

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ХУЗУРИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ PhD. 04/30.12.2019.Tib.102.01
РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ХАМРОЕВ УЛУГБЕК АБДУРАШИДОВИЧ

**ЧАҚАЛОҚЛАРДА ВА КЎКРАК ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА ГИРШПРУНГ
КАСАЛЛИГИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ ВА УСУЛИНИ
ТАНЛАШ**

14.00.35 – Болалар жарроҳлиги

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

САМАРҚАНД – 2022

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси
Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)
Content of dissertation abstract of the doctor of philosophy (PhD)

Хамроев Улугбек Абдурашидович

Чакалоқларда ва кўкрак ёшдаги болаларда

Гиршпрунг касаллигини хирургик

даволаш тактикаси ва усулини танлаш..... 3

Хамроев Улугбек Абдурашидович

Выбор тактики и способа хирургического

лечения болезни Гиршпрунга у

новорожденных и грудных детей..... 24

Khamroev Ulugbek Abdurashidovich

The choice of tactics and surgical

treatment methods of Hirschsprung's

disease in newborns and

infants..... 45

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ

List of published works..... 52

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМий ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ PhD 04/30.12.2019.Tib.102.01
РАҚАМЛИ ИЛМий КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ХАМРОЕВ УЛУГБЕК АБДУРАШИДОВИЧ

**ЧАҚАЛОҚЛАРДА ВА КЎКРАК ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА ГИРШПРУНГ
КАСАЛЛИГИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ ВА УСУЛИНИ
ТАНЛАШ**

14.00.35 – Болалар жарроҳлиги

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА (PhD) ФАЛСАФА ДОКТОРИ
ДИССЕРТАЦИЯСИНинг АННОТАЦИЯСИ**

САМАРҚАНД – 2022

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2019/2/PhD/Tib1012 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент педиатрия тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати учтилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифасида (www.sammi.uz) ва «Ziynet» ахборот таълим порталида (www.ziynet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:

Эргашев Бахтиёр Бердалиевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Салимов Шавкат Тешаевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Шамсиев Жамшид Азаматович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот:

Абу Али ибн Сино номидаги Тожикистон давлат тиббиёт университети

Диссертация химояси Самарқанд Давлат тиббиёт институти ҳузуридаги PhD.04/30.12.2019.Tib.102.01-рақамли илмий кенгашнинг 2022 йил «___» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: Самарқанд шаҳри, М.Улуғбек кўчаси, 70-уй, СамДТИ 2-сон клиникаси (Кўп тармоқли ихтисослашган болалар хирургия маркази), Тел/факс: 8(366)-233-58-92,233-79-03, e-mail: shodikulovagulandom@mail.ru).

Диссертация билан Самарқанд Давлат тиббиёт институти Ахборот—ресурс марказида танишиш мумкин (___ - рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: Самарқанд шаҳри, Амир Темура кўчаси, 18-уй, Тел/факс: (+99866)-233-30-34.

Диссертация автореферати 2022 йил «___» _____ куни тарқатилди.

(2022 йил «___» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

А. М. Шамсиев

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Г. З. Шодикулова

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори

Ж. О. Атакулов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт
фанлари доктори, профессор

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертациясининг аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Дунёда туғма нуқсонлар болалик ўлимининг энг муҳим сабабларидан бири бўлиб қолмоқда. Гиршпругн касаллиги (ГК) туғма нуқсонларнинг бир кўриниши бўлиб, болаларда йўғон ичак патологиялари орасида катта улушни ташкил қилади. Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, «...туғма нуқсонларнинг умумий улушидан ошқозон-ичак тракти патологияси 25% гача учрайди ва туғма нуқсонлар орасида учинчи ўринни эгаллайди...операциядан кейинги эрта асоратлар 9,1-77% ни ташкил этиб, даволашнинг қониқарсиз функционал натижаларига олиб келиши ва такрорий реконструктив операцияларга 13% ҳолларда эҳтиёж борлиги аниқланган»¹. Айни пайтда туғма ривожланиш нуқсонларининг оғир асоратларини олдини олиш учун патогенетик жихатларини ахамиятга олган ҳолда даво муолажаларини буюриш, жарроҳлик амалиётини такомиллаштириш, тиббиётда энг муҳим муаммоли масалаларидан бири ҳисобланади.

Жаҳонда ГКни эрта босқичларида ташхислаш, касалликни келтириб чиқарувчи ва ўткир кечишига сабаб бўлувчи омилларни аниқлаш, даволаш ва асоратларни олдини олиш усуллари такомиллаштириш борасида қатор мақсадли илмий тадқиқотлар амалга оширилмоқда. Бу борада янги туғилган чақалоқлар ва кўкрак ёшдаги болаларда йўғон ичак туғма нуқсонларидан ГКни хирургик даволаш, унинг анатомик шаклига, кечувига қараб резекция соҳасини танлаш ва операциядан кейинги асоратларни олдини олиш тартибини амалиётга тадбиқ қилиш чора тадбирлар комплексини такомиллаштиришга қаратилган илмий тадқиқотларни олиб бориш муҳим илмий-амалий ахамият касб этмоқда.

Мамлакатимизда тиббий хизмат сифатни тубдан яхшилаш ва аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдам турларини кенгайтириш, жумладан, туғма аномалияли болаларга эрта ташхис қўйиш, самарали даволаш ва олдини олишга қаратилган кенг қамровли чора тадбирлар амалга оширилиб, муайян натижаларга эришилмоқда. «...Мамлакатимизда аҳолига кўрсатилаётган ихтисослаштирилган тиббий ёрдам сифатини ошириш, тез ва шошилишч тиббий ёрдам тизимини янада ислоҳ қилиш, ногиронликни олдини олиш...»² каби вазифалари белгиланган. Ушбу вазифалардан келиб чиққан ҳолда, нерв урамларининг атрофияси ва проксимал супрастенотик кенгайган соха дизганглиозини эътиборга олган ҳолда ГКни эрта ташхислашни оптималлаштириш ва йўғон ичакни трансанал эндоректал тушириш (ЙИТЭТ) операцияси натижаларини баҳолаш орқали жарроҳлик даво усуллари

¹World Health Organization. Congenital anomalies. fact sheet no. 24. World Health Organization website. 2016. <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>.

² Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947 сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида» ги Фармони.

такомиллаштириш асосида янги туғилган чақалоқлар ва кўкрак ёшдаги болаларда ГК асоратлари туфайли юзага келадиган ногиронлик ва ўлим кўрсаткичларини камайтириш муҳим илмий-амалий аҳамият касб этади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида», 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги фармонлари, 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида», 2018 йил 18 декабрдаги ПҚ-4063-сон «Юқумли бўлмаган касалликлар профилактикаси, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва аҳолининг жисмоний фаоллиги ошириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меърий-ҳукукий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялари ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналиши доирасида бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Ҳозирги кунда ГКга чалинган чақалоқлар ва кўкрак ёшдаги болаларда кўп босқичли даволаш тактикаси қайта кўриб чиқилмоқда. Касалликни ташхислаш жараёнида клиник, рентгенологик ва морфологик текшириш натажаларига етарли даражада ёндашмаслик чақалоқлар ва кўкрак ёшдаги болаларни жарроҳлик йўли билан даволаш тактикаси ва усуллари танлашга салбий таъсир кўрсатади. ГКга чалинган чақалоқлар ва кўкрак ёшдаги болаларда касалликнинг клиник кўриниши бошқа ёшдаги болалардан сезиларли даражада фарқ қилади. Уларда асосан компенсирланган ва субкомпенсирланган кечуви кўп учрайди. 25% ҳолларда радиологик ва морфологик маълумотлар орасида тафовутлар аниқланади (О.А. Говорухина 2017; Н.Н. Ахпаров 2018; Luis De la Torre at. all. 2017). Бола туғилган вақтида интермурал, ганглионар ҳужайралар тўлиқ морфологик ривожланмаганлиги исботланган бўлиб, бунда тўғри ичакнинг биопсияси ишончсиз усул ҳисобланади. Биопсия материални фақат шиллик қаватдан ёки йўғон ичакнинг барча мушак - ости қаватларидан олиш масалалари мунозарали бўлиб қолмоқда. Бошқа томондан, кўкрак ёшдаги болаларда кеч ташхислаш ва ноадекват даволаш тактикаси танлаш даволашнинг салбий натижаларга олиб келади (А.Л. Ионов, Я.П.Сулавко, 2016; M.L.Westfal at.all., 2018). Шундай қилиб, кўкрак ёшдаги болаларда ГК ни клиник, рентгенологик ва морфологик диагностика таҳлилларини

эътиборга олган ҳолда жарроҳлик даволаш тактикасини танлаш долзарб муаммо бўлиб қолмоқда.

