

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ СУБ И ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКИХ КОЛОСТАЗОВ У ДЕТЕЙ

Хамраев А.Ж., Каримов И.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Авторами у 358 больных детей с суб – и декомпенсированными течениями хронического колостаз (ХК) проведены катamnестические, клинико-рентгенологические и дополнительные комплексы исследования. Выявлены разные органические причины, обусловленные анатомическими и функциональными нарушениями дистального отдела толстого кишечника (ТК) и их результаты в целом оценены в балльной системе. При этом суммарный составляет 4-12 баллов, рекомендуется комплекс консервативных лечений, без эффективности её показания к хирургическому лечению, если 12-18 баллов, на ирригографии при наличии дополнительных изгибов, удлинение, сужение, неполную фиксацию, ротацию и ригидности отдельные части толстого кишечника (ТК), с клиническими полными нарушениями моторно-эвакуаторной функции определяли прямые показания к оперативному лечению. У 315 (88%) больных получены хорошие результаты от комплексного консервативного лечения. У 43 (12%) больных определено показание к операции при: отсутствие эффекта от длительного проводимого комплекса консервативного лечения, нарастание признаков хронической толстокишечной непроходимости с декомпенсированным течением ХК и на фоне этого прогрессирующим ухудшение состояния больного. При выборе методов операции учитывался возраст больных, характер и локализации патологии ТК. У детей до 4 лет проводилось трансанальное эндоректальное низведение толстой кишки (ТЭНТК) по методу Делаторре-Мандрагона и у старших детей - лапаротомным доступом внутрибрюшинная резекция и фиксация ТК. Характер операции были: резекции удлиненной или суженной участки с созданием «коло-анальной» или «коло-коло» анастомозов с фиксацией опущенных и ротированных частей кишечника с целью восстановления анатомические структуры и транзиторные функции ТК.

Ключевые слова: хронический колостаз, комплексное лечение, дети.

Актуальность. Хронический колостаз (ХК) у детей, обусловленный суб - и декомпенсированным течением клинически протекает с упорными запорами, плотными каловыми массами и болезненными актами дефекации. В детском возрасте, частота его составляет от 0,3 до 8%. Число обращаемости детей с ХК к педиатру составляет 3-5%, а к детскому гастроэн-

терологу 25%. У 30-52% детей ХК сохраняется в течение последующих 5 лет, до 25% детей продолжают страдать до взрослого возраста. Частота встречаемости ХК в Российской Федерации у детей составляет 25-30%, среди которых до 1 года составляет -17,6%, а в старшем возрасте -10-25%. В Республики Узбекистан среди детей ХК встречается примерно до 32% [1-4].

Частой причиной суб- и декомпенсированных форм ХК у детей, является поздняя обращаемость родителей больного ребенка к врачам общей практики (ВОП), педиатрам, гастроэнтерологам и детским хирургам на первичном и вторичном звене здравоохранения. При этом, детские гастроэнтерологи, часто упускают оптимальные сроки хирургического лечения из-за длительного и излишнего медикаментозного лечения больных без патогенетического обоснования диагноза, которое часто ставят в частном секторе. А детские хирурги, склоняясь к диагнозу болезни Гиршпрунга (БГ) с суперкоротким сегментом, прибегают к хирургическому лечению, которое нельзя считать патогенетически обоснованным. При этом, некоторые обратимые компенсаторные состояния ХК у детей, на фоне осложненного течения острой кишечной инфекции (ОКИ) и их сочетание с долихосигмой или неполной фиксацией ТК на фоне разных алиментарных факторов переходит в суб- и декомпенсированные формы течения заболевания [3,5,6,7].

По данным некоторых авторов, при комплексном лечении ХК у детей в возрастном аспекте, дискуссионным и далеко нерешённым остаётся выбор тактики лечения между длительной консервативной и активной хирургической [5,6, 7-12]. Поэтому, проблемы лечебно-тактического подхода комплексного лечения ХК у детей в возрастном аспекте требуют своего изучения по оптимизации диагностики, определению показаний, сроков и выбора метода лечения.

