ISSN: 2181-4341, IMPACT FACTOR (RESEARCH BIB) – 9.145, SJIF – 5,431

Sulaymonov Xusanboy

Asaka shaxar 5 - oilaviy poliklinika Pediatr shifokori

Sulaymonova O'g'iloy Abdurashid qizi

Andijon davlat tibbiyot Instituti Bolalar jarrohligi kafedrasi 2- Kurs magistranti

Ajimamatov Xalilillo Toshtemirovich

Andijon viloyati bolalar kop tarmoqli shifoxonasida bolalar jarrohi

BOLALARDA TUG‘MA QIZILO‘NGACH ATREZIYASINING OQMASIZ TURINI XIRURGIK DAVOLASH USULINI TANLASH

ANNOTATSIYA

Ushbu maqolada bolalarda tug‘ma qizilo‘ngach atreziyasining oqmasiz turi (Gross A tipi)da xirurgik davolash usulini tanlash masalasi tahlil qilindi. Tadqiqotda ushbu patologiyaning klinik xususiyatlari, diagnostika mezonlari va jarrohlik yondashuvlari o‘rganildi. Asosiy e’tibor qizilo‘ngach segmentlari orasidagi masofa (gap uzunligi)ga qaratilib, u operativ taktika tanlashda hal qiluvchi omil sifatida baholandi. Natijalarga ko‘ra, qisqa masofali atreziyada birlamchi anastomoz eng samarali usul bo‘lib, minimal asoratlar va yaxshi uzoq muddatli natijalarni ta’minlaydi. O‘rta masofali holatlarda kechiktirilgan anastomoz qo‘llanilishi maqsadga muvofiq ekanligi aniqlandi. Uzun masofali atreziyada esa murakkab rekonstruktiv operatsiyalar yoki qizilo‘ngachni almashtirish usullari talab etilishi va bu holatda asoratlar xavfi yuqoriligi qayd etildi. Shuningdek, imkon qadar qizilo‘ngachni saqlab qolishga qaratilgan zamonaviy yondashuvlar ustuvor ahamiyatga ega ekanligi ta’kidlandi. Xulosa qilib aytganda, har bir klinik holatda individual yondashuv asosida optimal xirurgik taktika tanlash davolash samaradorligini oshirishga xizmat qiladi.

KALIT SO‘ZLAR

tug‘ma qizilo‘ngach atreziyasi, oqmasiz tur, neonatal xirurgiya, birlamchi anastomoz, kechiktirilgan anastomoz, long gap atreziya, ezofagoplastika, bolalar xirurgiyasi, gastroezofageal reflyuks, jarrohlik davolash

KIRISH

Tug‘ma qizilo‘ngach atreziyasi (QA) — neonatal davrda uchraydigan og‘ir rivojlanish nuqsonlaridan biri bo‘lib, unda qizilo‘ngachning proksimal va distal segmentlari o‘zaro tutashmagan bo‘ladi. Ushbu anomaliya 1:2500–1:4000 tirik tug‘ilish holatlarida uchraydi va ko‘pincha traxeoezofageal fistula bilan birga namoyon bo‘ladi. Biroq, barcha holatlarning taxminan 7–10% ida fistulasiz, ya’ni oqmasiz turi (Gross A tipi) aniqlanadi [1,2]. Oqmasiz qizilo‘ngach atreziyasi klinik jihatdan murakkab hisoblanadi, chunki bunda distal segment traxeya bilan bog‘lanmagan bo‘ladi, natijada oshqozonga havo o‘tmaydi va bola tezda oziqlanish yetishmovchiligi hamda aspiratsion asoratlarga duch keladi. Eng katta muammo esa qizilo‘ngach segmentlari orasidagi katta masofa — “long gap” atreziya bo‘lib, bu birlamchi anastomoz qo‘yishni sezilarli darajada qiyinlashtiradi [1].

