

BOLALARDA KATTA CHARVINI BURALISHINI DAVOLASH VA DIAGNOSTIKASIDA ENDOVIDEOXIRURGIYA TEXNOLOGIYALARINI QO‘LLASH SAMARADORLIGI

Berdiyev Ergash Abdullayevich

Tibbiyot fanlari nomzodi, oliy toifali bolalar jarroxi
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi.

Respublika Bolalar kam invaziv va endovizual xirurgiya ilmiy-amaliy markazi
O‘zbekiston Respublikasi. Toshkent
E-mail: ergashdh@mail.ru

Egamberdieva Feruza

Toshkent tibbiyot akademiyasi
II- davolash fakulteti 508 gurux talabasi

Abdusamatova Vazira

Toshkent tibbiyot akademiyasi
II- davolash fakulteti 508 gurux talabasi

Rajabov Ziyovuddin

Toshkent tibbiyot akademiyasi
II- davolash fakulteti 508 gurux talabasi

Yo‘ldashov Jaxongir Davronbek o‘g‘li

Toshkent tibbiyot akademiyasi
I- davolash fakulteti 126 gurux talabasi

ANNOTATSIYA

Ushbu maqolada bolalar qorin bo‘shlig‘ida juda kam uchraydigan katta charvini buralishi bilan 12 nafar bemor bolalarni davolash va diagnostika tahlillari keltirilgan. Bulardan 8 nafarida birlamchi charvi buralishi uchragan bo‘lsa, 4 nafarida esa ikkilamchi charvi buralishi aniqlangan. 12 nafar bemor bolalarda endovideolaparoskopik usulida charvi rezeksiyasi bajarilgan bo‘lib, shulardan 1 nafarida qo‘shimcha appendektomiya amaliyoti bajarildi. Katta charvini kistasi bilan 1 nafar bemorda videolaparoskopik rezeksiyasi bajarildi. Qorin bo‘shlig‘i travmasi bilan tushgan bemorda yuqori o‘rta laparotomiya amaliyoti bajarilib, konversiyaga o‘tildi. Operatsiya mahali va operatsiyadan so‘nggi

davrlarda asoratlar kuzatilmadi. Gistologik tekshiruv jarayonida katta charvida gangrenoz omentit belgilari aniqlandi. Endovideolaparoskopik texnologiyalarni qo‘llab operatsiyalar bajarish, kasalikka aniq tashxis qo‘yish, bir vaqtini o‘zida charvi rezeksiyasini bajarishga erishish, ikkilamchi charvi buralishi etiologik omillarini aniqlash imkonini yaratadi.

Kalit so‘zlar: bolalarda katta charvi buralishi, birlamchi buralish, ikkilamchi buralish, xirurgik davolash, videolaparoskopiya

Muammoning dolzarbligi: Bolalarda katta charvini buralishi xirurgik amaliyotda kam uchraydigan polietiologik kasallik bo‘lib, o‘tkir qorin sindromi klinik belgilari bilan kechadi. Bu patologiya qorin bo‘shlig‘ida shoshilinch operatsiya qilingan bemorlarni 0,01—0,32% ni tashkil etadi [1,4,7]. Bolalarda uchraydigan katta charvini buralishi va unga sabab bo‘luvchi etiologik omillari oxirigacha aniq o‘rganilmagan. Bu kasallikka undovchi omillarga qorin bo‘shlig‘i bitishmali kasalligi, qorin old devori churralari, semizlik, qorin bo‘shlig‘idagi surunkali yallig‘lanish jarayonlari sabab bo‘lsa, ishlab chiqaruvchi omillariga esa jismoniy zo‘riqishlar, me‘yoridan ko‘p ovqatlanish, to‘satdan qorin bo‘shlig‘i bosimini oshishi yoki qorin old devori mushaklarni qisqarishi sabab bo‘lishi mumkin. [3, 9, 11].

Ishning maqsadi: Bolalarda katta charvini buralishi xirurgik amaliyotda kam uchraydigan polietiologik kasallik bo‘lganligi sababli, biz klinik kuzatuvimizda bo‘lgan bemor bolalarni retrospektiv tahlil qilishdan iborat bo‘ldi.