Бугунги кунда кўкрак ёшдаги чақалоқларда ГК нинг дистал шаклларида асосан, кам травматик йўғон ичакнинг трансанал эндоректал йўл билан тушириш усули тавсия этилади (ЙИТЭТ), бу эса кенгайган ичакда резекция жойини аниқлашга имкон беради (Tran V.Q., Lam K.T., Truong D.Q. et al.2016). Кўкрак ёшдаги болаларда ГК ни хирургик даволашда жарроҳлик усули касалликнинг анатомик шаклига, касалликнинг кечувига қараб дифференциация қилинган ҳолда резекция сатҳини танлашни талаб қилади (Yoshitomo Y, Syoichi N, et al.2017). Операциядан кейинги эрта ва кечки даврларда ҳар тўртинчи операция ўтказган болаларда қуйидаги асоратлари учрайди: анастомоз етишмовчилиги, перитонит, туширилган ичак томирининг некроз, пароректал клетчаткасини йиринглаши, футляр ораси абсцесси, анастомоз торайиши, ахлат тутолмаслик, нажас суркалиши, ахлат келишининг кучайиши ва қабзият рецидивлари, булар эрта операциядан кейинги даврда 77% ни ташкил этиб, даволашнинг қониқарсиз функционал натижаларига олиб келади, ҳамда 13 % ҳолларда такрорий реконструктив операцияларга эҳтиёж яратади (В.Н.Грон ва бошқ., 2012; М.Р.Давлятов, 2016; В.В. Сытьков ва бошқ., 2017; Вохидов А.Ш., 2018).

Мамлакатимизда охириги йилларда ГКни ўрганишга қаратилган қатор илмий тадқиқотлар амалга оширилмоқда, бироқ, замонавий текширувларда касалликнинг оғир асоратларни ҳанузгача учраши, кўкрак ёшдаги болаларда текширув тактикаси, жарроҳлик усуллари танлаш, ҳамда резекция сатҳини танлаш, жарроҳлик амалиёти пайтида ва даволанишдан кейинги эрта ва кечки муддатлардаги асоратлар тавсифидаги фарқлар бўйича илмий ишларга кам эътибор берилмоқда.

Ушбу муаммоларни ҳал қилиш, соғлиқни сақлашнинг асосий вазифаларидан бири бўлган ГКни даволаш самарадорлигини оширишга ва ногиронликнинг олдини олишга ёрдам беради. Юқорида баён этилганлардан келиб чиқиб, ГКни эрта ташхислаш ва даволаш тамойилларини такомиллаштиришга қаратилган илмий тадқиқотларни амалга ошириш зарурлигини тақозо этади.

Тадқиқотнинг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Тошкент педиатрия тиббиёт институтининг илмий ишлар режасига мувофиқ № 01980006703 «Болаларда туғма ва орттирилган касалликларни ташхислаш, даволаш ва олдини олиш» (2014-2018 йй.) мавзусидаги илмий лойиҳаси доирасида бажарилган.

Тадқиқот мақсади турли хил операция усуллариининг самарадорлигини қиёсий баҳолаш йўли орқали чақалоқлар ва кўкрак ёшдаги болаларда Гиршпрунг касаллигини жарроҳлик даволаш усулини такомиллаштиришдан иборат.

Тадқиқот масалалари:

чақалоқларда ва кўкрак ёшдаги болаларда ГКни клиник кечиши ва

рентгенологик диагностикаси натижаларини таҳлил қилиш;

касалликнинг шакли ва кечишига боғлиқ тарзда кўкрак ёшдаги болаларда қорин-оралиқ проктопластикаси (ҚОПП) ва йўғон ичакни трансанал эндоректал тушириш (ЙИТЭТ) операциялар натижаларининг солиштира таҳлилини амалга ошириш;

гистоморфологик текширув орқали йўғон ичак резекция сатҳини танлаш мезонларини ишлаб чиқиш;

операцияга кўрсатма ва ўтказиш муддатини оптималлаштириш, чақалоқларда ва кўкрак ёшдаги болаларда ГҚни трансанал усули самарадорлигини баҳолаш;

касалликнинг анатомик шакли ва кечиши билан боғлиқ ҳолда чақалоқларда ва кўкрак ёшдаги болаларда ГҚни даволаш алгоритминини ишлаб чиқиш.

Тадқиқот объекти сифатида Тошкент педиатрия тиббиёт институти клиник базаларида ГҚ нинг турли шакллари билан қорин-оралиқ проктопластикаси ва йўғон ичакни трансанал эндоректал тушириш операциялари қўлланилган 75 нафар чақалоқлар ва кўкрак ёшдаги болалар олинган.

Тадқиқот предмети венوز қон, капилляр қон, биокимёвий тадқиқотлар учун қон зардобини, копрологик ва гистоморфологик таҳлил учун биоптат материаллари ташкил этган.

Тадқиқот усуллари. Тадқиқотда умумий клиник, лаборатор, биокимёвий, копрологик, рентгенологик, гистоморфологик ва статистик усуллардан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

кўкрак ёшдаги болаларда учрайдиган Гиршпрунг касаллигида йўғон ичак резекция қилинган сохаларидаги патоморфологик ўзгаришлар колитнинг пролифератив яллиғланиш, атрофик-склеротик ва шиш-деструктив морфологик шаклларида бирига олиб келиши асосланган;

кўкрак ёшдаги болаларда Гиршпрунг касаллигида йўғон ичакда капростаз ҳисобига нерв тугунларининг иккиламчи деструкцияси, нерв урамларининг атрофияси ва проксимал супрастенотик кенгайган участка дизганглиози ривожланиши асосланган;

Гиршпрунг касаллигида ичакнинг супрастенотик кенгайган қисмининг 5 см гача бўлган ораликда гипо-, дизганглионар сохалари учраши операциядан кейинги узок муддатларда гипоперистальтикага олиб келиши аниқланган;

Гиршпрунг касаллигининг дистал шаклларида йўғон ичакни трансанал эндоректал тушириш жаррохлик амалиётининг қўллаш кичик чанок аъзоларини жароҳатланиши ва қон йўқотишларни камайишига олиб келиши асосланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

ишлаб чиқилган алгоритмда чақалоқлар ва кўкрак ёшдаги болаларда ГҚни ташхислаш, даволаш тактикаси ва хирургик коррекция усулини тўғри танлаш, операциядан кейинги асоратлар сонининг камайиши ва ҳаёт сифатини ошириши аниқланган;

ГКнинг турли шаклларида операция вақтидаги экспресс-биопсия ва морфологик диагностика усулини қўллаш йўғон ичакнинг супрастенотик кенгайган соҳаси резекция поғонасини максимал равишда белгилаб олишга имкон яратган;

колоанал анастомоз стенозини олдини олиш учун йўғон ичакни трансанал эндоректал туширишдан кейин 12-14 кунларда анусни бужлашни бошлаш мақсадга мувофиқлиги асосланган;

чақалоқлар ва кўкрак ёшдаги болаларда ГКни ирригография текширувида сувда эрувчи контраст моддани (триомбрас, урографин ва б.) ишлатиш бўйича амалий тавсиялар ишлаб чиқилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги ишда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган тадқиқотларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, етарли даражада беморлар сони танланганлиги, қўлланилган усулларнинг замонавийлиги, уларнинг бири иккинчисини тўлдирадиган клиник-лаборатор, инструментал, антропометрик ва статистик тадқиқот усуллари асосида ГКни анатомик шакли ва кечишини ўзига хослиги ҳалқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққослангани, хулоса, олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти назарий тиббиёт учун муҳим бўлиб, клиник-функционал, биокимёвий, инструментал маълумотларни баҳолаш орқали чақалоқларда ва кўкрак ёшдаги болаларда ГК ривожланишининг патогенетик механизмларини очиқ бериш, эрта ташхислаш ва хирургик даволашни такомиллаштириш учун қўшимча диагностика ва даволаш мезонлари таклиф қилиниши мумкинлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти чақалоқлар ва кўкрак ёшдаги болаларда ГКни ташхислаш, даволаш тактикаси ва хирургик коррекция усулини тўғри танлаш, йўғон ичакни трансанал эндоректал тушириш операциясини қўллаш ГКнинг дистал шаклида хирургик даволаш натижаларини яхшилашга имкон бериши, касалхонада даволаниш кунларини камайиши ҳамда эрта ногиронлик юзага келиш ҳавфини камайитириш ва беморлар саломатлигини сақлашга эришганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларини жорий этилиши. Чақалоқлар ва кўкрак ёшдаги болаларда Гиршпрунг касаллигини хирургик даволаш тактикаси ва усулини танлаш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