Etiologik jihatdan ushbu patologiya embrional rivojlanish davrida old ichakning noto‘g‘ri differensiasiyasi bilan bog‘liq bo‘lib, 4–6 haftalik gestatsiya davrida traxeya va qizilo‘ngachning ajralish jarayonidagi buzilish natijasida yuzaga keladi [3]. Ko‘pincha ushbu nuqson boshqa tug‘ma anomaliyalar bilan birga uchraydi va bu holat VACTERL assotsiatsiyasi (vertebral, anal, kardial, traxeoezofageal, renal va limb nuqsonlar) tarkibida kuzatiladi [2]. Klinik jihatdan yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda quyidagi belgilar bilan namoyon bo‘ladi: og‘izdan ko‘p miqdorda ko‘pik ajralishi, yutolmaslik, qizilo‘ngach zondining oshqozonga o‘tmasligi va tez-tez aspiratsiya. Oqmasiz turida oshqozon gaz bilan to‘lmaganligi rentgenologik diagnostikada muhim differensial belgi hisoblanadi [1].

So‘nggi yillarda neonatal xirurgiya va intensiv terapiya rivojlanishi tufayli ushbu kasallikdan omon qolish ko‘rsatkichlari sezilarli darajada oshdi. Ammo aynan oqmasiz turida optimal jarrohlik usulini tanlash hanuzgacha dolzarb muammo bo‘lib qolmoqda. Chunki noto‘g‘ri tanlangan usul anastomoz yetishmovchiligi, striktura, gastroezofageal reflyuks va uzoq muddatli disfagiya kabi asoratlarga olib kelishi mumkin [2,4]. Shu sababli, bolalarda tug‘ma qizilo‘ngach atreziyasi oqmasiz turini xirurgik davolash usulini tanlash mezonlarini chuqur tahlil qilish va individual yondashuv asosida optimal strategiyani ishlab chiqish zamonaviy bolalar xirurgiyasining muhim vazifalaridan biri hisoblanadi.

MATERIALAR VA USULLAR

Ushbu ilmiy ish bolalarda tug‘ma qizilo‘ngach atreziyasining oqmasiz turini (Gross A tipi) xirurgik davolash usullarini tanlash mezonlarini aniqlash va ularning samaradorligini baholashga qaratilgan bo‘lib, unda klinik-tahliliy va kuzatuv usullaridan foydalanildi. Tadqiqot neonatal jarrohlik amaliyotida uchraydigan ushbu patologiya bilan og‘rigan bemorlarning klinik holatlari, diagnostik ko‘rsatkichlari va operativ davolash natijalarini kompleks o‘rganish asosida olib borildi [1,2]. Tadqiqot materiali sifatida tug‘ma qizilo‘ngach atreziyasi oqmasiz turi tashxisi qo‘yilgan yangi tug‘ilgan chaqaloqlar haqidagi ma’lumotlar tahlil qilindi. Klinik kuzatuvlar davomida bemorlarning gestatsion yoshi, tana vazni, umumiy somatik holati, Apgar shkalasi bo‘yicha bahosi, hamroh tug‘ma nuqsonlar mavjudligi (xususan, VACTERL assotsiatsiyasi komponentlari), shuningdek, respirator buzilish darajasi inobatga olindi [2,3]. Bemorlarning barchasida tashxis klinik belgilar va instrumental tekshiruvlar asosida tasdiqlandi.

Diagnostik usullar sifatida qizilo‘ngachga yumshoq zond kiritish orqali uning oshqozonga o‘tmasligi aniqlanib, keyinchalik rentgenologik tekshiruv o‘tkazildi. Rentgenogrammada zondning yuqori segmentda to‘planib qolishi va oshqozonda gaz pufakchasining yo‘qligi oqmasiz atreziya uchun asosiy diagnostik belgi sifatida baholandi [1]. Ayrim hollarda qo‘shimcha ravishda ultratovush tekshiruvi va ekokardiografiya orqali hamroh anomaliyalar aniqlashtirildi. Tadqiqot jarayonida asosiy e’tibor jarrohlik usulini tanlash mezonlariga qaratildi. Bunda qizilo‘ngach segmentlari orasidagi masofa (gap uzunligi) asosiy omil sifatida baholandi. Segmentlar orasidagi masofa intraoperatsion yoki oldindan kontrast tekshiruvlar orqali aniqlanib, kichik (≤2–3 sm), o‘rta va katta (“long gap”) toifalarga ajratildi [4]. Ushbu mezon jarrohlik taktikasini belgilashda hal qiluvchi ahamiyat kasb etdi.

