

## БОЛАЛАРДА ГИРШПРУНГ КАСАЛЛИГИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШДАН КЕЙИНГИ САЛБИЙ АСОРАТЛАР



Атакулов Жамшед Останакуллович, Юсупов Шухрат Абдурасуллович (ORCID: 0000-0001-7259-028X), Шамсиев Жамшид Азаматович, Байжигитов Нусратилла Исрофилович Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

### ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Атакулов Жамшед Останакуллович, Юсупов Шухрат Абдурасуллович, Шамсиев Жамшид Азаматович, Байжигитов Нусратилла Исрофилович Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарқанд

### NEGATIVES AFTER THE TREATMENT OF HIRSHPSRUNG SURGICAL DISEASE IN CHILDREN

Atakulov Jamshed Ostanakulovich, Yusupov Shukhrat Abdurasulovich, Shamsiyev Jamshid Azamatovich, Bayjigitov Nusratilla Isrofilovich Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [shuchrat\\_66@mail.ru](mailto:shuchrat_66@mail.ru)

**Резюме.** Мақолада Соаве-Ленюшкин усули бўйича операция қилинган 216 нафар Гиршпрунг касаллиги билан оғриган бирламчи беморларнинг жарроҳлик даволаш асоратлари ва бошқа тиббий муассасаларда ўтказилган операциялардан сўнг турли хил асоратлар ва функционал бузилишлар билан ётқизилган 49 беморнинг даволаш таҳлили асосида ўтказилган радикал операциядан қатъий назар (Свенсон-Хиата, Дюамел, Соаве, Ребеин) оператив-техник хатолар аниқланди. Ушбу операциялар уч гурӯҳга бўлинди: ичак резекцияси даражасини нотўғри аниқлаш, тўғри ичак тушиши нуқсонлари, анастомоз хосил қилишдаги нуқсонлар.

**Калит сўзлар:** Гиршпрунг касаллиги, ичак резекцияси, модификация, сфинктеротомия, анастомоз, тўғри ичак тушиши.

**Abstract.** In the article, 216 primary patients with Girshprung disease, which were operated on the Soave-Lenyushkin method, were diagnosed with complications of surgical treatment and various complications and functional disorders after operations in other medical institutions, regardless of the radical operation (Svenson-Xiata, Dyamel, Soave, Rebeyn), which was carried out on the basis of a treatment analysis of 49 patients. These operational and technical errors are divided into three groups: incorrect determination of the level of intestinal resection, defects in the fall of the rectum, defects in the dressing of anastomosis.

**Keywords:** Girshprung disease, intestinal resection, modification, sphincterotomy, anastomosis, rectum fall.

**Муаммонинг долзарблиги.** Ҳозирги вақтда болаларда Гиршпрунг касаллиги жарроҳлик усулда даволашнинг кенг тарқалган Свенсон - Хиатт, Духамел, Соаве, Ребеин операциялари ва уларнинг модификацияларидир. Ушбу операциялар техник жиҳатдан яхши ривожланган бўлсада, операциядан кейинги даврда ўлим даражаси юқориликча қолмоқда (3,7-11,8%). Қайта операцияни талаб қиладиган асоратлар ва функционал бузилишлар еса 25% гача етади.

**Материал ва методлар.** 2002-2022 йилларда бизнинг назоратимиз остида бошқа тиббиёт муассасаларида операция қилинган 3 ёшдан 14 ёшгача бўлган 54 нафар бемор (45 ўғил ва 9 қиз) Гиршпрунг касаллиги билан оғриган беморлар бўлган. Ушбу беморларда такрорий жарроҳлик аралашувни талаб қиладиган турли хил асоратлар ва функционал бузилишлар борлиги кузатилди. Бирламчи жарроҳлик аралашувлар сонига қараб беморларнинг тақсимланиши 1-жадвалда кўрсатилган.

**Жадвал 1.** Беморларни бирламчи операция қилиш усули ва операциялар сонига қараб тақсимлаш

Бирламчи операция	Умумий беморлар сони	Эрта операция қилинган беморлар		
		1 марта	2 марта	3 ва ундан кўп марта
Дюамел	26	15	7	4
Свенсон-Хнатт	11	3	6	2
Соаве	11	6	4	1
Ребейн	5	3	1	1
Ички сфинктеротомия	1	—	1	—
Жами	54	27	19	8

Тўлиқ таҳлил натижалари билан асоратлар ва функционал бузилишлар сабаблари орасидаги боғлиқликни диагностик, тактик ва оператив-техник хатолар деб ҳисоблаш имконини беради. Ушбу мақолада биз умумий ва индивидуал усулларга хос бўлган операцион ва техник хатоларни кўриб чиқамиз. Уларни уч гуруҳга ажратиш мумкин: ичакни резекция қилиш даражасини нотўғри танлаш, тўғри ичак тушиш нуқсонлари, анастомоз ҳосил қилишдаги нуқсонлар.