Цель исследования: Улучшить результаты комплексного лечения с суб и декомпенсированной стадии хронического

колостазы у детей, путем оптимизации диагностики, тактики лечения и определить выбор метода операций при декомпенсированной стадии болезни.

Материалы и методы исследования: На клинической базе госпитальной детской хирургии Ташкентского педиатрического медицинского института за последние 10 лет на стационарном и амбулаторном лечении находились 358 больных детей с ХК в возрасте: до 1 года - 36 (10%); 1-3 года - 40 (11,2%); 4-6 лет- 90 (25,1%); 7-12лет- 109 (30,4%); 13-17лет - 83 (23,1%). Мальчики составили 190 (53%), девочки - 168 (47%).

Всем больным проводились: общеклинические, лабораторные исследования, ректальное пальцевое, аноскопия, ректоскопия, ирригоскопия, полипозиционная ирригография (ППИ), фиброколоноскопия (ФКС), пассаж ЖКТ, МРТ, ЭМГ и УЗИ органов малого таза. Это позволило выявить причину моторно-эвакуаторного нарушения: удлинения, сужения, опущения, дефекта фиксации ТК и нарушения функции мышц тазового дна. В отдаленном периоде у 215 (60%) больных изучены причины запора у детей на основании катamnестических данных (выписки истории болезни, результаты клинко – анамнестических данных по балльной системы анкетирования) и комплексного клинического обследования.

При диагностике ХК у детей мы руководствовались классификацией по Я.Ц. Циммерману (2009), где различаются: *по происхождению*- первичный (мегаколон и долихосигма, БГ, транверзоптоз с синдромами Пайра и Хилайдити); вторичный (хирургические заболевания аноректальной зоны; холестатические процессы; пе-

ренесенные острые кишечные инфекции (ОКИ) и идиопатический); *по течению*: острый и хронический; *по этиологии*: алиментарный, механический, дискинетический, метаболический, токсический, медикаментозный, проктогенный, коллагенный др. [6].

Результаты. Нами диагностирован *первичный ХК* у 150 (41,8%) детей, среди них у 56 (40%) больных выявлено долихосигма; у 31 (25,6%) - БГ; у 46 (25,8%) – транзверзоптоз (с сочетанием синдромами Пайра - у 14 (45%); и Хилайдити (двухстволка печеночном изгибе - у 6 (19,5%) и в 14 (35,5%) случаев были полной и частичной транзверзоптоз), долихоколон у 9 (5,7%). В 28 (7,8%) случаев сочетание их с вторичной происхождения –холестазы у 18 (64,2%) и после перенесенной ОКИ – 10(35,8%). Остальные 190 (53%) больных с ХК по этиологии были: *алиментарного, дискинетического, метаболического и медикаментозного характера*. Субкомпенсированные формы ХК составили 315 (88%) и декомпенсированные у 43 (12%) больных.

В результате катанестических, клинико-рентгенологических и дополнительных комплексов обследований нами выявлены разнообразные причины ХК у детей в возрастном аспекте. Для выявления органического нарушения причин ХК, нами применялись ПШИ. Она в разных позициях больного позволяли более достоверно определить наличие дополнительных изгибов, удлинение, неполную или гиперфиксацию, ротацию и ригидность на отдельном участки ТК. Они у больных с суб- и компенсаторными течениями ХК оценивались в балльной системе, для оптимизации и определение точной показаний к оперативному лечению.

Некоторые варианты декомпенсированного течения ХК были на фоне сочетанных патологий толстой кишки: долихосигмы и мегоректум (рис.1а); высокое стояние слепой кишки, гиперфиксации печеночного изгиба и долихосигма (рис. 1б); транзверзоптоз с синдромом Пайра и мегоректум (рис.1в), которые представлены на рисунке 1.

