



**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**4 (66) 2024**

**Сопредседатели редакционной  
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
Л.М. АБДУЛЛАЕВА  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
М.А. АБДУЛЛАЕВА  
Х.А. АБДУМАЖИДОВ  
Б.З. АБДУСАМАТОВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
С.М. АХМЕДОВА  
Т.А. АСКАРОВ  
М.А. АРТИКОВА  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
А.А. ДЖАЛИЛОВ  
Н.Н. ЗОЛотова  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
А.С. ИЛЬЯСОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
А.М. МАННАНОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
М.Р. МИРЗОЕВА  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Ф.С. ОРИПОВ  
Б.Т. РАХИМОВ  
Х.А. РАСУЛОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОВЕВ  
С.А.ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Ш.Т. САЛИМОВ  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
Д.А. ХАСАНОВА  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
Д.О. ИВАНОВ (Россия)  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал  
Научно-реферативный,  
духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**4 (66)**

**2024**

*апрель*

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com> E:

[ndmuz@mail.ru](mailto:ndmuz@mail.ru)

Тел: +99890 8061882

Received: 20.03.2024, Accepted: 10.04.2024, Published: 15.04.2024

УДК 616.348-007.61-053.4

## ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ СТАНДАРТОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Нарбаев Т.Т. <http://orcid.org/0000-0002-8743-2257>  
Рахматуллаев А.А. <http://orcid.org/0000-0003-4408-5723>  
Нематов А.Ш. Email: [alisher@mail.ru](mailto:alisher@mail.ru)

Ташкентский педиатрический медицинский институт, 100140, Узбекистан Ташкент, ул. Богишамол, 223, тел: 8 71 260 36 58 E.mail: [interdep@tashpmi.uz](mailto:interdep@tashpmi.uz)

### ✓ Резюме

*Определить основные критерии стандартов диагностики и лечения детей с болезнью Гиршпрунга. К настоящему пониманию БГ у детей, данную патологию можно излечивается только хирургическим путем и это не вызывает разногласий. Основными радикальными оперативными вмешательствами являются классические операции Свенсона, Соаве и Дюамеля, в нашей клинике используются минимально инвазивные варианты хирургического лечения – трансанальную методику Де ла Торре-Мандрагон-Ортега, лапароскопические методы Свенсона и Джорджсона*

*Анализ клинического течения, анатомических форм, различных методов диагностики и способов хирургического лечения БГ у детей позволил определить основные критерии стандартов диагностики и лечения детей с болезнью Гиршпрунга, что приведет к созданию единого консенсуса в отношении данного заболевания, уменьшению осложнений, реопераций и улучшению качества жизни пациентов.*

*Ключевые слова: болезнь Гиршпрунга, диагностика, хирургическое лечение.*

## MAIN CRITERIA FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT STANDARDS OF HIRSPRUNG'S DISEASE IN CHILDREN

*Narbaev T.T., Rakhmatullaev A.A., Nematov A. Sh.*

Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan 100140, Tashkent, 223 Bogishamol St, tel: 8 71 260 36 58 E.mail: [interdep@tashpmi.uz](mailto:interdep@tashpmi.uz)

### ✓ Resume

*To determine the main criteria for the standards of diagnosis and treatment of children with Hirschsprung's disease. To the present understanding of HD in children, this pathology can be cured only surgically and this does not cause disagreement. The main radical surgical interventions are the classic operations of Swanson, Soave and Duhamel, our clinic uses minimally invasive surgical treatment options – the De la Torre-Mandragon-Ortega transanal technique, laparoscopic methods of Swanson and Georgeson. The analysis of the clinical course, anatomical forms, various diagnostic methods and methods of surgical treatment of HD in children allowed us to determine the main criteria for the standards of diagnosis and treatment of children with Hirschsprung's disease, which will lead to the creation of a unified consensus on this disease, reduce complications, re-operations and improve the quality of life of patients.*

*Key words: Hirschsprung's disease, diagnosis, surgical treatment.*

## BOLALARDA HIRSPRUNG KASALLIGINI TASHXISLASH VA DAVOLASH STANDARTLARINI ASOSIY MEZONLARI

*Narbaev T.T., Rahmatullaev A.A., Nematov A. Sh.*

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, O'zbekiston 100140, Toshkent, Bog'ishamol ko'chasi 223, tel: 8 71 260 36 58 E.mail: [interdep@tashpmi.uz](mailto:interdep@tashpmi.uz)