Резекция даражасини нотўғри танлаш асосан унинг проксимал чегарасига тегишлидир. Маълумки, супрастенотик кенгайишнинг маълум бир қисмида морфологик ўзгаришлар мавжуд бўлиб, улар ушбу соҳанинг функционал заифлиги асосида келиб чиқади. Шунинг учун, радикал операция вақтида нафақат торайган аганглионар зонани, балки соғлом ичакнинг малум бир қисмини ҳам резекция қилинади. Бироқ, ичак резекцияси ҳажмини аниқлашда жаррохлар таҳмин қилиб ишлайдилар ва резекция даражасини объектив тестлар ва мезонларсиз кўз билан амалга оширадilar. Ушбу вазиятда, ичакнинг ярқсиз қисмидан ҳам малум даражада қолиб кетиш эҳтимоли катта, бу операциядан кейин касалликнинг қайталанишига ёки турли функционал бузилишларга олиб келиши мумкин. Бизнинг кузатувимизда 4 нафар бемор бор еди, уларда бошқа асоратлардан ташқари бирламчи операция вақтида торайган зона қолган (иккинчи операция вақтида торайма бартараф этилган). Биз ҳозирда ичак резекциясининг юқори чегарасини аниқлашда ичакнинг турли қисмларидан биопотенциалларни аганглионик зонада ўтиши ва ундан юқорида интраоператив рўйхатга олиш усулидан фойдаланяпмиз. Биз ичакни биоэлектрик ўтказувчанлик нормал ҳолатга етган қисмидан резекция қиламиз.

Ичак тушиши нуқсонларида анастомозланган учлар трофикасининг бузилишига олиб келиши мумкин, бу албатта муқаррар равишда анастомознинг ишламай қолишига олиб келади. Йўғон ичакнинг бутун чап ярмини резекция қилиш зарур бўлганда, кенг аганглионар зона мавжудлигида бундай хавф айниқса юқори. Ҳар бир ҳолатда, тўғри ичак пастга тушишида, ичакни чап тутқич синусига ва аноректал каналга ётқишида айниқса еҳтиёт бўлиш керак. Кенгай-

ган ичакнинг диаметри ва каналнинг диаметри ўртасидаги фарқ унинг сиқилишига олиб келади ва жарроҳ баъзан бу номуносивбликни бартараф этишга ожиздир. Бундай вазиятда тутқич четининг тўғри жойлашиши, тутқичнинг юқори босимга, унинг буралиб қолишига йўл қўйилмаслиги катта аҳамиятга эгадир.

Анастомозни ҳосил қилиш нуқсонлари ва улар билан боғлиқ асоратлар юзага келганда маълум бир турдаги жарроҳлик аралашуви кўриб чиқилиши керак. Свенсон Ҳиаатт ва Ребай операциялари пайтида энг типик ва тез-тез учрайдиган асоратлардан бири - анастомоз соҳасида яллиғланиш жараёнининг ривожланишидир. Бу жараён келиб чиқиши жиҳатидан деярли бир хил, аммо оғирлик даражаси билан фарқланади. Одатда турли диаметрли ичак учларига анастомоз қўйиш керак бўлади ва фарқ кўпинча сезиларли бўлади. Сиркуляр ёки қийшиқ анастамоз қўйишга қарамасдан анастамознинг проксимал қисмида бужмайиш пайдо бўлади. Бунинг натижасида чокларнинг мустаҳкамлигига ҳар доим ҳам еришиб бўлмайди. Чоклар мустаҳкам боғланганда ҳам анастомоз қилинган ичакнинг ишемияси ва дезтрофикаси юзага келса, анастомоз ҳолати сезиларли даражада ёмонлашади. Трофик бузилишларнинг ривожланишига нафақат тўғри ичак тушиш нуқсонлари, балки параректал тўқималарнинг гематомаси, чоклар йўналишидаги босим ҳам сабаб бўлиши мумкин. Буларнинг барчаси яллиғланиш жараёнининг ривожланишига олиб келади. Енгил ҳолатларда анастомоз соҳасида инфилтрат ҳосил бўлиши билан чегараланади ва даволашдан сўнг жиддий оқибатлар кузатилмаслиги мумкин. Баъзан, инфилтратдан сўнг, чандиқ тўқима қолади ва анастомознинг ерта чандиқли стенози ривожланади. Бизнинг назоратимиз остида анастомознинг стенозини бужланган 1 та бемор бор еди, бошқа барча ҳолатларда ичакни қайта анастамозлашга тўғри келди.