Гиршпрунг касаллиги билан касалланган кўкрак ёшдаги болаларда касалликни эрта аниқлаш ва даволаш усулларини такомиллаштириш бўйича олинган илмий натижалар асосида ишлаб чиқилган “Кўкрак ёшдаги болаларда Гиршпрунг касаллигини хирургик даволаш” номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 7 июндаги 8н-р\466-сон хулосаси). Натижада ГК билан оғриган чақалоқлар ва кўкрак ёшдаги болаларда даволаш – диагностик алгоритмни қўллаш орқали касалликни эрта босқичларда аниқлаш, хирургик даволаш усулини энг

самарали турини танлаш, асоратларни камайтириш, шунингдек, касалхонада даволаниш муддатини қисқартириш имконини беради;

Гиршпруг касаллиги билан касалланган беморларда патологияни эрта аниқлаш ва самарали хирургик даволаш усулини танлаш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан Қашқадарё вилоят болалар тиббиёт марказида ва Тошкент шаҳри 1-шаҳар клиник болалар шифохонаси клиник амалиётига тадбиқ этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 26 июлдаги 8н-з\257-сон хулосаси). Натижада ГК бор болалар диагностикаси ва даволаш сифатини оширишга замин яратиб, асоратлар частотасини 2,1 баробар камайтиришга, даволаш давомийлигини 31,5% га қисқартиришга ва даволаш учун харажатларни 29,2% га камайтириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларини апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 5 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан, 2 та халқаро ва 3 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 13 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертацияларни асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 5 та мақола, жумладан, 4 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда нашр этилган

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, тўрта боб, якуний қисм, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар руйхатидан иборат бўлиб, асосий матн 106 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида диссертация ишининг долзарблиги ва талабгорлиги асослаб берилган, тадқиқотнинг мақсад ва вазифалари таърифланган, натижаларнинг илмий янгилиги ва илмий-амалий аҳамияти, апробация ва иш натижаларининг нашр этилганлиги, диссертация ишининг ҳажми ва тузилмаси ҳақида маълумотлар келтирилган.

Биринчи боб - “Гиршпруг касаллигининг замонавий аспектлари” деб номланган ва унда адабиётлардаги касалликнинг частотаси, тарқалиши, клиник-анатомик шакилларининг этиопатогенези, таснифи, диагностик текширувлар, хирургик даво усуллариининг тарихи бўйича маълумотлар таҳлили таърифланган. Даволашнинг эрта ва кечки натижалари ечимини талаб этадиган чақалоқлар ва кўкрак ёшидаги болаларда ГКни эрта ташхис қўйиш ва хирургик даволашнинг дискуссион масалалари тақдим этилган.

Иккинчи «Материаллар ва тадқиқот усуллари» деб номланган бобида материаллар ва текширув усуллари ҳақида маълумотлар келтирилган. Иш 2010 йилдан 2020 йилгача бўлган оралиқдаги РПМ, 1-ШКБШ, 2-ШКЖБШ клиник базаларда ГКга чалинган 75 нафар беморларни диагностика ва даволаш натижалари таҳлиliga асосланган. Болалар ёши 1 кунликдан 12 ойликгача бўлган. Ўғил болалар сони 62 нафарни (82,7%), қиз болалар сони 13 нафарни (17,3%) ташкил этди (1 жадвал).

1 жадвал.

ГКга чалинган беморларнинг ёши ва жинси бўйича тузилмаси (n-75)

Ёши (ой)	Ўғил болалар		Қиз болалар		Жами (%)	
	абс.сон.	%	абс.сон.	%	абс.сон.	%
Чақалоқлар	7	9,3	2	2,7	9	12
28 кун– 3 ой	9	12,0	6	8	15	20,0
3–6 ой	22	29,3	1	1,3	23	31,0
6–9 ой	12	16,0	3	4,0	15	20,0
9–12 ой	12	16,0	1	1,3	13	17,3
Жами	62	82,7	13	17,3	75	100

Текширилган болалардан 53 (71%) нафари 28 кунликдан 9 ойгача бўлган ёшда. Ўғил болалар ва қизлар нисбати 5:1 ни ташкил этади.

Биз А.И.Лёнюшкин (2009 й) томонидан таклиф этилган таснифдан фойдаланилган. Мазкур таснифга биноан биз ГКнинг қуйидаги анатомик шакллари ва клиник кечишини аниқладик (2 жадвал).

2 жадвал

Чақалоқлар ва кўкрак ёшдаги болаларда ГКнинг анатомик шакллари ва клиник кечиши.

Анатомик шакиллари	Клиник кечиши						Жами (%)	
	Компенсацияланган		Субкомпенсацияланган		Декомпенсацияланган			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ректал								
1. Супер қисқа аганглионар сегмент	-	-	-	-	-	-		
2. Қисқа аганглионар сегмент	6	8	7	9,3	-	-	13	17,4
Ректосигмоидал								
1. Сигмасимон ичакнинг дистал қисми зарарланиши	5	6,7	29	38,7	1	1,3	35	46,7
2. Сигмасимон ичакнинг ярми ва бутунлай зарарланиши	-	-	15	21,3	4	5,3	19	25,3
Субтотал								
1. Чамбар ичакнинг чап ярмининг зарарланиши (талоқ эгрисига қадар)	-	-	3	4	2	2,7	5	6,7
2. Чамбар ичакнинг ўнг ярмининг зарарланиши (жигар эгрисига қадар)	-	-	1	1,3	1	1,3	2	2,6
Тотал								
1. Ён бош ичакнинг дистал қисмининг зарарланиши	-	-	-	-	1	1,3	1	1,3
Натижа	11	14,7	55	73,3	9	11,9	75	100

Изоҳ: Гиршпругн касалигининг анатомик шакли инобатга олинган.

75 та текширилган беморлар ичидан ГКнинг қуйидаги шакллари аниқланди: ректал шакли –13 (17,4%) нафар болада; ректосигмоид –54 (72,0%) нафар; субтотал –7 (9,3%) ва тотал –1 (1,3%) нафар болада. ГКнинг дистал шакли умумий 67 нафар (89,4%) болада, компенсацияланган ва субкомпенсацияланган кечиши эса 66 нафар (88%) болада аниқланди.

54 нафар (72%) чақалоқ ва кўкрак ёшдаги болада бирламчи ташхис клиникада қўйилган, 21 нафар (28%) болада эса аввал қўйилган ташхис билан ёки ташхисни аниқлаштириш мақсадида клиникага ётказилган. 14 (18,7%) нафар чақалоқлар ва кўкрак ёшдаги болаларда ГКнинг проксимал ва декомпенсацияланган шаклиларида стома қўйилди: илеостома 1 нафар (7,1%) беморга; трансверзостома–6 нафар (43%); сигмастома–7 нафар (50%) беморга қўйилди.

Клиникада текширув ўтказилганда қуйидаги хамроҳ касалликлар аниқланди: анемия - 59 (78,7%) нафар болада, гипопротеинемия-32 (42,7%), гипотрофия-21 (28%) нафар болада. 20 (26,7%) нафар кўкрак ёшдаги болаларда неврологик касалликлар аниқланди. Хамроҳ касалликлар, бошқа аъзо ва тизимларнинг туғма нуқсонлари ГКга чалинган 25 нафар (33,3%) болаларда аниқланди.

ГКни аниқлаш мақсадида биз қуйидаги текшириш усулларини қўлладик:

клиник (касаллик анамнезига катамнези; объектив текширувлар; аноректал соҳанинг кўриги; тўғри ичакни *per rectum* текшириш); лаборатор (қоннинг ёйилган таҳлили, қонни биокимёвий таҳлили: умумий оқсил, мочевино, билирубин, қанд микдори, С-реактив оқсил; коагулограмма; копрология, нажасни бактериологик текшируви, сийдикнинг умумий таҳлили); рентгенологик (полипозицион ирригография, кенг қамровли рентгенография); УТТ (трансабдоминал, трансперинеал); морфологик текширувлар (резекция қилинган йўғон ичак участкаси биоптатларини текшируви).

Операция усулининг самарадорлигини беморлар гуруҳлари бўйича баҳоладим. Асосий гуруҳга – 34 нафар ЙИТЭТ операцияси ўтказилган беморлар киритилди, назорат гуруҳига эса ҚОПП ўтказилган 32 нафар бола киритилди.

Хирургик даво нафақат асосий босқич – радикал операциядан иборат, балки колостома қўйишни ҳам ичига қамраб олган.

Субтотал шаклда қовузлоқли колостомага устунлик берилди, тотал шаклда – илеостома қўйилди.