а)

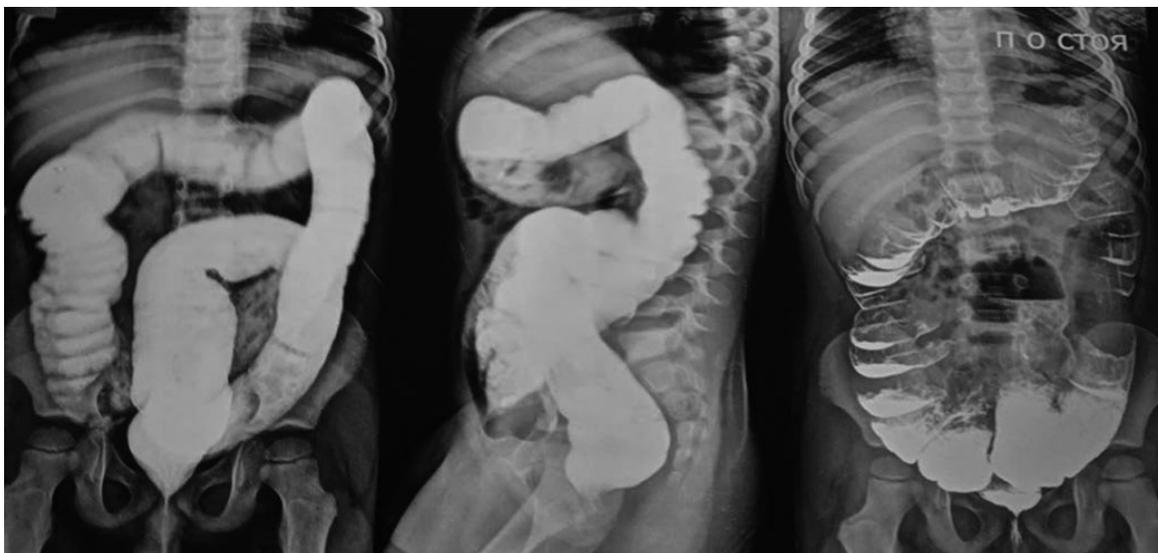




Рис. 1. Различные варианты декомпенсированного течения сочетанных патологий толстой кишки: а - долихосигмы и мегоректум; б - высокое стояние слепой кишки, гиперфиксации печеночного изгиба и долихосигма; в - транзверзоптоз с синдромом Пайра и мегоректум.

В грудном возрасте у 36 (10%) больных с ХК, причинами были врожденного характера (БГ, транзверзоптоз и долихосигма); алиментарного характера – недокармливание, недостаточное количество жирности, сахара в смеси или грудного молока, неадаптированные молочные смеси с повышенным уровнем белка, углевода, кальция фосфора и аллергенов, лактозная недостаточность и недоношенность, дискинезия желчевыводящих путей; вторичного характера - повышение

вязкости каловых масс при кистофиброзе поджелудочной железы и пилоростенозе. При этом, для грудного возраста больных с ХК чаще встречались врожденные заболевания толстой кишки с острым и подострым течением. У этих больных признаки запора усиливались при переходе ребенка на искусственное или смешанное вскармливание.

У детей раннего возраста (1-3 года) - 40 (11,2%) с ХК, выявлены причины ХЗ в отдельном и сочетанном виде: алиментар-

ного характера – недокармливание, недостаточное количество жирности, сахара, клетчатки в пище, употребление неадаптированных продуктов (коровьего, козьего молока) и употребление молочных смесей с повышенным уровнем белка, углевода, кальция фосфора и аллергенов, лактозная недостаточность, повышенная кислая среда в содержимом толстой кишки, дискинезии желчевыводящих путей (перегибы и изгибы); *рефлекторного* - анальные трещины, острые парапроктиты; *механического* - послеоперационные и врожденные стенозы заднего прохода и прямой кишки или с механическим сдавливанием извне патологическим образованием (дермоидная киста, тератома), ректальная форма БГ, транзверзоптоз, долихосигма с образованием дополнительных изгибов; *последствий перенесённого заболевания* – ОКИ, сепсис, дисбактериоз кишечника.

Таким образом для детей 1-3 года основной причиной были незрелость нервной регуляции, дискинезия желчевыводящих путей, моторной функции ТК, морфофункциональная или ферментативная недостаточность органов ЖКТ и гипоксическое поражение нервной системы в перинатальном возрасте.