Оғирроқ ҳолатларда, анастомоз етишмовчилиги ичак четларининг ажралиб чиқиши билан кўпинча орқа девор бўйлаб, ораликга очиладиган оқмалар билан параректал тўқималарнинг йиринглаши ва анастомознинг стенози келиб чиқади. Свенсон-Ҳиаатт операциясидан сўнг бундай беморлар 3 та бўлган. Баъзи ҳолларда қорин бўшлиғига кўтарилган инфекция туфайли янада

оғир асорат - перитонит кузатилади. Бизнинг назоратимиз остида ички ва ташқи ичак оқмалари билан касалланган 13 нафар шундай беморлар бор эди.

Яллиғланиш жараёни қайси йўналишда ривожланишини тахмин қилиш имкони йўқ, шунинг учун барча ҳолатларда, агар асорат юзага келса, коластома очиш орқали нуқсонни бартараф этиш тавсия етилади. Кейинчалик бу орқали чокларнинг ҳолатини мунтазам бармоқлар билан текшириш ёки ректал ойна ёрдамида визуал текшириш мумкин. Анастомоз етишмовчилиги параректал тўқималарни дренажлаш учун тўғридан-тўғри кўрсатма ҳисобланади: орқа чиқарув тешиги ва думғаза ўртасида кесма амалга оширилади. Умумий интенсив даволаш ва антибиотик терапияси қилинади. Одатда анастомоз етишмовчилигининг оқибатларини бартараф этиш учун 6 ойдан 1 йилгача вақт кетади. Ушбу даврдан олдин коластома ни ёпиш хато, хатто асорат бартараф етилган бўлса ҳам. Шиллиқ қаватнинг тўлиқ тикланиши асорат клиник жиҳатдан йўқолгандан сўнг тахминан 4-6 ой ўтгач юз беради.

Сўнгги вақтларда биз 3 нафар болани Ребаин усули ёрдамида операция қилдик. Касаллик ташхиси компенсация даврида бўлган 3 ёшгача бўлган беморларда, торайган соҳадан юқорида ичакнинг кескин кенгайиши ва яхши шаклланган ампуласи бўлган ректосигмоидал қисмининг чегараланган шикастланиши аниқланди. Бу еса беморларни қайта операция қилишга кўрсатма ҳисобланади. Қайта операциядан сўнг уларда асорат кузатилмади. Беморлар 10-11-кун ичида мустақил нажас қилди ва уйига жавоб берилди.

Дюамел усулидаги операцияда уч турдаги асоратлар кузатилади: ташқи сфинктернинг шикастланиши, қўпол стенозли <<елкан>> шаклидаги чандиқ ҳосил бўлиши, тўғри ичакда чўлтоқ қолиши.

Ташқи сфинктернинг зарарланиши кўпинча қўпол техник хатога йўл қўйиш оқибатида хирург томонидан оралиқ соҳасидаги операция вақтида ануснинг тери шиллиқ қаватига ўтиш жойида орқа ярим ойсимон мушакни 1-1.5 см чуқурликда кесиш натижасида ретросекал бўшлиқ ҳосил қилиш учун ҳаракат қилади. Бунунг натижасида еса шиллиқ қаватни 1.5-2 см га юқорига ажратишни бажармайди. Шундай қилиб, жарроҳ, баъзан сезиларли даражада, ташқи сфинктернинг орқа ярим ойсимон мушагини зарарлайди, бу еса нажасни ушлаб тура олмасликга олиб келади. Бирламчи операция давомида сфинктер шикастланиши билан бизнинг назоратимиз остида 7 нафар бемор бор эди.

"Елкан" шаклидаги чандиқнинг юзага келиши Дюамел операциясидан кейинги кенг тарқалган асоратдир. Тўғри ичак чўлтоғи орқа деворининг олд девори билан бирлашган

қисмида, қисқичлар олингандан сўнг, анастомоз соҳасини стенозлайдиган қўпол чандиқ қолади. «Елкан» чандиғи сабаблари - анастомоз ҳосил қилишдаги турли хил хатолардир. Улардан бири тўғри ичак бўшлиғида ортиқча тўқималар (параректал ёғ тўқимаси) бўлиб, бу тўқималар қисқичлар қўлланилганда ичак деворларининг яқин алоқаси бўлмайди. Яна бир сабаб - деворларнинг етарлича қаттиқ қисилмаслиги. Бундан ташқари, баъзида қисқичларнинг учлари ўртасида бўш жой ("йўл") қолади, бунда ичак герметиклиги бузулиб, ичакнинг шу қисми некрозга учрайди. Анастомоз соҳаси "елкан" нинг шаклланиши натижасида сезиларли даражада торайибгина қолмай, балки кескин деформацияланади. Бизнинг назоратимиз остида 8 нафар бундай беморлар бор эди. Бу вазиятда бужлаш бефойда, чунки бу билан "елкан" ривожланишининг олдини олиш ва уни бартараф этиш мумкин эмас.