## ✓ Rezyume

*Hirschsprung kasalligi bo'lgan bolalarni tashxislash va davolash standartlarining asosiy mezonlarini aniqlang. Bolalardagi BGNI chinakam tushunish uchun ushbu patologiyani faqat jarrohlik yo'li bilan davolash mumkin va bu kelishmovchiliklarga olib kelmaydi. Asosiy radikal jarrohlik aralashuvlar Svenson, Soave va Duhamelning klassik operatsiyalari bo'lib, bizning klinikamizda jarrohlik davolashning minimal invaziv usullari-de La Torre-Mandragon-Ortega transanal texnikasi, Svenson va Jorjsonning Laparoskopik usullari qo'llaniladi*

*Bolalarda GD ning klinik kursi, anatomik shakllari, turli diagnostika usullari va jarrohlik davolash usullarini tahlil qilish Hirschsprung kasalligi bo'lgan bolalarni tashxislash va davolash standartlarining asosiy mezonlarini aniqlashga imkon berdi, bu esa ushbu kasallik bo'yicha yagona konsensusni yaratishga, asoratlarni kamaytirishga, reoperatsiyalarga va bemorlarning hayot sifatini yaxshilashga olib keladi.*

*Kalit so'zlar: Xirshsprung kasalligi, tashxis, jarrohlik davolash.*

## Актуальность

Болезнь Гиршпрунга (БГ) – это врождённое нарушение кишечной подвижности, которое проявляется признаками непроходимости кишечника вследствие наличия в концевом отделе толстой кишки аганглиозного сегмента различной протяжённости. Распространённость БГ составляет 1 на 5000 новорождённых, чаще встречается у мужчин. В редких случаях БГ проявляется почти сразу после рождения симптомами низкой кишечной непроходимости: нарушение проходимости мекония в первые 48 часов после рождения, боли в животе, запор, прогрессирующее вздутие живота, рвота и иногда понос [1,2].

В большинстве случаев БГ проявляется позже симптомами сильного запора и отставанием в развитии. Пораженный кишечный сегмент сохраняет состояние тонического сокращения, в результате чего развивается функциональная кишечная непроходимость. На основании протяжённости аганглиоза выделяют несколько форм БГ. При классической форме (короткий сегмент аганглиоза; 80% всех случаев БГ) аганглиоз ограничивается ректосигмоидальным отделом. Длинный сегмент аганглиоза (15% всех случаев БГ) доходит до сигмовидной кишки, в то время как тотальный толстокишечный аганглиоз (5%) захватывает весь толстый кишечник. Тотальный кишечный аганглиоз является самой тяжелой формой БГ и встречается крайне редко [3].

Частота заболевания в Узбекистане до настоящего времени не уточнена. Ежегодно оперируют около 200 детей с болезнью Гиршпрунга [4]. По данным зарубежной литературы частота порока составляет 1:4,417; 1:5000 живорожденных, у мальчиков в четыре раза чаще, чем у девочек [5, 6]. По данным Европейской ассоциации регистров врожденных пороков развития (2011-2015 гг.) частота БГ составляет 404 на 10000 живорожденных [7].

## Материал и метод исследования

В основу определения основных критериев стандартов диагностики и лечения положены результаты лечения 187 детей с болезнью Гиршпрунга в отделениях детской хирургии клиники Ташкентского педиатрического медицинского института за период с 2016 по 2023 годы.

На современном этапе рекомендована зарубежная классификация БГ:

- болезнь Гиршпрунга с коротким сегментом (типичная форма) (S- HSCR, 1 тип) - аганглиоз распространяется ниже первой петли сигмовидной кишки

- болезнь Гиршпрунга с длинным сегментом (L- HSCR, 2 тип) - аганглиоз распространяется выше первой петли сигмовидной кишки

- болезнь Гиршпрунга, тотальная форма (аганглиоз распространяется на всю толстую кишку, часто с захватом разного по протяженности участка тонкой кишки [8, 9].

- тотальный аганглиоз кишечника - поражение всей толстой и тонкой кишки, при котором пациенты в большинстве случаев нежизнеспособны.