2017–2020 йилларда биз кўкрак ёшдаги болаларда ЙИТЭТ (Де ла Торре - Мондрагон) методикасини тўлиқ ўзлаштирдик. Операциянинг асосий лаҳзалари қуйидагилардан иборат эди:

– бемор операцион столда қоринда, чанок остига валик қўйилган ҳолатда ётади, оёқлар ёзилган; бунда ичак асоси қон томири юқорида

жойлашади, бу визуализацияни осонлаштиради ва қулай ёндошувни яратади;

- демукозация қилинган сероз-мушак цилиндрнинг узунлиги 3-5 см дан ошмайди; бу пастга туширилган ичакни аганглионар цилиндр томонидан қисилишини олдини олиш учун етарлидир;

- колоректал анастомоз бир қатор тугунчали чоклар билан қўйилади, бу ичакни пастга туширилган каналда мустахкам туришини таъминлайди ва унинг ретракция бўлишига йўл қўймайди;

- колоректал анастомознинг ретракциясини олдини олиш учун ташқи футляр ва пастга туширилган ичак орасига тугунчали чоклар қўйилади;

- анастомоз қўйилишида шиллиқ пардани яхшироқ мослаштириш учун прецизион техника қўлланилади, бу анастомозни мустахкамлайди, чандикни юпқа ва нозик бўлишини таъминлайди, унинг стенозланишини олдини олади;

- анастомоз қўйилишида кичик диаметрли сўриладиган материалдан фойдаланилади – викрил ва ПДС 3/00 ва 4/00, бу анастомоз соҳасида яллиғланиш ва чандик ҳосил бўлиш жараёнини камайтиради.

Операциядан кейинги даврда эрта балансланган энтерал озиқлантириш, туширилган ичакнинг перисталтикаси тикланишига ва ошқозон ичак тракти пассажиани меъёрлашишига кўмаклашади. Одатда, 96 % ҳолларда болаларни озиқлантириш 1-2 суткасида бошланган, биринчи нажас 2-3 суткада келган. Хамроҳ касалликлари мавжуд, колостомали ва тана вазни кичик бўлган кўкрак ёшдаги болаларга балансланган энтерал озиқ аралашмалари буюрилган.

Дисбактериоз ходисалари биоценознинг дастлабки бузилиши, шунингдек уни операциядан кейинги даврдаги антибактериал терапиясидан сўнг иккиламчи бузилишлари туфайли операциядан олдин ва кейин ҳам беморларда кузатилган. Шунинг учун барча пациентларга микрофлорани меъёлаштирувчи препаратлар буюрилган – пробиотик ва пребиотиклар.

Колоректал анастомозининг тикланиши жараёнининг 2-4 хафтасида анастомозит кузатилиши мумкин. Ушбу давр нормал нажас келиши муддати, ичак дисбактериози симптомлари бартараф этилиши даврига тўғри келади. Анастомоз стенозини олдини олиш мақсадида операциядан кейинги 10-14 кунларида бужлаш амалга оширилди.

Радикал операциядан кейинги кечки натижаларни баҳолаш мақсадида 56 нафар (74,7%) болаларда бал шкаласи бўйича сўровнома ўтказилди (3 жадвал).

**ГКнинг операциядан кейинги кечки натижаларини баҳолаш учун
сўровномадаги саволлар рўйхати**

Баҳолаш критерияси	1 балл	2 балл	3 балл	4 балл	5 балл
1. Қорин дам бўлиши	Йўқ	Қисман	Вақти-вақти билан	Кўпинча	Доимий
2. Дефекация актини қийинлашуви	Йўқ	Қисман	2 кундан сўнг қийинчилик билан, лекин мустақил	3-4 кундан сўнг, лекин мустақил	4-6 кундан сўнг, клизма ёрдамида
3. Дефекация истагининг мавжуд эмаслиги	Сақланган	Сақланган, қисман ўзи истамаган холда суяқ ахлат фонида	Сақланган нормал ич келганда, бузилган-суяқ ахлат фонида	Бузилган, дефекация истаги суст	Бузилган, дефекация истаги йўқ
4 Дефекация истагининг йўқлиги билан нажас суркалиши	Йўқ	Қисман, суяқ ахлат фонида	Вақти-вақти билан	Кўпинча	Доимий
5. Нажасни тута олмаслик	Йўқ	Қисман	Вақти-вақти	Кўпинча	Доимий
6. Энтероколит	Йўқ	Йилда 1 марта	Йилда 2 марта	Йилда 3-4 марта	Доимий

Агар йиғилган балл 0-6 бўлса, бу холда натижа жуда яхши ҳисобланади.

6-12 баллда – даволаш натижаси яхши деб баҳоланади, профилактик реабилитацион даво буюрилади ва 6 ойгача диспансер назоратида бўлади.

12-18 баллда – даволаш натижаси қониқарли деб баҳоланади, бунда реабилитацион даво буюрилади ва асоратнинг тўлиқ бартараф этгунча 1 йил мобайнида диспансер назоратида бўлади.

Натижа қониқарсиз деб 18 ва ундан орқит балл йиғилганда ҳисобланади. Беморларга асоратни хирургик йўл билан даволаш тавсия қилинади кейин эса реабилитация давом этирилади. 1-2 йилгача тўлиқ диспансер назоратида бўлади.

Учинчи боб « Чақалоқлар ва кўкрак ёшдаги болаларда Гиршпрунг касаллигини клиник-морфологик текшируви» деб номланган. Бобда касалликнинг клиник кечиши хусусиятлари ва морфологик текширув усуллари ёритилган. ГКнинг клиникаси 75 нафар болада ўрганилди, улардан 9 нафари (12%) янги туғилган чақалоқлар. Анатомик шаклларида ректал шакли 13 нафар (17,3%) болада; ректосигмоидал – 54 нафар (72 %); субтотал – 7 нафар (9,3%), тотал шакл – 1 нафар (1,3) болаларда аниқланди. Клиник кечиши бўйича:

декомпенсацияланган шакл – 9 нафар (12%); субкомпенсацияланган – 55 нафар (73,3%); компенсацияланган – 11 нафар (14,7%) болаларда кузатилди.

ГКнинг диагностикаси айниқса янги туғилган чақалоқларда қийинчилик туғдиради. Чақалоқларда ГКнинг клиникаси касалликнинг клиник кечувига боғлиқ бўлади. Декомпенсацияланган даврида 9 нафар чақалоқда (хаётининг 1-3 куни) пастки ичак тутилиши симптомлари кузатилди: кўп миқдорда ўт сафро қайд қилиш, меконий, газлар ажралиши йўқлиги ва қорин олд деворида ичак перистальтикасининг кўриниши. Ушбу беморларда қорин бўшлиғи умумий рентгенограммасида горизонтал сатх (Клойбер косачалари) аниқланади. 9 (12%) нафар чақалоқга “туғма паст ичак тутилиши” ташхиси билан шошилишч оператив муолажа ўтказилган ва ГК ташхиси интраоперацион вақтда қўйилган.

ГКнинг субкомпенсацияланган даврига (55 нафар бемор), иштаҳанинг йўқолиши, қусиш, ич қотиши, метеоризм белгилари хосдир. Мунтазам тозаловчи хукналар бола аҳволини яхшилашишига олиб келади. ГКнинг субкомпенсацияланган даврида 50 (90%) ҳолатда ректосигмид, 5 (10%) ҳолатда эса ректал шакллари аниқланганди. ГКнинг компенсатор даври 8 нафар (10,7%) болаларда кузатилди.

7 кундан 12 ойгача бўлган 26 нафар кўкрак ёшдаги болаларда ГКда резекция қилинган йўғон ичакнинг қисмларини мақсадли морфологик текшируви амалга оширилди.

Морфологик текширув натижаларига кўра болалар 3 та гуруҳга бўлинди. Биринчи гуруҳда (8 та) ичакнинг аганглиоз соҳасида сурункали яллиғланиш инфильтрацияси ва склероз аниқланди. Иккинчи гуруҳда (7 та) ичакнинг ўтувчи соҳасида нерв ганглияларининг йўқлиги, шиллик ости ва ичак деворининг мушак қавати интерстициясида бириктирувчи тўқиманинг диффуз ўсиб кетиши аниқланди. Учинчи гуруҳда (9 та) ганглиялар атрофияси ва шиш-деструктив ўзгаришлар устунлиги ва ичак лимфоид аппаратининг зарарланиши кузатилди.

Комплекс патоморфологик текширув шуни кўрсатдики, кўкрак ёшдаги болаларда ГКда сурункали колит хисобига биринчи гуруҳда–сурункали яллиғланиш, иккинчи гуруҳда – атрофик склеротик, учинчи гуруҳда – шиш– деструктив яллиғланишлар йўғон ичакнинг иннервация структураси ўзгаришига ва атрофиясига олиб келиши аниқланган. Йўғон ичакнинг кенгайган соҳаси микроскопик текшируви натижалари кўра, ичакнинг асосий шиллик остида қавати шахсий пластинасига диффуз ёки ўчоқли яллиғланиш жараёнининг ўтиб кетиши ва сақланганлиги аниқланди.