Тўғри ичак чўлтоғини қолдириш – «халта» (хорижий муаллифларнинг терминологиясида) ҳам Дюамел операциясининг одатий асоратларидан биридир. Баъзи ҳолларда, тўғри ичакнинг қисми қорин парданинг ўтиш қавати даражасида маҳкам ёпилганлиги сабабли, гигант дивертикул каби қоп ҳосил бўлади. Бошқа ҳолларда, қисқичлар жуда паст даражада қўйилади. Бу ҳолат қисқичларни қўйишда қорин бўшлиғи томондан кузатишнинг имконсизлиги туфайли юзага келади (қисқичларнинг учи чўлтоқнинг пастки қисмига яқин бўлиши керак). Бундай патологик ўзгаришлар билан 7 нафар беморни қабул қилдик. «Халта» мавжудлиги одатда "елкан" билан биргалликда учрайди, шунинг учун ичак махсулотлари "халта" да ҳам учрайди.

Соаве-Ленюшкин усулида жарроҳлик амалиёти бажарилган 8 нафар беморлар ва бошқа тиббиёт муассасаларида бажарилган бирламчи Соаве операциясидан кейин асоратлар билан ётқизилган 3 нафар беморнинг касаллик тарихини таҳлил қилиш жараёни бизга уч турдаги асоратларни аниқлаш имконини берди: тўғри ичак каналидаги яллиғланиш жараёни, чўлтоқ некрози, тўғри ичак стенози.

Тўғри ичак каналидаги яллиғланиш жараёни операция жараёнида асепсика бузилганлиги сабабли, асосан қорин бўшлиғи шиллиқ қаватнинг яхлитлигини бузулиши ва ичакларнинг операцияга яхши тайёрланмаслиги натижасида ривожланади. Яллиғланиш жараёнининг оқибати икки хил бўлади: инфекция маҳаллий бўлиши (абсцесс), ёки қорин бўшлиғига тарқалиши (перитонит). Дастлабки операция қилинган 174 нафар беморнинг 4 тасида операциядан кейинги даврда абсцесс кузатилган, улардан 1 тасида жараён қорин бўшлиғига тарқалиб, перитонитга олиб келган, бу еса колостома билан релапаротомияни ўтказишни талаб қилди. Бирламчи Соаве операциясидан кей-

ин асорат юзага келган 11 нафар бемордан 7 таси перитонит билан асоратланган абсцесс кузатилди. Ушбу асоратнинг олдини олиш учун, биринчи навбатда, операциядан олдин ичакларни нажасдан тозалаш катта аҳамиятга эга.

Операция пайтида ректал канални антисептиклар билан ишлов бериш, жарроҳлик амалиётидан олдин унга кенг спектрли антибиотиклар кўллаш керак. Нажас билан яранинг ифлосланиши кузатилса, кўшимча равишда дренажлаш керак. Дренаж резексия қилинган ичакка параллел равишда ёки думғаза орасидаги кўшимча кесма орқали чиқарилади. Чиқарилган ичакнинг некрози ва соғ тўқимадан ажралиши ичакни мобилизация қилиш ёки уни анал каналда қисиши натижасида қон билан таминланишининг бузулишидан келиб чиқади. Баъзи ҳолларда чўлтоқ шиллиқ қавати некрози ички сфинктер даражасигача ва тўғри ичакнинг ампуляр қисми орасида юзага келади. Бундай ҳолатда артерия қон томирлари иккита жойдан қисилади : анал каналда ва ундан юқоридаги демукозилизация соҳасида. Шу сабабли, ичакни операцион жароҳатга тушуришдан олдин асосий операция давомида сфинктерни чўзиш керак, унинг тонуси Гирсчспрунг касаллигида доим юқори бўлади. Жарроҳ демукозилизацияни шиллиқ қаватнинг бирикмасидан 2-2,5 см юқорида тугалламаслиги ва жараён якунланишидан олдин демукозилизациялаш даражаси етарлигини таъминлаши керак. Некроз ва чўлтоқнинг соғ тўқимадан ажралиши бир неча кун давомида аста-секин содир бўлади. Баъзан думғаза некрозга учраб, ҳаётийлиги яна тикланганда ва чўлтоқ соғ тўқимадан ажралгандан сўнг, анатомик тузилмалар қайта тикланади. Бироқ, некроз ҳажмини тахмин қилиш ёки объектив равишда аниқлашнинг имкони йўқ, шунинг учун некроз юзага келгани аниқ бўлса, профилактика мақсадида коластома очиш мақсадга мувофиқдир. Баъзида некрозланган соҳа соғ тўқимадан ажралгандан сўнг атрофдаги ортиқча тўқималар анастомознинг четида қолади, натижада тўғри ичак стенози пайдо бўлади. 7 та беморда чўлтоқ некрози кузатилди. Уларнинг 3 тасида стенозланган жой 3-6 ойдан кейин кесилди, 4 тасида шиллиқ қават четида ўз ўзидан некрозланган соҳа соғ тўқимадан ажралди ва жарроҳлик амалиётини талаб қилмади. Соаве операциясидан кейин анастомоз стенози билан такрорланган 4 та беморда Ленюшкин бўйича стеноз соҳаси трансректал равишда кесилди.