При любой форме БГ в описательной части целесообразно указывать уровень распространения аганглиоза. Существование ультракороткой формы БГ является сомнительным и выделение ее как самостоятельной нозологической единицы в настоящее время нецелесообразно.

Основные жалобы при БГ - задержка отхождения стула и газов, вздутие живота.

Клинические признаки БГ представлены в таблице 1.

## Клинические признаки БГ в зависимости стадии и течения заболевания

Острое течение (декомпенсация)	Подострое течение (субкомпенсация)	Хроническое течение (компенсация)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• развивается у новорожденных детей</li> <li>• меконий не отходит в первые 24 часа у доношенных детей</li> <li>• меконий не отходит в первые 48 часов – 8 суток у недоношенных детей</li> <li>• резкое вздутие живота, газы не отходят</li> <li>• рвота с желчью</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• развивается в детей 3-6 месяцев</li> <li>• в анамнезе - меконий не отходил в первые 24 часа у доношенных детей</li> <li>• меконий не отходил в первые 48 часов – 8 суток у недоношенных детей</li> <li>• периодическое вздутие живота, газы отходят плохо</li> <li>• периодически отходит скудный стул</li> <li>• необходимо выполнять очистительные клизмы</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• развивается в детей от 6 месяцев</li> <li>• в анамнезе - меконий не отходил в первые 24 часа у доношенных детей</li> <li>• меконий не отходил в первые 48 часов – 8 суток у недоношенных детей</li> <li>• периодическое вздутие живота</li> <li>• необходимо регулярно выполнения клизм</li> <li>• отсутствие вторичного недержания кала на фоне длительного запора</li> <li>• отставание в развитии</li> <li>• формирование каловых камней выше зоны аганглиоза</li> </ul>

Обследование пациента с БГ после операции направлено на решение следующих задач:

- уточнение клинической стадии и течения заболевания;
- уточнение анатомической формы БГ;
- уточнение функциональных и морфологических особенностей кишки.

Объем обследования определялся индивидуально и включал следующие методы:

Всем детям наряду с рутинными и общеклиническими методами обследования проводились ирригография (скопия), пассаж по ЖКТ, дефекография, биопсия толстой кишки, морфологическое исследование с окраской биоптатов, пальцевое ректальное исследование, аноректальная манометрия, УЗИ прямой кишки и сфинктерного аппарата. МРТ малого таза.

Всем 187 детям с клиническими проявлениями БГ диагноз устанавливался на основании ирригоскопии (ирригографии) и выявления трех признаков: зоны сужения кишки, зоны расширения кишки и переходной в виде воронкообразного расширения, которая расценивается как самый важный признак заболевания. При тотальной форме выявить данные признаки не всегда возможно [34]. Одним из достоверных рентгенологических признаков является разница в диаметре восходящего отдела ободочной кишки и сигмовидной кишки 1:2 (Рис. 1).

При рентгенологическом подозрении на БГ детям проведена биопсия толстой кишки. Характерно для БГ - отсутствие ганглиев в нервных сплетениях межмышечного и подслизистого слоев кишки.