Шундай қилиб, кўкрак ёшдаги болаларда ГКда йўғон ичак торайган ва кенгайган соҳалари микроскопик текширувлар натижасига асосланиб сурункали колитнинг морфологик тури аниқланди: пролифератив, склеротик ва шиш–деструктив яллиғланишлар.

Йўғон ичакнинг проксимал қисмида нерв аппарати дисганглиоз ва гиперганглиоз кузатилиши, яллиғланиш ва нерв шикастланиши жараёни давом этаётганидан далолат беради. Дисганглиоз жараёни ичакнинг проксимал 3-5 см.гача узунликда бўлиши мумкин.

Бундай ГКнинг патоморфологик ўзгаришларнинг мавжудлиги операциядан кейин узоқ муддатларда рецидив сабаби бўлиши мумкин. Ичак деворининг супрастенотик кенгайиши зонасида шиш-деструктив жараён ўчоқли бўлиб, асосан шиллиқ ости қавт ва шиллиқ пардани зарарлантирган эди. Нерв аппарати томонидан дисганглиоз ва гиперганглиоз белгилари аниқланди. Шиллиқ, шиллиқ ости парда ва нерв аппаратининг кўрсатилган патоморфологик ўзгаришлари 5 см гача узунликдаги резекциядан сўнг кузатилиши ва касаллик рецидивига олиб келиши мумкин.

Гистоморфологик текширув маълумотлари ГКнинг ректал ва ректосигмоидал шаклларида резекция поғонасининг оптимал юқори чегарасини аниқлашда ёрдам беради. Ҳатто супрастенотик соҳасининг биров кенгайишида ҳам нерв тугунларининг дисганглионар ва “етилмаган” ҳолатлари кузатилади. Шунинг учун биз супрастенотик кенгайган соҳадан 5 см юқоридан кенг резекция қилишни тавсия этамиз. Ушбу резекция соҳаси касаллик рецидивини олдини олиш учун энг оптимал соҳа деб ҳисоблаймиз.

Тўртинчи «Чақалоқ ва кўкрак ёшдаги болаларда Гиршпрунг касаллигининг хирургик даволаш натижалари» деб номланган бобида хирургик даволаш усуллари келтирилган. Ҳозирги даврда қуйидаги усуллардан кенг фойдаланилмоқда, булар Соаве модификацияси бўйича (Болей, Лёнюшкин) ҚОПП ва ЙИТЭТ (Де Ла Торре-Мондрагон). Ушбу методикалар кўкрак ёшдаги болаларда қўллаш кўрсатмаларни оптималлаштиришни талаб этади. Усулни дифференциацияланган танлови касалликнинг анатомик шакли, компенсация даражаси ва кечишига боғлиқдир.

Оператив усуллариининг самарадорлигини таққослаб баҳолаш мақсадида беморлар икки гуруҳга тақсимланди. Асосий гуруҳ – 34 нафар ЙИТЭТ ўтказилган беморлар; назорат гуруҳи – 32 нафар Соаве (Болей, Лёнюшкин) бўйича ҚОПП ўтказилган беморлар. Асосий ва назорат гуруҳларидаги беморларни ёши ва касаллик шакллари бўйича тақсимланиши 4 жадвалда келтирилган.

4 жадвал.

Асосий ва назорат гуруҳларидаги беморларни ёши ва касаллик шакллари бўйича тақсимлаш (n=66)

ГК шакллари		Назорат гуруҳи				Асосий гуруҳ				Натижа
		1-3	3-6	6-9	9-12	1-3	3-6	6-9	9-12	
Ректал	абс.	-	4	2	1	-	2	2	2	13
	%	-	12,5	6,3	3,1		5,9	5,9	5,9	19,7
Ректосигмоид	абс.	-	5	5	10	11	12	4	1	48
	%	-	15,6	15,6	31,3	32,4	35,3	11,8	2,9	72,7
Субтотал	абс.	-	2	3	-	-	-	-	-	5
	%	-	6,3	9,4						7,6
Тотал	абс.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	%	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Жами:	абс.	-	11	10	11	11	14	6	3	66
	%	-	16,7	15,2	16,7	16,7	21,2	9,1	4,5	100
		32 (48,5%)				34 (51,5%)				

Изоҳ: назорат гуруҳига нисбатан олинган.

ГКга чалинган беморларнинг назорат гуруҳида хирургик коррекция натижалари.

2010-2017 йилларда 32 нафар кўкрак ёшидаги болаларда касалликнинг клиник кечиши ва анатомик шаклига қараб ўтказилган Болей ва Лёнюшкин модификацияси бўйича Соаве ҚОПП операцияси натижалари (ретроспектив) таҳлил қилинди. Таҳлилга кўра 78,1 % болаларда Соаве-Болей операцияси амалга оширилган, шулардан 9,4% ҳолларда операция бир вақтнинг ўзида колостома бартараф этилган. 3-6 ойлик 3 нафар (9,4%) болаларга Соаве-Лёнюшкин операция тури ўтказилди, шундан 1 нафар беморга бир вақтнинг ўзида колостомани бартараф этилган. Болей ва Лёнюшкин модификацияси бўйича Соаве ҚОПП операциясига кўрсатма ГКнинг проксимал (тотал ва субтотал) шакллари, колостомалар, узун аганглиоз зонали ректосигмоидал шакллари бўла олади.

Эрта операциядан кейинги асоратлар касаллик тарихларининг ретроспектив таҳлили ва беморларни бевосита кузатиб бориш жараёнида ўрганилди. Операциядан кейинги даврда оғриқсизлантириш давомийлиги ўртача 4 ± 1 кунни ташкил этди; энтерал озиқлантириш

операциядан кейин 4 ± 2 кунда бошланди. Ўрта ҳисобда ушбу гуруҳдаги болалар реанимация бўлимида 5 ± 2 койко-кун бўлган, стационардан 24 ± 10 кундан сўнг чиқарилган.

Назорат гуруҳида хирургик даволашнинг кечки натижалари 27 нафар (84%) беморда катамнестик қабул вақтида сўровнома, беморни бевосита ва электрон мулоқот, болалар ота-онаси томонидан анкета тўлдириш йўллари билан ўрганилди. Назорат гуруҳининг 10 (37%) нафар болада жуда яхши натижа қайд этилди. 6 нафар (22%) болада яхши натижа қайд этилди, 7 нафар (26%) – қониқарли натижа, қониқарсиз натижа эса 4 нафар (15%) беморда қайд этилди (1 расм).



1 расм. Соаве модификацияси бўйича ҚОППдан кейин кечки асоратлар

Асосий гуруҳидаги ГЖга чалинган беморларнинг хирургик даволаш натижалари

2017–2020 йилларда 34 нафар чақалоқ ва кўкрак ёшдаги болаларга ГЖнинг дистал ва колостома қўйилмаган шакиларида ЙИТЭТ (Де Ла Торре-Мондрагон) усули бўйича радикал операция амалга оширилди.

ГЖнинг тотал ва субтотал шакллари, декомпенсацияланган (ўткир) даври, ГАЭЖ, оғир соматоневрологик фон, анал соҳанинг касалликлари ва ўсмалари, тўғри ичак ампуласи чуқур эрозив яралари ва перианал соҳанинг йирингли яллиғланишлари операцияга қарши кўрсатма деб ҳисобланади.

Кўкрак ёшдаги болаларда чаноқ туби аъзолари ривожланишининг анатомио-физиологик хусусиятларини инобатга олиб, биз ЙИТЭТ нинг асл техникасига қўшимчалар киритдик

-Ташқи демукозацияланган сероз-мушак цилиндрнинг узунлиги муҳим аҳамият касб этади, у чанок бўшлиғига қорин пардасининг ўтувчи сатҳида тушиб туриши учун узунлиги 3-5 см дан ошмаслиги керак. Операциянинг (асл) вариантларида келтирилганидак футлярнинг орқа юзаси бўйича қўшимча бўйлама кесишни биз қилмаймиз. Натижада футляр мушакларидан қон кетиши шунда кузатилмайди. Нервлар, ичакни ўраб турувчи чанок тузилмалари зарарланишининг олди олинади, аганглионар узун цилиндр томонидан туширилган ичак эзилиб қолиши ҳам бартараф этилади.

