

BOLALARDA KATTA CHARVINI BURALISHI DIAGNOSTIKASI VA DAVOSIDA ENDOVIDEOLAPAROSKOPIK TEXNOLOGIYALARNI SAMARADORLIGI.

Ergash Abdullayevich Berdiyev

*Toshkent Tibbiyot Akademiyasi., Uzbekistan. Toshkent
Respublika Bolalar kam invaziv va endovizual ilmiy-amaliy markazi*

Ortiqova Go'zal

Hamzayev Sherozxon

Toshkent Tibbiyot Akademiyasi davolash fakulteti 5 bosqich talabalari

Rezyume: *Maqolada bolalar qorin bo'shlig'ida juda kam uchraydigan katta charvini buralishi bilan 9 nafar bemorlarni davolash taxlillari keltirilgan. Bularidan 6 nafarida birlamchi charvi buralishi, 3 nafarida esa, ikkilamchi charvi buralishi aniqlangan. 9 nafar bemorlarda videolaparoskopik charvi rezektsiyasi bajarilgan bo'lib, 1 tasida qo'shimcha appendektomiya bajarildi. Katta charvini kistasi bilan 1 nafar bemorda videolaparoskopik rezektsiyasi bajarildi. Qorin bo'shlig'i travmasi bilan tushgan bemorda yuqori o'rta laparotomiya bajarilib, konversiyaga o'tildi. Operatsiya mahali va operatsiyadan keyingi davrlarda asoratlar kuzatilmadi. Gistologik tekshiruvda charvida gangrenoz omentit belgilari aniqlandi. Videolaparoskopik texnologiyalarni qo'llab operatsiyalar bajarish, aniq tashxis qo'yish, bir vaqtni o'zida charvi rezektsiyasini bajarishga erishish, ikkilamchi charvi buralishi etiologik omillarini aniqlash imkonini beradi*

Kalit so'zlar: *bolalarda charvi buralishi, birlamchi buralish, ikkilamchi buralish, xirurgik davolash, laparoskopiya*

Резюме: *В настоящей работе приведен опыт лечения 9 детей с редкой патологией органов брюшной полости — перекрутом большого сальника. Из них первичный перекрут сальника был установлен у 6 детей, вторичный — у 3 больных. Лапароскопическая резекция сальника была выполнена в 9 наблюдениях, из них в 1 случае операция была дополнена аппендэктомией. Лапароскопическая резекция фрагмента большого сальника с кистой была выполнена 1 больной. Конверсия с переходом на верхнюю срединную лапаротомию и резекция всего большого сальника потребовались у 1 больного с травмой живота. Интра- и послеоперационных осложнений не было. При гистологическом исследовании иссеченных фрагментов сальника были выявлены признаки гангренозного оментита. В ряде случаев вторичных перекрутов в ходе лапароскопии можно также устранить этиологические факторы перекрута сальника.*

Ключевые слова: *перекрут сальника у детей, первичный перекрут, вторичный перекрут, хирургическое лечение, лапароскопия*

Resume Diagnostics And Treatment Of Omentum Torsion In Children Experience of treatment of 9 children is given in the real work with rare pathology of abdominal organs – torsion of omentum. Primary torsion of omentum was established at 6

children, secondary torsion – at 3 patients. At laparoscopy always it is possible to establish the correct diagnosis and in the majority of patients to execute resection of the changed omentum. In some cases of secondary torsions during laparoscopy it is possible to eliminate also etiologic factors of omentum torsions.

Key words: omentum torsion at children; primary torsion; secondary torsion; surgical treatment; laparoscopy

Muammoning dolzarbligi: Katta charvini buralishi xirurgik amaliyotda kam uchraydigan polietilogik kasallik bo'lib, bolalarda o'tkir qorin belgilari bilan kechadi. Bu patologiya qorin bo'shlig'ida shoshilinch jarrohlik amaliyoti bajarilgan bemorlarni 0,01—0,32% ni tashkil etadi [1, 4].

Ishning maqsadi: Katta charvini buralishi xirurgik amaliyotda kam uchraydigan polietilogik kasallik bo'lganligi sababli, biz klinik kuzatuvimizda bo'lgan bemor bolalarni tahlil qilishdan iborat.