Material va tekshirish usullari: 2012-2022 yillar davomida Surxondaryo viloyat bolalar ko‘p tarmoqli tibbiyot markazini bolalar xirurgiya bo‘limida 12 nafar bemor bolalarda katta charvini buralishi bilan davolanishda bo‘ldi. Bemorlarini yoshi 3dan - 18 yoshgacha ekanligi aniqlandi. Shundan o‘g‘il bolalar 8 (66,6%) nafar, qiz bolalar 4 (33,4%) nafarni tashkil etdi. Shu tahlillarga asoslanib, aytish mumkin, bu kasallik jarayoni ko‘proq o‘g‘il bolalar moyil ekanligi aniqlandi. Barcha murojaat qilgan bemor bolalar statsionarga “O‘tkir appenditsit?” **gumoni bilan tekshirish va davolanish uchun yotqizilgan.**

Bemorlarni yoshiga va jinsiga qarab taqsimlanishi (n-18)

Bemorlarni jinsi	Bemorlarni yoshi					jami
	3-5	5-9	9-12	12-15	15-18	
O‘g‘il bolalar	1	1	2	3	1	8
	8,3%	8,4%	16,6%	25%	8,4%	66,7%
Qiz bolalar		1	2	-	1	4
		8,4%	16,6%		8,3%	33,3%
jami	1	2	4	3	2	12
	8,3%	16,8%	33,2%	25%	16,7%	100

Shoshilinch ravishda o'tkir appenditsitga gumon bilani bilan murojaat qilgan bemor bolalar 11nafarni tashkil etib, bu bemorlarda kasallik boshlanishi va klinik manzarasi namoyon bo'lishi bilan shifoxonaga 5 soatdan 72 soatgacha oralig'ida murojaat qilishgan. Ko'pchilik bemorlarda kasallik anamnezi yig'ilganida qorin og'rishiga sabab bo'ladigan aniq etiologik omillar aniqlanmadi. Faqat bittagina o'g'il bola statsionarga tushishidan 2 soat oldin boks sporti bilan shug'ullanayotganida qorin sohasiga zarba olgan. Bu bemor rejali ravishda qaytalanuvchi qorin og'rig'i bilan murojaat qilgan. Qorin og'rig'i bilan murojaat qilgan 1 nafar bemor bolada, ya'ni qorin bo'shlig'i a'zolari UTT qilinganida qorin bo'shlig'i kistasi aniqlangan. Shoshilinch ravishda murojaat qilgan bemor bolalarning barchasida qorin og'rig'i klinik manzarasi jadalligi har xil darajada bo'lib, ko'proq og'riqlar qorinni o'ng yarmi va epigastral sohada kuzatilgan.

Ko'pchilik holatlarda qorindagi og'riqlar doimiy xarakterga ega bo'lib, gohida xurujsimon xarakterda kechgan. Murojaat qilgan bemorlarining 2 nafarida qorin pardasining ta'sirlanish belgilari o'ng yonbosh sohasida musbat bulishi kuzatildi. Bundan tashqari og'riq sindromlari 3 nafar bemorda kuzatilib, bularda dispeptik buzilishlar ya'ni qusish, ko'ngil aynishi, ichining suyuq kelishi aniqlandi. Barcha bemorlarda tana harorati ko'tarilishi subfebril $t-37,4^{\circ}\text{S}$ yoki me'yoriy saqlanib turdi.

Qonda periferik leykotsitlar miqdori o'rtacha 6.9dan $17,3 \cdot 10^9/\text{l}$ gachagani tashkil etdi. Faqat bir nafar bemorda qorin og'rig'i bilan shoshilinch murojaat qilgan va unda qorin bo'shlig'i UTT tekshiruvida qorin pastki sohasida bir xil strukturaga ega bo'lmagan infiltrat borligi aniqlangan. Qolgan boshqa barcha bemorlarda qorin bo'shlig'i UTT tekshiruvida exosonografik patologik o'zgarishlar aniqlanmadi. Shoshilinch ravishda 12 nafar bemor bolalarda operatsiya amaliyoti bajarildi. Bemorlarda doimiy qorinda og'riqlar saqlanib turishi, kuzatuv jarayonida qorin parda ta'sirlanish belgilarni paydo bo'lishi va UTT tekshiruvida qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik miqdori aniqlanishi va infiltrat belgilari kuzatilishi, diagnostik endovideolaparoskopik amaliyotni o'tqazishga ko'rsatma bo'lib xizmat qildi. Rejali ravishda diagnostik endovideolaparoskopik amaliyoti 1 nafar bemor bolada qorin bo'shlig'i kistasi tashxisini oydinlashtirish maqsadida bajarildi.