-Сигмасимон ичакнинг қўшимча сиртмоғи йўқлиги ва аганглионар соханинг узунлиги инобатка олиб, биз анастомозни чоклар очилиб кетишидан ҳимоя қилиш мақсадида шартли соат циферблати бўйича 9, 12, 3 да туширилган ичак ва ташқи футляр орасига қўшимча мустаҳкамловчи чокларни қўйишни тавсия қиламиз. Бу туширилган ичак каналида мустаҳкам туришга ёрдам беради ва унинг ретракциясининг олдини олади. Колоректал анастомоз одатда бир қатор тугунли чоклар билан қўйилади.

-Операциядан кейинги даврда барча ҳолларда тўғри ичакда анастомозни нажасдан ҳимоя қилиш учун иширилган 26–30 ўлчамдаги Фоллей катетери қолдирилади.

ЙИТЭТнинг ютуқлари кўпдир. Булар: радикалик; кам жароҳатланиш; бир босқичда ўтиши; қорин бўшлиғи ва кичик чанок аъзолари томонидан асоратлар йўқлиги ёки минимал бўлиши; операциядан кейинги даврни силлиқ кечиши; операциядан 1 кун ўтиб энтерал озиқлантириш имкони бериши; койко-кунлар ва иқтисодий ҳаражатларнинг қисқариши. Мазкур методика қўшни чанок аъзоларининг (уретра, простата беzi, уруғ қопчаси) операцион жароҳатларини минимал бўлишини таъминлайди, бу ўз навбатида сийиш актининг бузилиши ва келажакда репродуктив аъзолар патологиясини олдини олади.

Асосий гуруҳда хирургик даволашнинг кечки натижалари 29 нафар (85%) беморда ўрганилди. Мазкур гуруҳининг 13 нафар (45%) болада жуда яхши натижага эришилган. 8 (27.5%) яхши натижа қайд этилди, 5 нафарида (17%) – қониқарли натижа, қониқарсиз натижа 3 нафар (10%) беморда қайд этилди. ЙИТЭТ нинг ҚОПП га нисбатан ютуқларига қарамасдан асосий гуруҳнинг 23 % кечки асоратлар пайдо бўлиши кузатилди (2 расм).



2 расм. Асосий гуруҳ беморларда кечки асоратлар.

14% ҳолатларда колоанал анастомоз ва нажас суркалиши қайд этилди; 4,1 % ҳолатда – сурункали колит. Барча асоратлар мақбул реабилитацион тадбирлар ёрдамида бартараф этилди (физиотерапия, ДФК, электростимуляция, БОС терапия).

Операциядан кейинги даврда ГК билан оғриган беморларни даволаш натижаларини солиштира баҳолаш

Асосий ва назорат гуруҳлари беморларида қўлланилган методикаларни қуйидаги параметрлар бўйича таққослаш амалга оширилди: анестезия турлари (5 жадвал), опрециянинг давомийлиги (6 жадвал), инфузион ва парентерал терапия характери, энтерал озиқлантиришни бошланиши, операциядан кейинги оғриқсизлантириш давомийлиги (7 жадвал). Илк ва кечки операциядан кейинги асоратлар солиштира таҳлили бажарилди.

5 жадвал

Таққослаш гуруҳларида наркоз юбориш турлари ва усуллари

		Асосий гуруҳ (ЙИТЭТ), n=34		Назорат гуруҳи (ҚОПП), n=32		Натижа	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Наркоз тури	Интубацион	11	32,4±8,1*	32	100±0,0	43	65,2±5,9
	Спинал	11	32,4±8,1	-	-	11	16,7±4,6
	Интубацион+спинал	12	35,3±8,3	-	-	12	18,2±4,8
Жами		34	51,5±6,2	32	48,5±6,2	66	100

Изоҳ: *- назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан ишончли (*-P<0,001)

5 жадвалда кўрсатилгандек, асосий гуруҳда 32,4% беморларда спинал анестезия, лапароскопик ЙИТЭТ операциясида 32,4% беморларда интубацион наркоз, 35,2% беморларда эса комбинирланган наркоз қўлланилган. Назорат гуруҳида барча беморларга интубацион наркоз ишлатилган.

6 жадвал

Таққослаш гуруҳларида операция давомийлиги

	Асосий гуруҳ (ЙИТЭТ), n=34	Назорат гуруҳи (ҚОПП), n=32	P
Операция давомийлиги (дақиқалар)	132±6*	165±7	P<0,001

Изоҳ: *- назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан ишончли (*-P<0,001)

Операция давомийлиги кўрсаткичида кескин фарқ аниқланади. Соаве бўйича ҚОПП ўртача 165±7 минут сарфланган. ЙИТЭТ операциясида эса ўртача 132±6 минут сарфланган.

7 жадвал

Асосий гуруҳва назорат гуруҳларида операциядандан кейинги таққослаш характеристикаси

		Асосий гуруҳ (ЙИТЭТ),n=34		Назорат гуруҳи (ҚОПП),n=32	
		абс.	%	абс.	%
Операциядандан кейинги терапия	1. Парентерал терапия:	34	100	32	100
	2. Гемостатик терапия	34	100	32	100
	3. Инфузион терапия	34	100	32	100
	4. Режали оғриқсизлантириш:	34	100	32	100
	5. Антибактериал терапия	34	100	32	100
	Энтерал озиқлантириш:	-	-	-	-
	1-2 сутка	34	100	-	-
	3-6 сутка	-	-	32	100
	Умумий койко-кун	17,4±1,1*		24,5±1,3	

Изоҳ: *- назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан ишончли (*-P<0,001)

Назорат гуруҳида умумий койко-кун $24,5 \pm 1,3$ суткани ташкил қилса, асосий гуруҳда эса $7,4 \pm 1,1$ суткани ташкил этади. Асосий гуруҳдаги болалар назорат гуруҳига нисбатан статик жихатдан сезиларли даражада касалхонада камроқ бўлишган. Энтерал озиқланиш асосий гуруҳда операциядан кейинги даврда 1-2 суткада бошланган, бу ўз йўлида болаларнинг асосий ҳолатининг тез яхшиланишига олиб келган.

Операциядан кейинги эрта даврда назорат гуруҳида ичаклар дисфункцияси 16 нафар (50%) беморларда, асосий гуруҳда – 6 нафар (18%) беморларда кузатилди. Энтероколитнинг авж олиши назорат гуруҳида (8 та бемор) асосий гуруҳ беморларидан (4 та бемор) икки баробар кўпроқ қайд этилди. Кечки операциядан кейинги асоратлардан (операциядан кейин 6 ойдан сўнг) колоанал анастомоз стенози асосий гуруҳ беморларининг 6,8% ни, назорат гуруҳида – 7,4% ни ҳолатларда; нажасни тута олмаслик асосий гуруҳ беморларида аниқланмади, назорат гуруҳида 7,4% ҳолатида қайд этилди. Сурункали колитни биз асосий гуруҳ беморларининг 10,3% да, назорат гуруҳида – 14,8 %ида аниқладик. Сурункали қабзият бўйича таққосланаётган гуруҳлада сезиларли даражада фарқ мавжудлиги қайд этилди. Шундай қилиб асосий гуруҳдаги 3,4% болада, назорат гуруҳидаги 7,4% болаларда сурункали ич қотиши кузатилди. Спайка касаллиги фақат назорат гуруҳи беморларида қайд этилди (4,8%) (8 жадвал).