Material va tekshirish usullari: 2012-2021 yillar davomida Respublika Bolalar kam invaziv va endovizual ilmiy-amaliy markazida 9 nafar bemorlar katta charvini buralishi bilan statsionar davolanishda bo'ldi. Bemorlarni yoshi 5 dan -17 yoshgacha tashkil etdi. Shundan o'g'il bolalar 6 nafar, qiz bolalar 3 nafarni tashkil etdi. Barcha murojaat qilgan bolalar statsionarga «o'tkir appenditsit?» gumoni bilan yotqizilgan.

Shoshilinch ravishda o'tkir appenditsitga gumon bilan bemorlar 8 nafar bo'lib, kasallik boshlanishi 5 soatdan 72 soatgacha oralig'ida murojaat qilishgan. Ko'pchilik bemorlardan anamnezi yig'ilganida qorin og'rishiga sabab bo'ladigan omillar aniqlanmadi. Faqat bittagina o'g'il bola statsionarga tushishidan 3 soat oldin karate bilan shug'ullanayotganida qorniga oyoqda zarba olgan. Rejali ravishda qaytalanuvchi qorin og'rig'i bilan murojaat qilgan 1 nafar bolada, ya'ni qorin bo'shlig'i a'zolari UTT qilinganida qorin bo'shlig'i kistasi aniqlangan. Shoshilinch ravishda murojaat qilgan bemorlarning qorin og'rig'i klinik manzarasi jadalligi har xil darajada bo'lib, ko'proq qorinni o'ng yarmida kuzatildi.

Ko'pchilik holatlarda 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 bemorlarda 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 $17,3 \cdot 10^9/l$ gachagani tashkil etdi. Faqat bir bemorda shoshilinch murojaat qilgan UTT tekshiruvda qorin bo'shlig'i pastki sohasida bir xil strukturaga ega bo'lmagan infiltrat aniqlandi. Boshqa barcha tekshiruvlarda qorin bo'shlig'ida exosonografik patologik o'zgarishlar aniqlanmadi. Shoshilinch ravishda 9 nafar bemorlar operatsiya qilindi. Bemorlarda doimiy qorinda og'riqlar saqlanib turishi, kuzatuv jarayonida qorin parda ta'sirlanish belgilarni paydo bo'lishi va UTT tekshiruvda qorin bo'shlig'ida infiltrat aniqlanishi, diagnostik laparoskopiya o'tkazishga ko'rsatma bo'lib xizmat qildi. Rejali ravishda laparoskopiya 1 nafar bolada qorin bo'shlig'i kistasi tashxisi bilan bajarildi.

Tadqiqot natijalari: Laparoskopik operativ muolajasi uchun 8 mm optik troakar foydalanib, troakarni kindik usti sohasidan va 5mm troakarlarni qov usti va chap yonbosh sohasiga o'rnatildi. Laparoskopik xirurgik amaliyotida ko'p holatlarda kichik chanoq bo'shlig'ida biroz miqdorda gemorragik suyuqlik aniqlandi. Katta charvini 720° buralishi laparoskopik amaliyotda 10 nafar bemorlarda aniqlandi. Katta charvini 360° buralishi va jigar yumaloq bog'lami gematomasi bilan qorin bo'shlig'idan zarba olgan 1 nafar 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 laparoskopik usulda rezektsiya qilishda monopolyar koagulyatsiya qo'llanildi yoki Reder choki 12 nafar bemorlarda bajarilib, ulardan 1 nafarida operatsiya mahalida appendoektomiya operatsiyasi qo'shimcha bajarildi. Katta charvi kistasi laparoskopik rezektsiyasi 1 nafar bemorda bajarildi. Rezektsiya 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 yuqori o'rta laparotomiyaga o'tildi. Interoperatsion va operatsiyadan keyingi davrlarda asoratlar kuzatilmadi Statsionar davolanish 5 sutkadan 15 sutkagacha, o'rtacha 7 kunni tashkil etdi. Gistologik tekshiruv fragmentlarida ko'p holatlarda charvida qon aylanishini buzilishi hisobiga gangrenoz omentit belgilari aniqlandi.