У 90 (25,1%) детей дошкольного возраста (4-6 лет) при клиническом и рентгенологическом (ирригографии) исследовании, частой причиной ХК были: гипертонус пуборектальных мышц с недостаточностью её релаксации - в 12 случаях; наличие острых аноректальных и ректосигмоидных углов – в 25 случаях; недостаточность релаксации внутреннего сфинктера – в 11 случаях; упорные запоры на фоне рефлекторного подавления возбудимости слизистой прямой кишки, которые привели

к мегаректум и энкопрезу – в 12 случаях. При данных ситуациях, сочетание приобретенных (алиментарных, механических, дискинетических, метаболических, медикаментозных, эндокринных, воспалительных) с органическими факторами (транзверзоптоз с болезни Пайра, мегаректума и мегадолигосигма), часто ХК перешли в декомпенсированную форму с клиническими проявлениями функционального недержания кала (энкопрез).

У 109 (30.4%) детей школьного (7-12 лет) и подросткового (13-17 лет) возраста ХК встречались довольно часто в виде суб- и декомпенсированной формы. При этом, частые причины были: эмоциональные факторы (психические перегрузки, депрессия), усиленные физические (спортивные) нагрузки, хронические или рецидивирующие воспалительные процессы (колит, энтероколит, дизентерия и др.), ситуационные (частые употребления кофе, шоколад или какао с низкой концентрацией балластных веществ в пище и др.) и другие факторы приобретенного генеза.

Для выявления причин генеза и с учетом данных комплекса обследования ХК у детей, для оптимизации диагностики и определение тактики лечения, проведена клинико-катамнестическая оценка по балльной системе. По результатам количество баллов суб- и декомпенсированного клинического течения ХК у детей, составлен план дальнейшего дополнительного углубленного обследования по определению показаний к хирургическому лечению.

При этом, если суммарный балл составлял свыше 4 баллов, всем больным, кроме общеклинических, лабораторных, ректальных исследований проводились ректороманоскопия и ППИ. При этом, нам

удалось выявить воспалительные процессы в слизистой оболочке, дополнительные петли, дефекты в фиксации и моторно-эвакуаторные нарушения различных отделов ТК.

Когда суммарный балл свыше 8 и 12 баллов, для оценки состояния ТК, органов малого таза проводились дополнительные исследования: ФКС, пассаж ЖКТ, МРТ и УЗИ органов малого таза. При этом, нам удалось выявить состояние соседних органов, патологических образований, дефектов и нарушений мышц тазового дна. При упорном течении ХК, в 24 (11,5%) случае отмечалось сочетание функциональное недержание кала (энкопрез) при большом объеме калового содержимого в прямой кишки (мегаректум).

Таким образом, в результаты катamnестических, клинико-рентгенологических и дополнительных комплексов обследования, нами выявлены разнообразные причины ХК у детей в возрастном аспекте. При этом, для грудного возраста характерным было выявление ХК с подострым течением заболевания врожденного генеза. У этих больных признаки запора усиливались при переходе ребенка на искусственное или смешанное вскармливание.

Среди детей 1-3 лет, причиной ХК имел место долихосигмы или транзверзоптоза с дополнительными патологическими изгибами. У детей школьного и старшего возраста в 37 (17,7%) случаях были сужения, удлинения и дефекты фиксации одного из участков ТК с патологическими дополнительными изгибами, которое имело важное значение при декомпенсированном течение болезни, которое имеет большое значение при выборе хирургической тактики и метода

при комплексном лечения ХК у детей.

Лечение. При выборе тактики комплекса лечения ХК у детей, основывались на результатах клинико – анамнестических данных по балльной системы анкетирования. При этом, если суммарный балл составляет свыше 6 баллов, всем больным проводилось комплексное консервативное лечение. Если суммарный балл свыше 12 баллов, нами проводилось многократное (3 и более) комплексное консервативное лечение, при его неэффективности, определяли относительные показания к оперативному лечению. При суммарном балле свыше 18 баллов, выявлена патология дефекта фиксации и нарушения мышц тазового дна с клиническими полными нарушениями моторно-эвакуаторной функции ТК на фоне патологического дополнительного изгиба, определялись прямые показания к оперативному лечению.