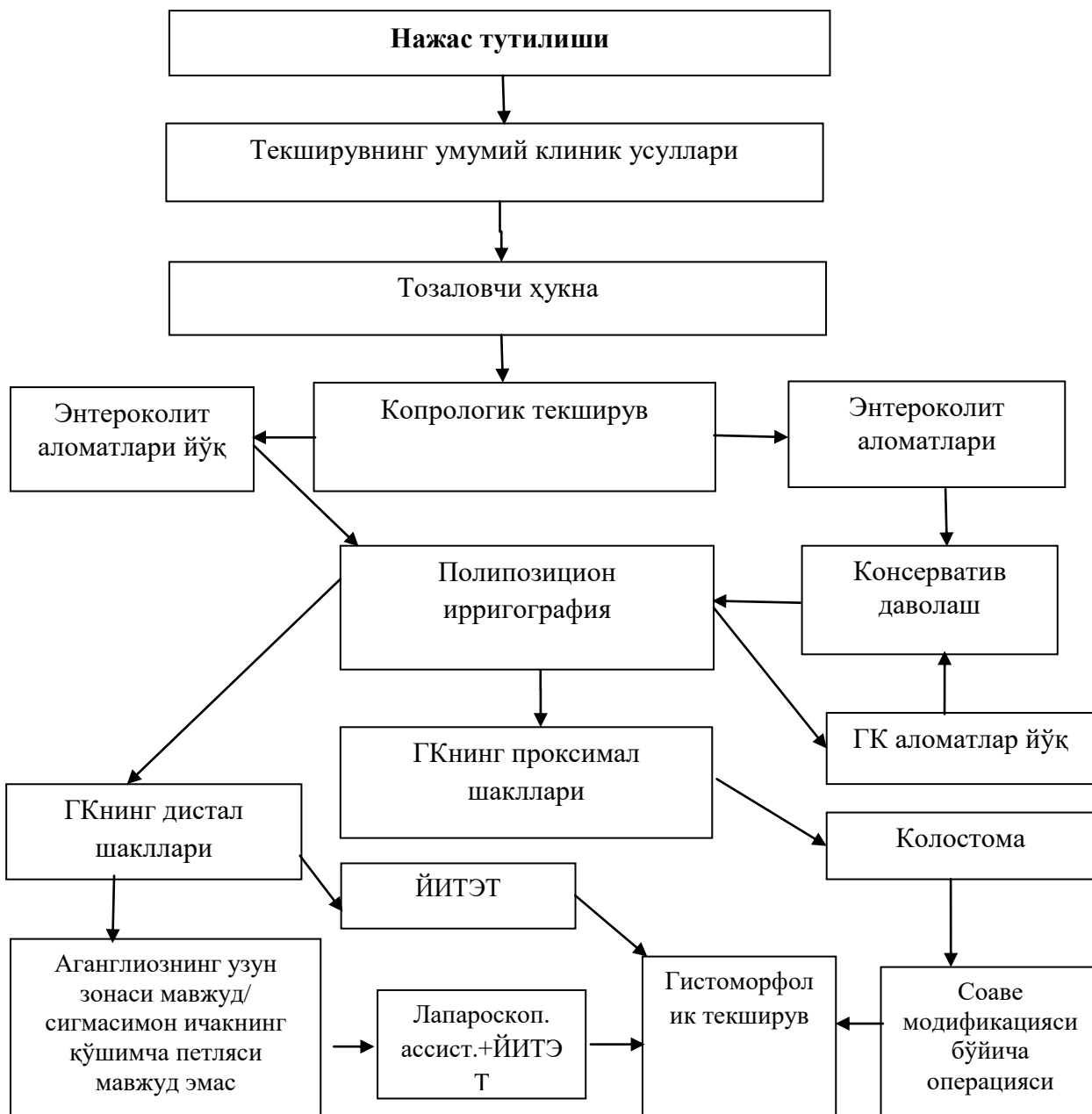
8 жадвал

Иккала гуруҳдаги илк ва кечки операциядан кейинги асоратлар

Эрта операциядан кейинги асоратлар	Асосий гуруҳ (ЙИТЭТ), n=34		Назорат гуруҳи (ҚОПП), n=32		P
	абс.	%	абс.	%	
Анастомоз чокларининг тутмаслиги	1	$2,9 \pm 2,9$	-	-	$>0,05$
Энтероколит	4	$11,8 \pm 5,6$	8	$25,0 \pm 7,8$	$>0,05$
Ичаклар дисфункцияси (3-6 кун)	6	$17,6 \pm 6,6$	16	$50 \pm 8,7$	$<0,001$
Кечки операциядан кейинги асоратлар	Асосий гуруҳ (ЙИТЭТ), n=29		Назорат гуруҳи (ББПП), n=27		
	абс.	%	абс.	%	
Колоанал анастомоз стенози	2	6,8	2	7,4	
Нажас тута олмаслик	-	-	2	$7,4 \pm 6,6$	$>0,05$
Нажас суркалиши	2	$6,8 \pm 5,8$	-	-	$>0,05$
Сурункали колит	3	$10,3 \pm 5,8$	4	$14,8 \pm 10,5^*$	$<0,05$
Сурункали қабзият	1	$3,4 \pm 1,2$	2	$7,4 \pm 5,5^*$	$<0,05$
Спайка касаллиги	-	-	1	$4,8 \pm 4,8$	$>0,05$
Ўлим кўрсаткичи	-	-	-	-	

Изоҳ: *- назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан ишончли (*- $P < 0,001$)

Клиник кечиш ва даволаш натижаларининг таҳлили асосида биз томонимиздан янги туғилган чақалоқ ва кўкрак ёшдаги болалар ГКни ташхислаш ва даволаш алгоритми ишлаб чиқилди (3 расм).



3 расм. ГК билан оғриган чақалоқ ва кўкрак ёшдаги болаларни диагностикаси ва даволашнинг алгоритми.

ХУЛОСАЛАР

«Чақалоқларда ва кўкрак ёшидаги болаларда Гиршпрунг касаллигини хирургик даволаш тактикаси ва усулини танлаш» мавзусидаги фалсафа

доктори (PhD) диссертацияси бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижасида қуйдаги хулосалар тақдим этилди:

1. Чақалоқлар ва кўкрак ёшдаги болаларда ГКнинг типик клиник-рентгенологик намоён бўлиши фақат 65 % ҳолатларда қайд этилади, шу ёшдаги беморларнинг 35 %да касаллик атипик шаклда кечади. Чақалоқлар ва кўкрак ёшдаги болаларда ГКнинг клиник-рентгенологик текширув сезувчанлиги 88% ни ташкил этади.

2. Кўкрак ёшдаги ёшидаги болаларда ГКнинг энтероколитсиз, колостомасиз ва дистал шаклларида ЙИТЭТ мақбул танлов усули ҳисобланади, проксимал шаклларида эса – бир вақтнинг ўзида колостома бартараф этилиши билан Соаве бўйича ҚОПП (Болей ва Лёнюшкин) усули тавсия этилади.

3. Гиршпрунг касаллигининг дистал шаклларида йўғон ичакнинг супрастенотик кенгайган соҳасидаги дисганглионар ўзгаришларни морфологик текшируви натижаларига асосланиб ичак резекциянинг оптимал юқори чегараси 5 см дан кам бўлмаслиги лозим.

4. Гиршпрунг касаллигининг шистал шакли, компенсация ва субкомпенсация даври, энтероколит ремиссия даври ЙИТЭТ операциясига кўрсатма бўла олади. ГКнинг дистал шаклида ЙИТЭТни амалга ошириш учун энг оптимал ёш – бу 1 ойдан 6 ойгача бўлган давр. Бу даврда самарали равишда ва кам хавф билан ичакни эндоректал тушириб олиш мумкин. ЙИТЭТ усули операциядан кейинги даврнинг асоратсиз кечишини, эрта энтерал ўзлаштиришни таъминлайди ва койко кунларни қисқартиради.

5. Чақалоқларда ва кўкрак ёшдаги болаларда ГК ташхислаш ва даволаш учун ишлаб чиқилган алгоритмдан фойдаланиш даволаш тактикаси ва хирургик усулни тўғри танлашга имконият беради.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ PhD. 04/30.12.2019.Tib.102.01
ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ
САМАРКАНДСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ**

ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ХАМРОЕВ УЛУГБЕК АБДУРАШИДОВИЧ

**ВЫБОР ТАКТИКИ И СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ**

14.00.35 – Детская хирургия

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

САМАРКАНД – 2022

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за №B2019/2/PhD/Tib1012

Диссертация выполнена в Ташкентском педиатрическом медицинском институте.

Автореферат диссертации на двух языках (русский, узбекский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.sammi.uz) и на Информационно-образовательном портале «ZiyoNet» (www.ziynet.uz).

Научный руководитель:

Эргашев Бахтиёр Бердалиевич
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Салимов Шавкат Тешаевич
доктор медицинских наук, профессор

Шамсиев Жамшид Азаматович
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация:

**Таджикский государственный
медицинский университет имени Абу
Али ибн Сина**

Защита диссертации состоится «___» _____ 2022г. в _____ часов на заседании Научного совета PhD.04/30.12.2019.Tib.102.01 при Самаркандском Государственном медицинском институте. (Адрес: город Самарканд, улица Мирзо Улутбека, дом №70, 2-клиника СамГосМИ (Специализированный многопрофильный центр детской хирургии) Тел/факс:8(366)-233-58-92,233-79-03, e-mail: shodikulovagulandom@mail.ru).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Самаркандского Государственного медицинского института (зарегистрирована за №____). Адрес: 140100, г. Самарканд, улица Амира Темура, дом 18 Тел./факс: (+99866) 233-30-34.

Автореферат диссертации разослан «___» _____ 2022 года.

(протокол рассылки № _____ от «___» _____ 2022 года).