Birinchi bo'lib katta charvini buralishi h\ adage 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 9-16 yoshli bolalar orasida ko'proq kuzatiladi. Ikkilamchi charvi buralishi, charvi kistasi, o'smasi va gematomasida aniqlanadi. 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'i videolaparoskopiyasi muhim rol o'ynaydi. Adabiyotlarda bemorlarda charvi buralishini konservativ davolash yetarlicha bo'lmasligi sabab, qorin bo'shlig'ida absesslar rivojlanishi natijasida qorin pardasi bitishma kasalligi paydo bo'lishiga olib keladi. Shuning uchun charvi buralishini davolashni optimal usuli bu xirurgik amaliyot bo'lib hisoblanadi. Charvi buralishini davolash jaryonida diagnostika va davolash usullaridan biri laparoskopiya bo'lib hisoblanadi. 13 nafar bolalarda charvi buralishini 12 nafarida miniinvaziv laparoskopik usulda bajarildi.

Xulosalar:

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 spetsifik belgilari yo'qligi, UTT tekshiruvi juda kam ma'lumot berishi tufayli, charvi buralishi diagnostikasida endoskopik laparoskopiyani qo'llash maqsadga muvofiq bo'ladi
3. Oxirgi yillarda klinik amaliyotda endoskopik laparoskopiyani 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 rezektsiyasini bajarib, etiologik omillarni bartaraf etishda yuqori texnologik kam jaroxat yetkazuvchi jarrohlik amaliyotlaridan biri bo'lib hisoblanadi.

ADABIYOTLAR:

1. Деметрашвили З.М., Магалашвили Р.Д., Микаберидзе З.В., Хуцишвили К.Р. Заворот большого сальника. Хирургия. 2005; 12: 57.
2. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Смирнов А.Н., Аль-Машат Н.А., Чундокова М.А., Маннанов А.Г. и др. Лапароскопия в диагностике и лечении заболеваний большого сальника у детей. Эндоскопическая хирургия. 2003; 2: 17—20.
3. Кургузов О.П. О заворотах большого сальника. Хирургия. 2005; 7: 46—8.
4. Поддубный И.В., Трунов В.О. Диагностика и лечение заболеваний большого сальника у детей. Детская хирургия. 2002; 5: 42—3.
5. Телешов Н.В., Григорьева М.В., Леонтьев А.Ф. Перекрут сальника у детей. Детская хирургия. 2008; 1: 54—5.
6. Abadir J.S., Cohen A.J., Wilson S.E. Accurate diagnosis of infarction of omentum and appendices epiploicae by computed tomography. Am. Surg. 2004; 70 (10): 854—7.
7. Albuз O., Ersoz N. Primary torsion of omentum: a rare cause of acute abdomen. Am. J. Emerg. Med. 2010; 28 (115): 5—7.
8. Cervellione R.M. Secondary omental torsion in children: report of two cases and review of the literature. Pediatr. Surg. Int. 2002; 18 (2—3): 184—6.
9. Chan K.W. Laparoscopy: an excellent tool in the management of primary omental torsion in children. J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A. 2007; 17(6): 821—4.
10. Itinteang T., Gelderen W.F., Irwin R.J. Omental whirl: torsion of the greater omentum. ANZ. J. Surg. 2004; 74(8): 702—3.

11. *Mavridis G.* Primary omental torsion in children: ten-year experience. *Pediatr. Surg. Int.* 2007; 23(9): 879—82.
12. *Nubi A., McBride W., Stringel G.* Primary omental infarct: conservative vs operative management in the era of ultrasound, computerized tomography, and laparoscopy. *J. Pediatr Surg.* 2009; 44 (5): 953—6.
13. *Perello M.J., Albasini J.L., Aledo S.V. Jimenez A.J., Pastor F.B., Arenas C.M.* et al. Omental torsion: imaging techniques can prevent unnecessary surgical interventions. *Gastroenterol. Hepatol.* 2002; 25 (8): 493—6.
14. *Sanchez J., Rosado R., Ramirez D., Medina P., Mezquita S., Gallardo A.* Torsion of the greater omentum: treatment by laparoscopy. *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.* 2002; 12 (6): 443—5.
15. *Theriot J.A., Sayat J., Franko S., Buchino J.J.* Childhood obesity: a risk factor for omental torsion. *Pediatrics.* 2003; 112 (6): 460—2.
16. *Valioulis I., Tzallas D., Kallintzis N.* Primary torsion of the greater omentum in children — A neglected cause of acute abdomen. *Eur. J. Pediatr. Surg.* 2003; 13(5): 341—3.