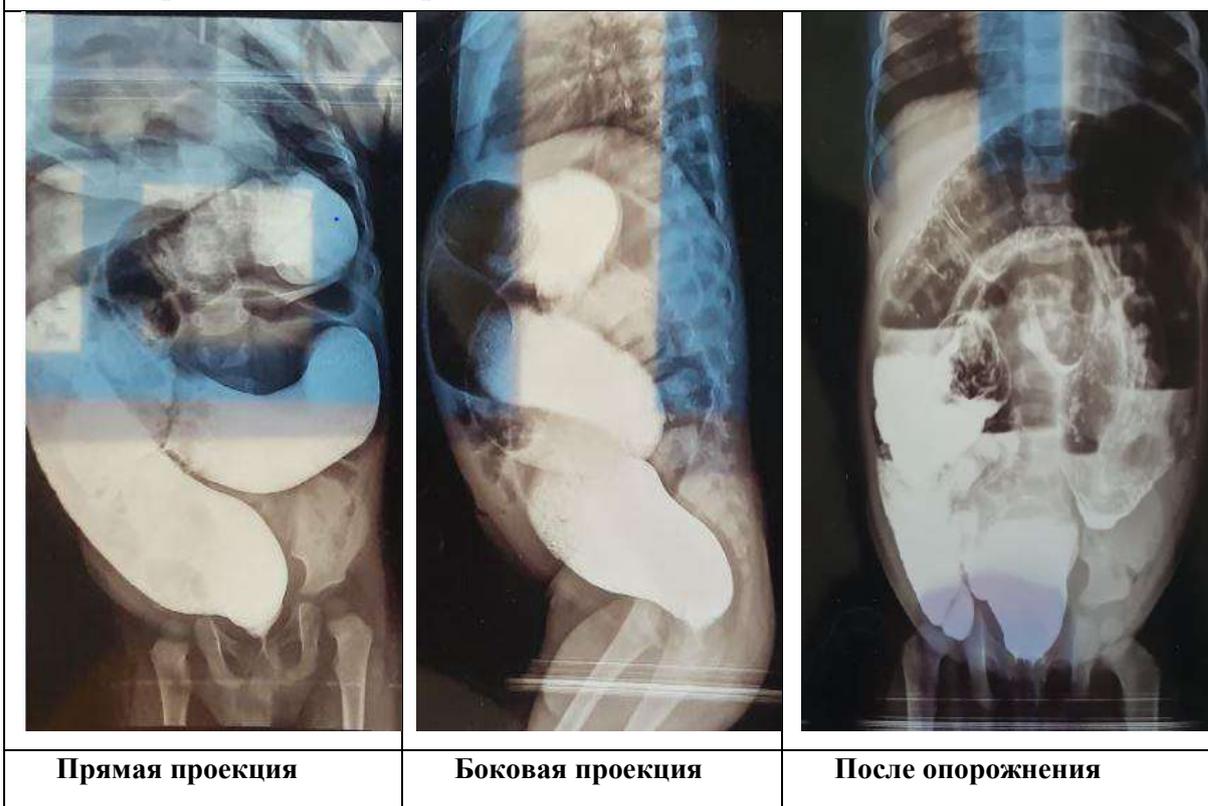
Использовались следующие варианты биопсии:

- полнослойная биопсия по О. Свенсону;
- полнослойная биопсия при лапаротомии или лапароскопии;
- серозно-мышечная биопсия при лапаротомии или лапароскопии;
- щипковая и аспирационная биопсия слизистой оболочки кишки с захватом подслизистой оболочки.

Морфологическое исследование биоптатов толстой кишки является "золотым стандартом" диагностики БГ. Варианты гистологического исследования при подозрении на БГ включают: классическое морфологическое исследование с окраской биоптатов гематоксилин-эозином (парафиновые блоки) (Рис.2).