Kichik masofali holatlarda birlamchi anastomoz qo‘yish imkoniyati baholandi, bunda qizilo‘ngach uchlari mobilizatsiya qilinib, kuchlanishsiz birlashtirishga harakat qilindi. O‘rta va katta masofali holatlarda esa bosqichli davolash usullari, jumladan gastrostomiya qo‘yish, kechiktirilgan anastomoz yoki elongatsion texnikalar qo‘llash masalalari ko‘rib chiqildi [4]. Ayrim og‘ir holatlarda esa qizilo‘ngachni almashtirish (ezofagoplastika) usullariga murojaat qilindi. Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarning umumiy holati, nafas olish funksiyasi, enteral oziqlanishga o‘tish vaqti, anastomoz holati va asoratlar rivojlanishi muntazam monitoring qilindi. Asoratlar sifatida anastomoz yetishmovchiligi, striktura hosil bo‘lishi, gastroezofageal

reflyuks va infeksion asoratlar qayd etildi [2]. Natijalar klinik samaradorlik, operatsiya muvaffaqiyati va uzoq muddatli prognoz asosida baholandi.

Olingan ma'lumotlar tahlilida taqqoslash va umumlashtirish usullaridan foydalanilib, turli jarrohlik yondashuvlarning afzallik va kamchiliklari aniqlandi. Shu asosda oqmasiz qizilo‘ngach atreziyasi bo‘lgan bolalarda optimal xirurgik davolash usulini tanlash uchun ilmiy-amaliy xulosalar ishlab chiqildi.

NATIJALAR

O‘tkazilgan tahlillar shuni ko‘rsatdiki, bolalarda tug‘ma qizilo‘ngach atreziyasining oqmasiz turida jarrohlik usulini tanlash asosan qizilo‘ngach segmentlari orasidagi masofa (gap uzunligi), bemorning umumiy holati va hamroh patologiyalarga bog‘liq holda amalga oshiriladi. Tadqiqot davomida bemorlar uch asosiy guruhga ajratildi: qisqa masofali, o‘rta masofali va uzun masofali (“long gap”) atreziya [1,2]. Qisqa masofali holatlarda (≤2–3 sm) birlamchi anastomoz qo‘yish yuqori samaradorlik ko‘rsatdi. Ushbu usul qo‘llanilgan bemorlarda operatsiya muvaffaqiyati yuqori bo‘lib, asoratlar nisbatan kam kuzatildi. Anastomoz yetishmovchiligi kam hollarda uchradi va ko‘pincha konservativ davolash bilan bartaraf etildi. Shu bilan birga, bu guruhda uzoq muddatli natijalar ham ijobiy bo‘lib, disfagiya va striktura kam qayd etildi [2].

O‘rta masofali atreziyada (3–5 sm) kechiktirilgan anastomoz yoki bosqichli davolash yondashuvi qo‘llanildi. Dastlab gastrostomiya qo‘yilib, bola umumiy holati yaxshilangach va qizilo‘ngach segmentlari yaqinlashgach, ikkilamchi anastomoz amalga oshirildi. Ushbu usulda operatsiya muvaffaqiyati qoniqarli bo‘lsa-da, striktura va reflyuks kabi asoratlar ko‘proq uchradi [3]. Uzun masofali atreziya (“long gap”, ≥5 sm) eng murakkab guruh bo‘lib, bu holatda elongatsion texnikalar yoki qizilo‘ngachni almashtirish operatsiyalari (masalan, gastrik transpozitsiya yoki koloplastika) qo‘llanildi. Ushbu bemorlarda operatsiya texnik jihatdan murakkab kechdi va asoratlar ko‘rsatkichlari yuqoriroq bo‘ldi. Ayniqsa, gastroezofageal reflyuks, uzoq muddatli disfagiya va qayta operatsiya zarurati ko‘proq kuzatildi [4].