Комплексное лечение проводили повторными курсами, чередуя средства и методы на протяжении не менее 1-1,5 лет. При лечении функциональных ХК упорно и регулярно опорожняли прямую кишку, путем назначения гипертоническую клизму. При «каловых завалах» проводили сифонную клизму с 1% раствором поваренной соли, ежедневно до полного очищения кишечника. Одновременно индивидуально подбирали диету, корректирующую дисбаланс дефицита солей, витаминов, растительной клетчатки или жидкости, а также неправильный режим питания и снижение физической активности. Ребенка старше 3 лет приучали к регулярному произвольному опорожнению кишечника - предлагая ежедневно в одну время сидеть в туалете. Эффективными явились при функциональном нарушении акта дефекации – недержания

ние кала: БОС терапия, электростимуляция анального жома, электрофорез с прозергином на живот, иглорефлексотерапия, гимнастика, плавание и санаторное лечение. Основа комплексного консервативного лечения была направлена на повышение тонуса кишечной стенки, восстановление транзитной функции кишечника, нормализацию микробного пассажа ТК с эубиотиками и повышение внутрибрюшинного давления, путем укрепления мышц передней брюшной стенки с применением тонирующего массажа. В результате проведения нами этапного (1-3 мес.) комплексного консервативного лечения в течение 1-12 месяцев, получены хорошие результаты у 315 (88%) больных детей с ХК.

Показаний к хирургическому лечению при декомпенсированной форме ХК определено у 43 (12%) больных. При этом, прогрессирующее ухудшение состояния больного выявлено – у 3-х больных, отсутствие эффекта от проводимого консервативного лечения отмечено у 6-ти и нарастание явлений хронической толстокишечной непроходимости с декомпенсированным течением ХК (до 3-х лет) - у 12 больных. У этой категории больных с ХК рентгенологические данные были обусловлены: на фоне ригидности и дистальной резкой дилатации ТК сочетанием транзверзоптоза, долихосигмы, и долихоколона. Возраст больных составил 4-17 лет. Среди них, в дошкольном возрасте было прооперировано - 6 (14%) больных; в школьном возрасте - 28 (65%) и в подростковом возрасте – 9 (21%) больных.

Больные в основном были оперированы в старшем возрасте. Показаниями были декомпенсаторное течение ХК, причиной больше всего обусловленные спонтанными

и чрезмерными физическими нагрузками в спорте, в старшем возрасте у мальчиков, на фоне имеющийся неполной фиксации и удлинения ТК. Цель хирургического лечения при ХК у детей явилась резекция удлиненного избыточного сегмента или суженной зоны, ликвидация механического препятствия или дилатированной части ТК, с фиксацией опущенных и ротированных её частей. При этом, восстановлены анатомические структуры и транзитные функции ТК.

При выборе методов операции учитывался возраст больных, характер и локализации патологии. Поэтому, хирургические доступы и методы операции были различными. У детей до и школьного возраста при декомпенсированной форме мегаректума и долихосигмы, операции проводили с применением трансанального доступа по методу Делаторре- Мандрагона - у 10 (23,2%) больных. при анальной ахалазии проводили сфинктеротомии – у 17 (39,5%) больных У детей старшего возраста при декомпенсированной форме транзверзоптоза и его сочетании с болезнью Пайра и Хилайдити, нами выполнено операция резекции и фиксации ТК осуществлялись только абдоминальным доступом – у 16 (37,2%) больных. Осложнений в раннем послеоперационном периоде не отмечено.

При гистоморфологических исследованиях препаратов удаленного участка толстой кишки выявлены дегенеративные изменения во всех слоях кишечной стенки в виде склероза подслизистого слоя, отека и склероза сосудистых стенок, местами кровенаполнения, стаз, снижение мышечного тонуса стенки кишки, дегенеративные изменения нервных клеток.