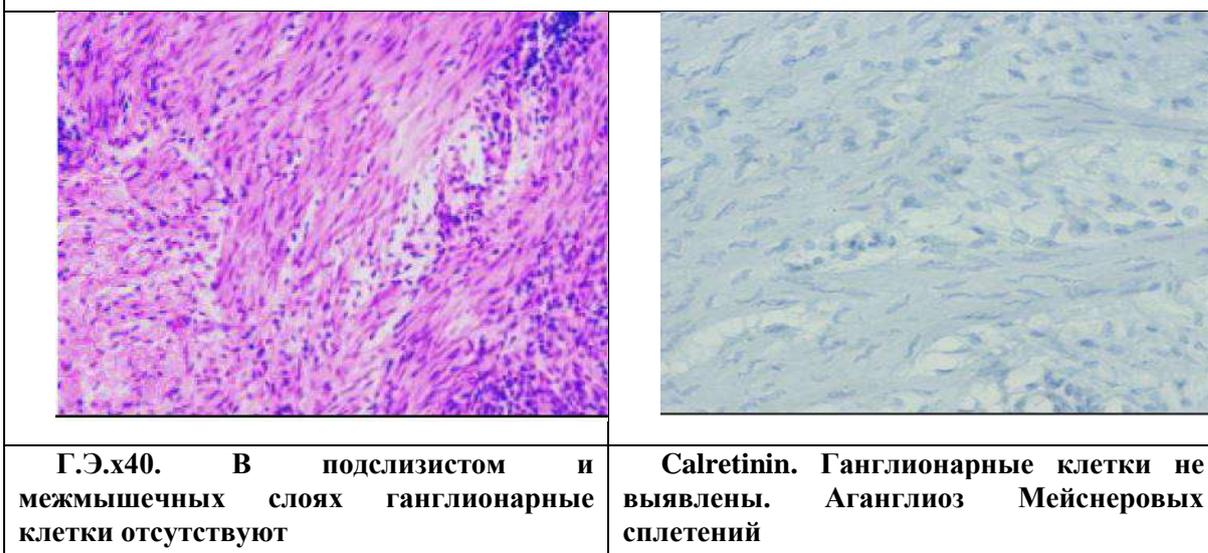
## Ирригография

БГ с коротким аганглионарным сегментом. Больной Б.У. и/б № 372



## Картина биопсии при болезни Гиршпрунга

Биоптат №159671. Окраска Гематоксилин-эозином. Больной Б.У. и/б № 372



## Результат и обсуждение

Необходимость хирургического лечения детей с БГ не вызывает разногласий. Хирургическое лечение детей с БГ с первой операции экстраректальной ректосигмоидэктомии с первичным анастомозом О. Swenson претерпело изменения [19, 23]. Основными радикальными оперативными вмешательствами являются классические операции Свенсона, Соаве и Дюамеля,

суть которых состоит в резекции аганглионарного участка кишки с лапаротомией и восстановлении непрерывности кишки. Возможно формирование колоректального анастомоза отсрочено (методика А.И. Ленюшкина). В настоящее время используют миниинвазивные варианты хирургического лечения – трансанальную методику Де ла Торре-Мандрагон-Ортега, лапароскопические методы Свенсона и Джорджсона [30, 32]. В нашей клинике выполняются все методики операций, но при этом выбирается метод индивидуально для каждого ребенка.

Так, показаниями для наложения превентивной кишечной стомы явились: - тяжелое состояние ребенка, декомпенсация функции ЖКТ;

- невозможность точно определить «переходную» зону;
- невозможность адекватно подготовить кишечник для радикальной операции;
- перед повторными операциями. Используют технику петлевой или раздельной колостомии (энтеростомии) с обязательным выведением дистального сегмента кишки.

#### **Принципы основных видов операций при БГ:**

##### **1. Операция Свенсона – Хиатта – Исакова**

Первый этап, абдоминальный. Лапаротомия, мобилизация аганглионарного сегмента и части здоровой кишки, экстраректальная диссекция прямой кишки дистально до расстояния 1,5-2 см от ануса сзади и сбоку и 3-5 см спереди.

Второй этап, промежностный. После дивульсии ануса трансанально эвагинируют кишку до уровня предполагаемой резекции. Ректосигмоидэктомию завершают прямым межкишечным анастомозом чаще двумя рядами узловых швов.

Операция Свенсона может быть выполнена трансанально.

##### **2. Операция Соаве – Ленюшкина [25]**

Два этапа первой операции:

Первый этап, абдоминальный. Лапаротомия, мобилизация аганглионарного сегмента до расстояния 4-5 см от переходной складки брюшины, демукозация ректосигмоида дистально - до расстояния 2,5 - 3 см от ануса.

Второй этап, промежностный. После дивульсии ануса трансанально низводят мобилизованную кишку, формируя культю, состоящую из двух цилиндров (наружный - слизистая прямой кишки, внутренний - низводимая кишка). На культю накладывают раздавливающие зажимы или швы.

Второй прием - на 12-14 день отмечается формирование межкишечного анастомоза, избыточную культю отсекают.

##### **3. Операция Дюамеля- Баирова (Дюамеля-Мартина).**

Первый этап, абдоминальный. Лапаротомия, мобилизация аганглионарного сегмента и части здоровой кишки, резекция аганглионарного сегмента. Тупым путем проделывают тоннель пресакрально по задней поверхности прямой кишки.

Второй этап, промежностный. После дивульсии ануса по задней полуокружности ануса на 1,5-2 см выше производят демукозацию, а затем выходят экстраректально и выводят в отверстие низводимую кишку через пресакральный тоннель. На образованную "шпору" между прямой кишкой и низведенной ободочной накладывают раздавливающий зажим или сшивающие аппараты. Полное устранение «шпоры» описано как операция Дюамеля-Мартина.

##### **4. Операция Свенсона с лапароскопически ассистированным эндоректальным низведением**

Первый этап, абдоминальный. Лапароскопия, мобилизация аганглионарного сегмента до «мышечного комплекса» леваторов и сфинктера прямой кишки.