TADQIQOT NATIJALARI

Endovideolaparoskopik operativ amaliyotlari uchun 8 mm optik troakardan foydalanib, troakarni kindik usti sohasidan va 5mm troakarlarni qov usti va chap yonbosh sohasiga o'rnatildi. Endovideolaparoskopik xirurgik amaliyotida ko'p holatlarda kichik chanoq bo'shlig'ida biroz miqdorda seroz-gemorragik suyuqlik aniqlandi. Katta charvini 720° buralishi videoendolaparoskopik jarrohlik amaliyotida 10 nafar bemorlarda aniklandi. Katta charvini 360° buralishi va jigar yumaloq bog'lami gematomasi bilan qorin sohasiga zarba olgan bemor bolada kuzatildi. Katta

charvini 180 ° ga buralishi yupqa devorli kista diametri 7sm gacha bo'lgan 1 nafar bemorda kuzatildi. Katta charvini 360° buralishi bilan birga o'tkir flegmonoz appenditsit uyg'unlashib kelishi 1 nafar bemorda aniqlandi. Buralgan charvi qismlari qorin bo'shlig'i pastki sohalarida yoki o'ng yonbosh sohalarida aniqlanib, bo'ylama razmerlari 3smdan 7smgacha qoramtir qizil yoki qora rangda bo'lib, nekrozga uchragan charvi, sog'lom charvidan aniq chegara bilan ajralib turadi.

Katta charvini buralishini endovideolaparoskopik usulda rezeksiya qilishda monopolyar koagulyatsiya qo'llanildi yoki Reder choki 12 nafar bemor bolalarda bajarilib, ulardan 1 nafarida operatsiya mahalida appendektomiya jarrohlik amaliyoti qo'shimcha bajarildi. Katta charvi kistasi videoendolaparoskopik usulda rezeksiyasi 1 nafar bemorda bajarildi. Rezeksiya qilingan preparatni qorin bo'shlig'idan kindik sohasiga o'rnatilgan 5 mm li trokar o'rniga katta razmerdagi trokarni o'rnatib, olib tashlashga erishildi. Faqatgina qorin bo'shlig'i travmasi bilan murojaat qilgan bemorda katta charvini total infiltratsiyasi sabab konversiyaga o'tildi va jarrohlik amaliyoti yuqori o'rta laparotomiya usulida bajarildi. Interoperatsion va operatsiyadan so'nggi davrlarda asoratlar kuzatilmadi. Statsionar davolanish 5 sutkadan 15 sutkagacha, o'rtacha ko'rpa-to'shak rejimi 7 kunni tashkil etdi. Gistologik tekshiruv natijalari ko'p holatlarda charvida qon aylanishini buzilishi hisobiga gangrenoz omentit belgilari aniqlandi. Birinchi bo'lib katta charvini buralishi xaqidagi ma'lumotni 1882 yil Oberst tomonidan yozilgan. Charvini buralishini birlamchi va ikkilamchi turlari ajratiladi. Birlamchi charvini buralishi ko'pincha o'g'il bolalarda uchraydi Charvini birlamchi buralishi 11-15 yoshli bolalar orasida ko'proq kuzatiladi. Ikkilamchi charvi buralishi, charvi kistasi, charvi o'smasi va charvi gematomasi kasalliklarida aniqlandi. Bolalarda charvi buralishini asosiy sabablaridan biri, uni anatomik tuzilishi hisoblanadi. Yana bir omillaridan biri, bolalarda semizlik xolatlari natijasida charvi buralishi kuzatiladi. Charvi buralishi diagnostikasi juda mujmal bo'lib, ko'p xolatlarda operatsiya mahali aniq tashxis qo'yiladi. Bolalarda charvi buralishi tashxis qo'yishda o'tkir appenditsit, qizlarda kichik chanoq bo'shlig'i patologik kasalliklari bilan qiyosiy tashxislash o'tkazish lozim. Katta charvi buralishi bemorlarda qorinda og'riq juda o'tkir boshlanadi, og'riq qorin o'ng yarmida, ko'ngil aynish, qusish, bosh aylanishi kabi belgilari bilan namoyon bo'ladi. Gohida og'riq me'yorida ortiq ovqatlanganda, qorin bo'shlig'i bosimi oshganda kuzatiladi. Klinik belgilari sekin asta namoyon bo'ladi, uzoq muddat intoksikatsiya belgilar aniqlanmaydi. Qorin bo'shlig'i palpatsiyasida qorin o'ng yarmida yengil og'riq bo'lib, ko'p xolatlarda bemorlar kasallik boshlangandan so'ng 2-4 sutkalarida murojaat qilishadi. Qorin palpatsiyasida qorin o'ng yarmida og'riq bo'lib, mushaklar taranglashuvi kuzatilmaydi. Bemorlarda tana harorati norma yoki subfebril bo'ladi. Umumiy qon tahlillarida kasallik boshlagan davrda o'zgarishlar bo'lmaydi, charvi nekrozi, peritonit rivojlanganda leykotsitoz

kuzatiladi. Qorin bo'shlig'i UTT tekshiruvda, gohida yog' to'qimasini qon aylanishi buzilishi, shishganligi, giperexogenligini oshganligini aniqlash mumkin. Bunday hollarda qorin bo'shlig'idagi o'tkir patologik jarayonlarni aniqlashda videolaparoskopiya usuli muhim rol o'ynaydi. Adabiyotlarda bemorlarda katta charvi buralishini konservativ davolash yetarlicha bo'lmasligi sabab, qorin bo'shlig'ida abscesslar rivojlanishi natijasida qorin pardasi bitishma kasalligi paydo bo'lishiga olib keladi. Bolalarda katta charvi buralishini samarali diagnostika va davolash usullaridan biri endovideolaparoskopiya texnologiyalari bo'lib hisoblanadi.

