатувчига қарши антитаналарнинг нормал даражаси, калцинатлар ва кистанинг зич капсуласи мавжудлиги, қулай анатомик жойлашув) оператив аралашув биринчи босқич сифа-

тида кўрсатилади. Бошқа ҳолларда антигельминт препаратларни қўллаш орқали консерватив давога устунлик берилади, ундан сўнг оператив аралашув ўтказилади.

Жарроҳлик аралашувининг адекват ҳажми цистэктомия ёки киста билан аъзонинг зарарланган қисмини резекция қилишни ўз ичига олади.

Ривожланиш нуқсонлари (пилоростеноз, гидронефроз, гематометра) турли хил касалликлар гуруҳини ўз ичига олади. Уларнинг клиник кечиши дастлабки босқичларда, организм юзага келган бузилишларни бартараф этгунча, кўпинча хавфсиз ўсмаларга ўхшаш бўлади. Бироқ, декомпенсация юзага келганда, ўзига хос клиник манзара пайдо бўлиб, дифференциал ёндашувни талаб этади.

Гематометра – бу қизлик пардаси ривожланишидаги нуқсон туфайли бачадон бўшлиғида қон тўпланишидир. Ташҳис қўйиш учун қуйидаги белгилар муҳим аҳамиятга эга: ўсмирлик ёши; ҳайз кўрмаслик; қориннинг пастки қисмида ҳажмли ҳосиланинг мавжудлиги; бир неча кун давомида ойда бир марта пайдо бўладиган даврий оғриқлар (ҳайз даврининг босқичига мос келади); ультратовуш текшируви маълумотлари; гинеколог кўриги натижалари. Гематометрани даволаш фақат жарроҳлик йўли билан амалга оширилади ва қизлик пардасини кесишдан иборат.

Пилоростеноз – меъдадан ўн икки бармоқли ичакка овқат ўтишини бузадиган пилоруснинг туғма нуқсонидир. Асосий клиник белгилари: беморнинг ёши 4 ойгача бўлиши; зўрайиб борувчи ошқозон суюқлиги ёки ивиган сут билан қусиш; тана вазнининг камайиши; "қум соати" белгиси; ўнг коворға остида қаттиқ-эластик ўсмасимон тузилмани (пилорусни) пайпаслаб кўриш. Ташҳис фиброгастроуденоскопия (ФГДС) ва ультратовуш текшируви маълумотлари билан тасдиқланади. Даволаш фақат жарроҳлик йўли билан амалга оширилади.

Гидронефроз мегауретер ва сийдик йўллариининг бошқа нуқсонлари натижасида ривожланиб, сийдик йўллариининг обструкциясига олиб келади. Ташҳислаш қуйидагиларни ўз ичига олади: экскретор урография; микцион цистография; цистоскопия. Гидронефрозни даволаш ҳам жарроҳлик усулида амалга оширилади.

Ички аъзоларнинг катталашуви билан кечадиган касалликлар (масалан, ўткир лейкозда талокнинг катталашуви, Гоше касаллиги ёки портал гипертензия) ўсмасимон ҳосилаларни эслатиши мумкин. Бироқ, бундай ҳолатларнинг қиёсий ташҳиси нисбатан осон бўлиб, асосий касаллик белгиларини аниқлаш, ультратовуш текшируви маълумотлари ва қўшимча текширув усулларига асосланади. Одатда, асосий касалликни самарали даволаш зарарланган аъзолар ўлчамларининг меъёрга келишига олиб келади.

Шундай қилиб, болаларда қорин бўшлиғидаги ҳажмли ҳосила синдроми клиник кўринишлари, ташҳислаш, даволаш ва прогноз қилиш ёндашувлари бўйича фарқ қиладиган кўплаб турли хил касалликларни ўз ичига олади. Ушбу беморларнинг кейинги тақдирини белгилашда ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлган пухта қиёсий ташҳис ўтказиш муҳимлигини алоҳида таъкидлаш лозим.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. Том 3. – С-Пб.; Хардфорд, 1999.
2. Исаков Ю.Ф., Разумовский А.Ю. Детская хирургия : учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 1040 с.
3. Каплунов С.В., Лутков О.Н. Редкий случай удвоения желудка // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2009. – №1. – Стр.60-61.
4. Костылев А.А., Силков В.Б., Белогурова М.Б. Новообразования как одна из причин синдрома пальпируемой опухоли брюшной полости у детей // Педиатр. 2016. №2. Стр.121-126.
5. Пыков М.И., Соколов Ю.Ю., Балашов В.В., Зыкин А. П., Леонидов А.Л., Антонов Д.В., Юркин Ю.Ю. Ультразвуковая диагностика кист брюшной полости у детей // Педиатрия. Consilium Medicum. – 2017. – №1. – Стр.68-72.
6. Разин, М. П. Детская хирургия : учебник / М. П. Разин, С. В. Минаев, И. А. Турабов и др. – 2-е изд. , перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, – 2020. – 704 с.
7. Хуррамов Ф.М., Эргашев Н.Ш. Результаты хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей. Журнал репродуктивного здоровья и уро-нефрологических исследований. – №SI-2.1 – 2021. – Стр.122-124.
8. Хуррамов Ф.М., Эргашев Н.Ш. Особенности клинического течения и результаты хирургического лечения

- болезни Гиршпрунга у детей. Вестник Южно-Казахстанской медицинской академии. (Вестник ЮКМА). – №1(95). – Том 1. – 2022. – Стр.126-130.
9. Эргашев Н.Ш., Дияров Н.А., Хуррамов Ф.М., Норов М.М. Тератоидные опухоли у детей. Журнал “Педиатрия”. Ташкент. – 2022. – №2. – Стр.89-93.
 10. Эргашев Н.Ш., Саттаров Ж.Б. Особенности клиники и диагностики мальротации и аномалий фиксации кишечника у детей// Вестник хирургии имени И. И. Грекова. Санкт-петербург. – 2014.Том.173. №4. С.73-77.
 11. Birkemeier KL. Imaging of solid congenital abdominal masses: a review of the literature and practical approach to image interpretation. *Pediatr Radiol.* 2020 Dec;50(13):1907-1920.
 12. Llanos D, de la Pedraja Í, Campos L, Armijo J, Ávila LF. Imaging palpable tumors in pediatrics. *Radiologia (Engl Ed).* 2022 Nov-Dec;64(6):552-565.
 13. Päts AB, Surov A, Roth C, Anders R, Gräfe D, Sorge I, Hirsch FW. Differenzialdiagnosen zystischer abdominaler Raumforderungen im Kindesalter [Differential diagnosis of cystic abdominal masses in children]. *Radiologe.* 2020 Feb;60(2):154-161.
 14. Patterson KN, Trout AT, Shenoy A, Abu-El-Hajja M, Nathan JD. Solid pancreatic masses in children: A review of current evidence and clinical challenges. *Front Pediatr.* 2022 Nov 25;10:966943.
 15. Wignall OJ, Moskovic EC, Thway K, Thomas JM. Solitary Fibrous Tumors of the Soft Tissues: Review of the Imaging and Clinical Features With Histopathologic Correlation. *American Journal of Roentgenology* [Internet]. American Roentgen Ray Society; 2010 Jul;195(1):W55–W62.
 16. Zakaria OM, Daoud MYI, Sultan TA, El Sayem K, Zakaria HM, El-Gibaly AM, Sedky FM, Al Taher A, Al Wadaani HA. Laparoscopy as a Primary Investigatory Tool in Pediatric Abdominal Masses. *Gulf J Oncolog.* 2018 Sep;1(28):52-55.