Второй этап, промежностный. Выполняется субмукозная диссекция прямой кишки до соединения с брюшной полостью. Мышечная манжета рассекается (иссекается частично) в продольном направлении. Аганглионарный сегмент удаляется, накладывается колоректальный анастомоз.

##### **5. Операция Де Ла Торре-Мандрагон и Ортега - трансанальное эндоректальное низведение**

Операция может быть выполнена при расположении аганглионарной зоны на уровне ректосигмоидного отдела. Со стороны промежности выполняется субмукозная диссекция на расстоянии 5-6 см, затем экстраректально последовательно мобилизуют всю аганглионарную

зону до расширенной здоровой кишки. Кишку низводят. После резекции аганглионарной зоны накладывают прямой анастомоз.

Рекомендовано трансанальное эндоректальное низведение (с экстраректальным или субмукозным выделением кишки) без абдоминального этапа у детей с типичной формой БГ, при невозможности полного выделения кишки трансанально - с лапароскопической ассистенцией или лапаротомией.

При операциях по поводу субтотальных (высоких форм) болезни Гиршпрунга могут возникнуть трудности при низведении правых отделов ободочной кишки. В таких случаях можно использовать метод ее поворота (разворота) на 180 градусов и низведения справа (слева) с последующим формированием анастомоза одним из методов.

Анастомоз при радикальной операции накладывают на расстоянии 1 - 1,5 см выше зубчатой линии во избежание послеоперационной анальной недостаточности. После анастомозирования оставляли "ректальную" трубку на 5-7 дней для декомпрессии кишки и профилактики обструкции.

### Заключение

Таким образом, анализ клинического течения, анатомических форм, различных методов диагностики и способов хирургического лечения БГ у детей позволил определить основные критерии стандартов диагностики и лечения детей с болезнью Гиршпрунга, что приведет к созданию единого консенсуса в отношении данного заболевания, уменьшению осложнений, реопераций и улучшению качества жизни пациентов.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Разумовский А.Ю, Дронова А.Ф, Смирнова А.Н., Холостовой В.В. Москва Болезнь Гиршпрунга у детей. Руководство для врачей. Под редакцией. «ГЭОТАР-Медиа». 2019:368 Razumovskiy A.Yu., Dronova A.F., Smirnova A.N., Holostovoi V.V., Moskva Bolezni Girshprunga u detei. Rukovodstvo dlya vrachei. Pod redaksiei. «GEOTAR-Media». 2019:368. (In Russian);
2. Hirschsprung Disease and Related Disorders John R. Goldblum in Rosai and Ackerman's Surgical Pathology. Elsevier Inc. 2018; 648-87.
3. Ахпаров Н.Н, Калабаева М.М, Хаиров К.Э. Улучшение результатов хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей. // Педиатрия и детская хирургия. 2019; 2:42.
4. Нарбаев Т.Т., Алиев М.М., Тилавов У.Х. и др. Результаты хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей. // Педиатрия 2017; 2:42.
5. Здравоохранение в России, 2015: статистический сборник. /М: Статистика России, 2015;174.
6. Холостова В. В. Болезнь Гиршпрунга у детей (диагностика, лечение, реабилитация) //Автореф. Дисс. докт. мед. наук. Москва. – 2016.
7. Schäppi M. G. et al. A practical guide for the diagnosis of primary enteric nervous system disorders //Journal of pediatric gastroenterology and nutrition. – 2013; 677-686.
8. Peña A., Bischoff A. Surgical treatment of colorectal problems in children. – Springer, 2015.
9. Eurocat Association: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.eurocat-network.eu>
10. Holschneider A. M., Puri P. (ed.). Hirschsprung's disease and allied disorders. – Springer Science & Business Media, 2007.
11. Passarge E. Gastrointestinal tract and hepatobiliary duct system //Emery and Rimoin's Principles and Practice of Medical Genetics. – 2013; 1-17.
12. Исаков Ю. Ф., Ленишкин А. И., Долецкий С. Я. Хирургия пороков развития толстой кишки у детей //М.: Медицина. – 1972
13. Исаков, Ю.Ф. Болезнь Гиршпрунга у детей: дис. докт.мед.наук: 14.00.35 // Юрий Федорович Исаков ; 2-й Моск.гос.мед.ин-т / М., 1963.-273).
14. Баиров Г. А. Хирургия пороков развития у детей //Л.: Медицина. – 1968; 116-132.
15. W. Peranteau, P. Mattei Hirschsprung's Disease in Pediatric Gastrointestinal and Liver Disease, Ch 54, 622-630.e4