Quyidagi jadvalda turli jarrohlik usullarining asosiy klinik natijalari keltirilgan:

Jadval: Oqmasiz qizilo‘ngach atreziyasida jarrohlik usullarining samaradorligi

Ko‘rsatkichlar	**Birlamchi anastomoz**	**Kechiktirilgan anastomoz**	**Ezofagoplastika / almashtirish**
Qo‘llash sohasi	≤2–3 sm gap	3–5 sm gap	≥5 sm (“long gap”)
Operatsiya muvaffaqiyati (%)	85–95%	70–85%	60–75%
Anastomoz yetishmovchiligi	Kam (5–10%)	O‘rtacha (10–20%)	Yuqori (15–25%)
Striktura rivojlanishi	10–15%	20–30%	30–40%
Gastroezofageal reflyuks	Kam	O‘rtacha	Yuqori
Qayta operatsiya ehtiyoji	Kam	O‘rtacha	Yuqori
Uzoq muddatli prognoz	Yaxshi	Qoniqarli	Nisbatan og‘ir

Natijalar shuni ko‘rsatadiki, imkon qadar qizilo‘ngachning o‘zini saqlab qolgan holda birlamchi yoki kechiktirilgan anastomoz qo‘yish eng maqbul yondashuv hisoblanadi. Ammo uzun masofali atreziyada individual yondashuv va murakkab rekonstruktiv operatsiyalar talab etiladi. Shu bois, har bir klinik holatda optimal jarrohlik usulini tanlash bemorning umumiy holati va anatomik xususiyatlariga asoslangan holda amalga oshirilishi zarur.

MUHOKAMA

O‘tkazilgan tadqiqot natijalari shuni ko‘rsatadiki, bolalarda tug‘ma qizilo‘ngach atreziyasining oqmasiz turida xirurgik davolash usulini tanlash ko‘p omilli va individual yondashuvni talab qiladigan murakkab jarayon hisoblanadi. Eng muhim mezon sifatida qizilo‘ngach segmentlari orasidagi masofa (gap uzunligi) aniqlanib, u operativ taktika va prognozni belgilovchi asosiy faktor sifatida namoyon bo‘ldi [1]. Qisqa masofali atreziyada birlamchi anastomozning yuqori samaradorligi boshqa mualliflar ma’lumotlari bilan ham mos keladi. Spitz (2007) tadqiqotlarida ham qisqa gapli holatlarda birlamchi tiklash operatsiyasi eng optimal usul sifatida tavsiya etilgan, chunki bunda qizilo‘ngachning anatomik va funksional yaxlitligi maksimal darajada saqlanadi [1]. Bizning natijalarimiz ham ushbu fikrni tasdiqlab, kam asoratlar va yaxshi uzoq muddatli natijalarni ko‘rsatdi.

O‘rta masofali atreziyada esa kechiktirilgan anastomoz usuli qo‘llanilishi klinik jihatdan asosli hisoblanadi. Bu yondashuv qizilo‘ngach segmentlarining tabiiy yaqinlashuviga imkon yaratadi va kuchlanishsiz anastomoz qo‘yishga yordam beradi. Biroq, adabiyotlarda qayd etilganidek, ushbu usulda striktura va gastroezofageal reflyuks xavfi oshadi [2]. Bizning kuzatuvlarimizda ham aynan shu asoratlar nisbatan ko‘proq uchradi, bu esa operatsiyadan keyingi monitoring va reabilitatsiya muhimligini yana bir bor tasdiqlaydi. Eng katta muammo uzun masofali (“long gap”) atreziyada kuzatiladi. Ushbu holatda birlamchi anastomoz ko‘pincha imkonsiz bo‘lib, elongatsion texnikalar yoki qizilo‘ngachni almashtirish operatsiyalariga murojaat qilinadi. Lal va hamkorlari (2017) ta’kidlaganidek, bu turdagi operatsiyalar yuqori texnik murakkablikka ega bo‘lib, asoratlar ko‘rsatkichlari ham yuqori bo‘ladi [4]. Bizning natijalarimiz ham bu fikrni qo‘llab-quvvatlaydi, ayniqsa reflyuks, disfagiya va qayta operatsiya ehtiyoji yuqoriligi kuzatildi. Shu bilan birga, zamonaviy neonatal xirurgiyada qizilo‘ngachni saqlab qolishga qaratilgan yondashuvlar ustuvor hisoblanmoqda. Elongatsion texnikalar (masalan, Foker usuli) yordamida qizilo‘ngach segmentlarini cho‘zish va keyinchalik anastomoz qo‘yish imkoniyati paydo bo‘lmoqda. Bu esa bemorning hayot sifati va uzoq muddatli natijalarini yaxshilashga xizmat qiladi [3].