XULOSA

1. Bolalarda katta charvi buralishi kam hollarda uchrab, uning klinik belgilari, ko'pincha o'tkir appenditsit klinik belgilariga o'xshash bo'lib keladi.

2. Bolalarda katta charvini buralishini spesifik belgilari yo'qligi, UTT tekshiruvi juda kam ma'lumot berishi tufayli, katta charvi buralishi diagnostikasida endoskopik laparoskopiya qo'llash maqsadga muvofiq bo'ladi

3. Oxirgi yillarda klinik amaliyotda endoskopik laparoskopiya jadallik bilan qo'llash bolalarda katta charvini buralishini o'z vaqtida tashxislash imkonini yaratadi.

4. Endoskopik laparoskopiya bolalarda katta charvi buralishi tashxislashdagina qo'llanilmasdan, destruktiv o'zgargan charvi rezeksiyasini bajarib, etiologik omillarni bartaraf etishda yuqori texnologik kam jaroxat yetkazuvchi jarrohlik amaliyotlaridan biri bo'lib hisoblanadi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI: (REFERENCES)

1. Teleshov N.V., Grigoreva M.V., Leontev A.F. Perekrut salnika u detey. Detskaya xirurgiya. 2008; 1: 54—5.
2. Talov N.A., Malaxov A.V., Ivanov M.P. i dr. Pervichnyy zavorot bolshogo salnika // Xirurgiya. Jurnal im. N.I. Pirogova. – 2009. – №7. – S. 70-71.
3. Averin V.I., Korostev O.Yu., Zelskiy A.A. Zavorot i nekroz uchastka bolshogo salnika u detey //Xirurgiya Vostochnaya Yevropa. – 2012. – №3. – S. 219-221.
4. Sokolov Yu.Yu, Stonogin S.V, Korovin S.A., Diagnostika i lechenie perekrotov bolshogo salnika u detey. Detskaya xirurgiya, 2013., 3: 22-25
5. Timofeev M.E, Fedorov Ye.D, Krechetova A.P., Osobennosti diagnostiki i lecheni perekruta jirovnykh struktur bryushnoy polosti laparoskopicheskim metodom. Endoskopicheskaya xirurgiya 2014, 5:13-16.
6. Olxova Ye.B, Sokolov. Yu.Yu, Shuvalova M.E. Ultrazvukovaya diagnostika perekruta salnika u rebenka (klinicheskie-nablyudenie). Radiologiyaya-praktika.2016.,4:73-78.
7. Chxve P.I. Luchevaya diagnostika zabolevaniy jeludochno-kishechnogo trakta. Moskva , 2018., Izd-vo Panfilova:496.

8. Tsironis A., Zikos N., Bali C. et al. Primary Torsion of the Greater Omentum: Report of Two Cases and Review of the Literature // *The Internet Journal of Surgery*. – 2008. – V.17, N2. – P. 1-5.
9. Vázquez B.J., Thomas R., Pfluke J. Clinical presentation and treatment considerations in children with acute omental torsion: a retrospective review // *The American Surgeon*. – 2010. – V.76, N4. – P. 385-388.
10. Sasmal P. K., Tantia O., Patle N. et al. Omental torsion and infarction: a diagnostic dilemma and its laparoscopic management // *Journal of laparoendoscopic & advanced surgical techniques*. – 2010. – V.20, N3. – P. 225-229.
11. Hosseinpour M., Abdollahi A., Jazayeri H. Omental torsion after repeated abdominal blunt trauma // *Archives of trauma research*. – 2012. – N2. – P. 75-78.
12. Gargano T., Maffi M., Cantone N. et al. Secondary omental torsion as a rare cause of acute abdomen in a child and the advantages of laparoscopic approach // *European Journal of Pediatric Surgery Reports*. – 2013. – V.1, N1. – P. 35-37.
13. Khan F.A., Liaqat N., Dar S.H. Two cases of omental torsion mimicking acute appendicitis // *APSP Journal of Case Reports*. – 2014. – V.5, N1. – P. 8.
14. Novák P., Vacek V., Vondráková R. Primary omental torsion in preschool girls case report // *Rozhledy V Chirurgii*. – 2016. – V.95, N5. – P. 200-202.