Изучен катамнез в отдаленном перио-

де (1-5 года) лечения, после операции сегментарной резекции поперечно-ободочной кишки, тотальной или частичной сигмоидэктомии, ректосигмоидэктомии, у всех больных получены хорошие результаты, осложнений не наблюдалось.

ВЫВОДЫ.

1. При суб и декомпенсированных формах ХК у детей эффективными является комплекс консервативного лечения у 88% больных, хирургические - у 12%.

2. Комплекс консервативного лечения при суб и декомпенсированных формах ХК с функциональным нарушением акта дефекации (энкопрез), более эффективный в сочетании с общим физиотерапевтическим

лечением, БОС терапией, электростимуляцией анального жома.

3. Относительными показаниями к хирургическому лечению ХК является, отсутствие эффекта от длительного проводимого консервативного лечения, нарастание явлений хронической толстокишечной непроходимости с декомпенсированным течением и ухудшение состояния больного.

4. Абсолютными показаниями к хирургическому лечению первичной ХК у детей является наличие дополнительных изгибов, удлинение, сужение, неполную фиксацию, ротацию и ригидности ТК, с клиническими полными нарушениями моторно-эвакуаторной функции.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Винокуров А.С. Синдром Хилайдити//Радиология. №3.2015.С.54-58.
2. Киргизов И.В. и др. Определение факторов риска развития хронического толстокишечного стаза у детей. //Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. - 2016. №3. С. 87-89.
3. Саидов Ф.А. /Оптимизация методов диагностики и лечения хронического колостаз у детей // Автореф. дис. к.м.н.- Ташкент. 2018. С-18
4. Хамраев А.Ж., /Хирургия толстой кишки у детей// Издательство. «Ноширлик ёгдуси». Т. 2020, С -609-651.
5. Комиссаров М.И. Диагностика и лечение хронических запоров у детей. /Автореф. дис.. к.м.н.- Санкт-Петербург. 2009. С-24.
6. Циммерман Я.С. Клиническая гастроэнтерология. /Издательство г Москва ГЭО-ТАР-Медиа- 2012. №3. С 168-169.
7. Хамраев А.Ж., Каримов И.М. /Хирургические аспекты комплексного лечения суб и декомпенсированных форм хронических колостазов у детей//«Биология ва тиббиёт муаммолари» Халкаро илмий журнал. Самарканд, 2022. №3. С- 98-106.
8. Akilov Kh.A., et. all. /Comparative evolution of the colon microbiocenosis in children with chronic colostasis on the background of surgical treatment // European sciences review. – Austria, 2016.-№ 7-8.
9. Хамраев А.Ж. и др./ Хирургическое лечение детей с хроническим колостазом// Хирургия Узбекистана-научно-практический журнал Ташкент 2018.№4(80), С-24- 30.
10. Хамраев А.Ж., Мирзаахмедов У.М. /Диагностика и лечение болезни Пайра при рецидивирующих болях в животе у детей//Новый день в медицине» - Ташкент, 2018 № 2. С-144-147.

11. Pena A., Bischoff A. Surgical Treatment of Colorectal problems in Children. Springer, Switzerland. 2015.

12. Хамраев А.Ж., Мирзаахмедов У.М. Хирургические аспекты лечения хронических колостазов у детей//Биология ва тиббиёт муаммолари» Халқаро илмий журнал. Самарқанд, 2018. №3. С- 97-102.

XÜLASƏ

Uşaqlarda xroniki kolostazın sub- və dekompensasiya formalarının kompleks müalicəsinin cərrahi aspektləri

Xamrayev A.J., Kərimov İ.M.