16. Langer J. C. Hirschsprung disease //Fundamentals of pediatric surgery. – Springer, New York, NY, 2011; 475-484
17. Никифоров А.Н. Болезнь Гиршпрунга у детей: Автореф. дис. /д-ра мед. наук-Минск, 1995; 38.
18. Kobayashi H. et al. Rectal biopsy: what is the optimal procedure? //Pediatric surgery international. – 2002; 753-756.
19. Knowles CH, De Giorgio R, Kapur RP, et al. The London Classification of gastrointestinal neuromuscular pathology: report on behalf of the Gastro 2009 International Working Group. *Gut* 2010; 882–887.
20. Гераськин А. В., Дронов А. Ф., Смирнов А. Н. Детская колопроктология: Руководство для врачей //Москва: Контэнт. – 2012.
21. Морозов, Д. А., Пименова, Е. С., Филиппов, Ю. В., Гончарь, В. Ф., Айрапетян, М. И., Аршинова, М. А., Чудинов, Д. С. (2016). Операция О. Swenson-базовая технология хирургии болезни Гиршпрунга. *Детская хирургия*, 20(4).
22. Сварич, В. Г., Киргизов, И. В. (2016). Наш опыт лечения болезни Гиршпрунга у детей. *Детская хирургия*, 20(5).
23. Дронов, А. Ф., Смирнов, А. Н., Холостова, В. В., Залихин, Д. В., Маннанов, А. Г. (2016). Операция Соаве при болезни Гиршпрунга у детей-50-летний опыт применения. *Детская хирургия*, 20(6).
24. Джорджсон, К., Мюнстерер, О., Козлов, Ю. А. (2016). Болезнь Гиршпрунга-лапароскопическое эндоректальное низведение. *Детская хирургия*, 20(6).
25. Ионов, А. Л., Гогина, А. А., Сулавко, Я. П. (2017). Повторные операции после хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей. *Детская хирургия*, 21(1), 42-46.
26. Knowles CH, De Giorgio R, Kapur RP, et al. The London Classification of gastrointestinal neuromuscular pathology: report on behalf of the Gastro 2009 International Working Group. *Gut* 2010; 882–887
27. Ленюшкин А.И. Детская колопроктология. /М, - 1990;352.
28. Langer J. C. et al. Guidelines for the management of postoperative obstructive symptoms in children with Hirschsprung disease //Pediatric surgery international. – 2017; 523-526.
29. Wyllie R., Hyams J. S., Kay M. Pediatric gastrointestinal and liver disease. – Elsevier Inc., 2006.
30. Мирзоев Д.С., Ибодов Х., Яхшибекова Ш.Д., Рофиев Р.Р., Икромов Т.Ш., Латипов Ш.Э. Лечение болезни Гиршпрунга у детей раннего возраста. *Здравоохранение Таджикистана*. 2023;57-61.
31. Определение эффективности разгрузочных кишечных стом при лечении Гиршпрунг-ассоциированного энтероколита у детей// Г.Б. Бураев, В.М. Лозовой, Д.Р. Шарипова, Ж.Б. Сулейменов, К.Б. Бураева *Детская хирургия* 2021; 26-26.
32. Хирургические аспекты лечения болезни Гиршпрунга у детей Тен Ю.В., Юров А.П., Тен К.Ю., Каширин С.Д., & Елькова Д.А. 2022; 44-45.
33. Реабилитация детей после лапароскопической трансанальной операции по типу Свенсона при болезни Гиршпрунга у детей// Т.Т. Нарбаев, Н.Н. Тураева и др. // *Новый день в медицине* 2023; 192-199.
34. Анализ поздней диагностики и лечения болезни Гиршпрунга у детей старше 5 лет О.А. Говорухина, Н.С. Прокопеня, С.А. Сухарев, О.А. Паталета, В.М. Хомич // *Медицинский журнал*, 2021; 56-61.

**Поступила 20.03.2024**