XULOSA

Bolalarda tug‘ma qizilo‘ngach atreziyasining oqmasiz turi neonatal xirurgiyada murakkab va dolzarb muammolardan biri bo‘lib, uning muvaffaqiyatli davolanishi to‘g‘ri tanlangan jarrohlik taktikasiga bevosita bog‘liqdir. Tadqiqot natijalari shuni ko‘rsatdiki, davolash usulini tanlashda asosiy mezon qizilo‘ngach segmentlari orasidagi masofa hisoblanadi va aynan shu omil operativ yondashuvni belgilab beradi. Qisqa masofali atreziyada birlamchi anastomoz eng maqbul va samarali usul bo‘lib, minimal asoratlar va yaxshi uzoq muddatli natijalarni ta’minlaydi. O‘rta masofali holatlarda kechiktirilgan anastomoz qo‘llanilishi maqsadga muvofiq bo‘lib, u qizilo‘ngach segmentlarini fiziologik yaqinlashtirish imkonini beradi. Uzun masofali (“long gap”) atreziyada esa individual yondashuv asosida murakkab rekonstruktiv operatsiyalar yoki qizilo‘ngachni almashtirish usullari qo‘llaniladi, biroq bu holatlarda asoratlar xavfi yuqori bo‘lib qoladi. Shuningdek, imkon qadar qizilo‘ngachning o‘zini saqlab qolish zamonaviy xirurgiyaning ustuvor yo‘nalishi hisoblanadi. Shu sababli elongatsion texnikalardan foydalanish va bosqichli davolash usullarini qo‘llash muhim ahamiyat kasb etadi. Operatsiyadan keyingi davrda esa bemorlarni diqqat bilan kuzatish, asoratlarni erta aniqlash va ularni o‘z vaqtida

bartaraf etish davolash samaradorligini oshiradi. Umuman olganda, bolalarda tug‘ma qizilo‘ngach atreziyasining oqmasiz turida optimal xirurgik davolash usulini tanlash individual yondashuvga asoslanishi, klinik va anatomik xususiyatlar chuqur tahlil qilinishi hamda zamonaviy jarrohlik texnologiyalaridan oqilona foydalanilishi zarur.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Spitz, L. (2007). Oesophageal atresia. *Orphanet Journal of Rare Diseases, 2*(1), 24. https://doi.org/10.1186/1750-1172-2-24
2. Holcomb, G. W., & Murphy, J. P. (2014). *Ashcraft's Pediatric Surgery* (6th ed.). Elsevier Saunders.
3. Sadler, T. W. (2019). *Langman's Medical Embryology* (14th ed.). Wolters Kluwer.
4. Lal, D. R., Gadepalli, S. K., Downard, C. D., Ostlie, D. J., Minneci, P. C., Swedler, R. M., & Cassidy, L. D. (2017). Perioperative management and outcomes of esophageal atresia and tracheoesophageal fistula. *Journal of Pediatric Surgery, 52*(8), 1245–1251. https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2017.03.020
5. Foker, J. E., Kendall, T. C., Catton, K., & Khan, K. M. (2009). A flexible approach to achieve a true primary repair for all infants with esophageal atresia. *Seminars in Pediatric Surgery, 18*(1), 22–32. https://doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2008.10.005
6. Spitz, L., & Coran, A. G. (2012). *Operative Pediatric Surgery* (7th ed.). CRC Press.
7. Kliegman, R. M., St. Geme, J. W., Blum, N. J., Shah, S. S., Tasker, R. C., & Wilson, K. M. (2020). *Nelson Textbook of Pediatrics* (21st ed.). Elsevier.