Daşkənd Pediatriya Tibb İnstitutu

Açar sözlər: *xroniki kolostaz, kompleks müalicə, uşaqlar.*

Müəlliflər tərəfindən xroniki kolostazın (XK) sub- və dekompensasiya formaları olan 358 xəstə uşaq üzərində katamnestik, klinik-rentgenoloji və əlavə müayinələr həyata keçirilmişdir. Distal seqmentin (DS) anatomik və funksional pozğunluqları nəticəsində yaranan müxtəlif üzvi səbəblər müəyyən edilmiş və onların nəticələri bal sistemi ilə qiymətləndirilmişdir. Bu zaman ümumi bal 4-12 təşkil edərsə, konservativ müalicə, effekt olmadıqda cərrahi müalicə, 12-18 bal olarsa, irriqoqrafiya zamanı əlavə əyilmələr, uzanma, daralma, tam olmayan fiksasiya, yoğun bağırsağın ayrı-ayrı hissələrində rigidlik və rotasiya, motor-evakuasiya funksiyasının kliniki tam pozulması olduqda cərrahi müalicə üçün birbaşa göstəriş tövsiyə olunur. 315 (88%) xəstədə kompleks konservativ müalicədən yaxşı nəticələr əldə edilmişdir. 43 (12%) xəstədə aşağıdakı hallarda cərrahi müalicə müəyyən edilmişdir: uzunmüddətli kompleks konservativ müalicənin təsiri olmadıqda, xroniki xəstəliyin dekompensasiya olunmuş gedişi ilə xroniki yoğun bağırsağ keçməməzliyi əlamətlərinin artması və bunun fonunda xəstənin vəziyyətinin pisləşməsi. Cərrahi üsulları seçərkən xəstələrin yaşı, yoğun bağırsağ patologiyasının xarakteri və yeri nəzərə alınmışdır. 4 yaşınadək uşaqlarda yoğun bağırsağın transanal endorektal rezeksiyası (TENC) Delatorre-Mandragon metodu ilə, daha böyük uşaqlarda isə laparotomiyadan istifadə etməklə qalın bağırsağın peritondaxili rezeksiyası və fiksasiyası aparılmışdır. Əməliyyatın xarakteri: anatomik strukturları və keçici funksiyaları bərpa etmək üçün bağırsağın prolaps və fırlanan hissələrinin fiksasiyası ilə “kolo-anal” və ya “kolo-kolo” anastomozların yaradılması ilə uzadılmış və ya daralmış nahiyənin rezeksiyası.

SUMMARY

Rezalts comclated treatment of sub. and decompensated chronic colostases in children

Khamraev A.Zh., Karimov I. M.

Tashkent Pediatric Medical Institute

Keywords: *chronic colostases, surgical treatment, colon, in children.*

In 358 patients with subclinical and decompensated CHC, cardiac, clinical and radiological and additional examination complexes were carried out. Various organic causes were identified, due to anatomical, muscular and functional disorders of the distal (large intestine) LI and their results were generally assessed in the ball system. In this case, the total, over 12 points and conservative treatment is ineffective, the relative indications to the operation were determined. If more than 18 points, and revealed additional bends, lengthening, narrowing, incomplete fixation, rotation and rigidity of the LI, with clinical complete violations of the motor-evacuation function of the LI, direct indications for surgical treatment were determined. 315 (88%) patients had good results from complex conservative treatment. In 43(12%) patients, indications for surgical treatment were determined with: no effect of prolonged ongoing conservative treatment, an increase in the phenomena of chronic colonic obstruction with decompensated flow and a progressive worsening of the patient's condition. When choosing the methods of operation, the age of the patients, the nature and localization of the pathology of the LI were taken into account. In children under 3 years, the Delatorre-Mandragon method was performed by transanal access; preschool-age method - Soave-Lenyushkin's method with abdominal perineal and in older children - resection and fixation of TK with laparotomy access. The nature of the operation was: resection of the elongated or narrowed LI zone with the creation of "colo-anal" or "colo-colo" anastomoses with fixation of pubescent "transversogastropexy" and rotated parts of the intestine in order to restore normal anatomical structures and transient functions of it. Complications in the early postoperative period was not noted.

Хамраев Абдурашид Журакулович,

профессор кафедры госпитальной

детской хирургии Ташкентский

Педиатрический Медицинский Институт

Email: abdurashid-56@rambler.ru

Redaksiyaya daxil olub: 19.12.2023

Çapa tövsiyə olunub: 21.12.2023