**Хулоса.** Юқорида айтиб ўтилган сабабга кўшимча равишда, анастомоз стенозига яна иккита сабаб бўлиши мумкин: 1) операциянинг биринчи босқичидан сўнг анусдан ташқарида юқорига силжийдиган қисқа (2-2,5 см) чўлтоқнинг қолиши; 2) операциянинг биринчи босқичида тўлиқ бўлмаган демукозилизацияда операциянинг иккинчи босқичида еса ортиқча

тўқималарни қолдириш (чўлтоқни қолдириш). Бундай ҳолатда чўлтоқнинг бир қисми анус ва унинг юқори қисмида яширилади. Бу асоратлар дастлаб биз операция қилган 6 нафар беморда юзага келди. 4 нафар беморда биринчи асорат операциянинг иккинчи босқичида, иккинчиси еса 2 нафар беморда бир ой ичида ортиқча чўлтоқни олиб ташлаш йўли билан баргараф етилди.

#### Адабиётлар:

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. Суванкулов У. Т., Юсупов Ш. Ш., Сатаев В. У., Шамсиев А.М., Прогнозирование и профилактика послеоперационных внутрибрюшных спаечных осложнений у детей // <https://doi.org/10.38096/2181-> Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2021;185(1): 127-132. DOI: 10.31146/1682- 8658-eco-185-1-127-132
3. Хамраев А.Ж., Атакулов Ж.О. Болалар колоректал хирургияси // Учебное пособие для студентов медвузов Тошкент-2015. 135-176 стр
4. Хамраев А.Ж., Атакулов Ж.О. Болалар колоректал хирургияси // Учебное пособие для студентов медвузов Тошкент-2015. 198-237 стр
5. 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. 40-43 СТР
6. 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 )
7. Шамсиев Ж.А., Саидов М.С., Атакулов Д.О., Махмудов З.М. Характеристика поздних послеоперационных осложнений и рецидивов аноректальных пороков развития. «Проблемы биологии и медицины» 2021, №2 (127),-с.177-184.
8. 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
9. 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
10. 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

11. 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

12. 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

13. 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

14. Divarci, Ergun, D. General compliatons after surgery for anorectal malformations. Pediatric surgery international, 2020. 36(4), 431-445

15. 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

16. Yusupov Sh, Atakulov J, Rakhimov A, Suvankulov U. Complications In Anorectal Malformations In Children (Clinical Observation) 2021 Проблемы науки 56-58 стр.

17. 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.

18. 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-

19. 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.

20. 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>.

21. 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>

22. 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

### **ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ**

*Атакулов Ж.О., Юсупов Ш.А., Шамсиев Ж.А.,  
Байжигитов Н.И.*

**Резюме.** В статье у 216 первичных пациентов с болезнью Гиршпрунга, которые были прооперированы по методу Соаве-Ленюшкина, были диагностированы осложнения хирургического лечения и различные нарушения после операций в других медицинских учреждениях, независимо от радикальности операции (Свенсон-Сята, Дюамель, Соаве, Ребейн), который был проведен на основе анализа лечения 49 пациентов, эти операционные и технические ошибки разделены на три группы: неправильное определение уровня резекции кишки, дефекты выпадения прямой кишки, дефекты перевязки анастомоза.

**Ключевые слова:** болезнь Гиршпрунга, резекция кишечника, модификация, сфинктеротомия, анастомоз, выпадение прямой кишки.