А. М. Шамсиев

Председатель научного совета по присуждению
ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

Г.З. Шодикулова

Ученый секретарь научного совета по присуждению
ученых степеней, доктор медицинских наук

Ж.О. Атакулов

Председатель научного семинара при научном
совете по присуждению ученых степеней,
доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. В мире врожденные пороки остаются одной из важных причин детской смертности. Болезнь Гиршпрунга (БГ) является одним из врожденных пороков толстой кишки и составляет большую долю среди патологий у детей. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «...в общей структуре врожденных пороков доля патологии желудочно-кишечного тракта составляет до 25 % из всех пороков и занимает третье место... частота осложнений в раннем послеоперационном периоде составляет 9,1-77%, что приводит к неудовлетворительным функциональным результатам лечения и в 13% случаев возникает необходимость к повторным реконструктивным операциям»³. В настоящее время для предотвращения тяжелых осложнений, врожденных пороков развития, выбор методов лечения с учетом патогенетических механизмов, совершенствование хирургической тактики является одним из важнейших проблем в медицине.

В мире, с целью ранней диагностики болезни Гиршпрунга, определение факторов приводящих к развитию и острому течению заболевания, совершенствования методов лечения и профилактики, проводятся ряд целенаправленных научных исследований. В связи с этим, выбор уровня резекции в зависимости от анатомической формы, течения болезни и внедрение методов профилактики послеоперационных осложнений при хирургическом лечении врожденных пороков толстого кишечника у новорожденных и грудных детей, имеет особое значение, что послужило поводом для проведения научных исследований, направленных на совершенствование комплекса лечебных мероприятий.

В настоящее время в нашей стране предприняты масштабные целевые меры по коренному улучшению качества и существенному расширению диапазона оказываемой населению медицинской помощи, в частности, в улучшении качества диагностики и результатов лечения детей с врожденными аномалиями, достигнуты положительные результаты. Поставлены задачи по «...Повышение качества специализированной медицинской помощи, оказываемой населению в нашей стране, дальнейшее реформирование системы экстренной медицинской помощи, профилактика инвалидности...»⁴. В соответствии с этим, улучшение результатов лечения БГ и снижение частоты инвалидности и смертности у новорожденных и грудных детей путём оптимизации ранней диагностики, и совершенствования хирургического лечения на основании результатов метода трансанального эндоректального низведения толстой кишки (ТЭНТК)

³World Health Organization. Congenital anomalies. fact sheet no. 24. World Health Organization website. 2016. <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>.

⁴ Указ Президента Республики Узбекистан № УП-4947 «О Стратегии действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017–2021 годах» от 7 февраля 2017 года.

с учетом атрофии и дисганглиоза нервных пучков в проксимально супрастенической расширенной части, является одним из актуальных направлений и имеет большое научное и практическое значение.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указах Президента Республики Узбекистан №УП-4947 «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан» от 7 февраля 2017 года, №УП-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7 декабря 2018 года, №ПП-3071 «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017–2021годы» от 20 июня 2017 года, ПП-4063 от 18 декабря 2018 года «О мерах по повышению уровня физической активности и поддержки населения и поддержки здорового образа жизни, профилактики неинфекционных заболеваний», а также в осуществлении иных нормативно-правовых актов.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Данное исследование выполнено в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологий республики VI «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. В настоящее время существенно пересматривается тактика многоэтапного лечения новорожденных и грудных детей с БГ. Неадекватная верификация заболевания на клиническом, рентгенологическом и морфологическом уровне негативно влияет на выбор тактики и методов хирургического лечения новорожденных и детей грудного возраста. У новорожденных и грудных детей с БГ клиническая картина существенно отличается от детей других возрастных групп. Компенсированное и субкомпенсированное течения БГ встречаются чаще. В 25% случаев имеется расхождение рентгенологических и морфологических данных (О.А. Говорухина 2017; Н.Н. Ахпаров 2018; Luis De la Torre at. all. 2017). Доказано что, к моменту рождения ребёнка интрамуральные, ганглионарные клетки не достигают полной морфологической зрелости, поэтому биопсия прямой кишки недостоверна. Дискутабельными остаются вопросы взятия биопсийного материала только из слизистой или из всех мышечно - подслизистых слоев толстой кишки. С другой стороны, запоздалая диагностика и неадекватная тактика лечения в грудном возрасте грозит неблагоприятными исходами (А.Л. Ионов, Я.П.Сулавко2016; M.L.Westfal at.all. 2018). Таким образом, верификация клинικο-рентгенологической диагностики с учетом морфологической картины и выбор тактики хирургического лечения у грудных детей с БГ является актуальной проблемой.

На сегодняшний день, при дистальных формах БГ у грудных детей в основном рекомендуется малотравматичный метод - трансанальное эндоректальное низведение толстой кишки (ТЭНТК), который позволяет интраоперационно определить уровень резекции на расширенном участке

(Tran V.Q., Lam K.T., Truong D.Q. et all 2016). В грудном возрасте при лечении БГ каждый хирургический метод требует дифференцированного выбора уровня резекции в зависимости от анатомической формы, течения болезни (Yoshitomo Y, Syoichi N, et all 2017). Ряд вопросов тактического, оперативно-технического плана, выбора методов операции и уровня резекции детям грудного возраста остаются спорными, требуют научного обоснования. У каждого четвертого оперированного ребёнка в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах наблюдаются осложнения: несостоятельность анастомоза, перитониты, некроз низведенной культи кишки, нагноение параректальной клетчатки, абсцесс межфутлярного пространства, сужение анастомоза, недержание кала, каломазание, учащение стула и рецидивы запоров. Частота осложнений в раннем послеоперационном периоде составляет 77%, что приводит к неудовлетворительным функциональным результатам лечения, а также 13 % случаев возникает необходимость повторных реконструктивных операций (В.Н. Грон и др.2012; М.Р. Давлятов 2016; В.В. Сытьков и др.2017; Вохидов А. Ш. 2018).

В последние годы в нашей стране проведены ряд научных исследований по изучению БГ, однако современные исследования по-прежнему показывают различия в тяжести заболевания, тактике обследования у грудных детей, выборе оперативных методов и выборе уровня резекции кишки, ранним и поздним осложнениям во время и после операции, уделяется мало внимания по научным работам.

Решение этих вопросов поможет повысить эффективность лечения БГ, что является одной из основных задач здравоохранения, и предотвратить инвалидность. Исходя из вышеизложенного, требуется проведение научных исследований, направленных на совершенствование принципов ранней диагностики и лечения БГ.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационная работа выполнена по плану научно-исследовательских работ Ташкентского педиатрического медицинского института в рамках научно-исследовательского проекта №01.980006703 «Диагностика, лечение и профилактика врожденных и приобретенных заболеваний у детей» (2014-2018 гг.).

Цель исследования является совершенствование метода хирургического лечения болезни Гиршпрунга у новорожденных и грудных детей путем сравнительной оценки эффективности различных методов операции.

Задачи исследования:

изучить особенности клинического течения и рентгенологической диагностики БГ у новорожденных и грудных детей;

провести сравнительный анализ результатов операций брюшно-промежностной проктопластики (БППП) и трансанального эндоректального низведения толстой кишки (ТЭНТК) у грудных детей в зависимости от

формы и течения болезни;

разработать критерии выбора уровня резекции толстой кишки путем гистоморфологического исследования;

оптимизировать показания, сроки операции и изучить эффективность трансанального метода коррекции БГ у новорожденных и грудных детей;

разработать алгоритм лечения новорожденных и грудных детей с БГ в зависимости от анатомических форм и течения болезни.

Объектом исследования явились 75 новорожденных и грудных детей с различными формами БГ, оперированных с применением брюшно-промежностной проктопластики и трансанального эндоректального низведения толстой кишки.

Предмет исследования является венозная кровь, капиллярная кровь, кровь для биохимических исследований, копрология и биоптатные материалы для гистоморфологических исследований.

Методы исследования. В исследовании были использованы клинические, биохимические, копрологические рентгенологические, гистоморфологические и статические методы исследования.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

обоснована роль патоморфологических изменений резецированных участков толстой кишки при болезни Гиршпрунга у детей грудного возраста, в развитии одной из форм пролиферативного, атрофико-склеротического и отечно-деструктивного колита;

обосновано развитие вторичной деструкции нервных узлов, атрофии нервных пучков и дисганглиоза проксимально супрастенотически расширенного участка толстой кишки за счет копростазы при болезни Гиршпрунга у детей грудного возраста;

установлено развитие гипоперистальтики в отдаленном послеоперационном периоде при болезни Гиршпрунга за счет гипо-, дисганглионарных зон, локализующихся на расстоянии до 5 см в супрастенотически расширенном отделе толстой кишки;

обосновано применение хирургического метода трансанального эндоректального низведения толстой кишки при дистальных формах болезни Гиршпрунга, приводящей к уменьшению кровопотери и травматизации органов малого таза;

доказано снижение травматизации органов малого таза и кровопотери при применении трансанального эндоректального низведения толстой кишки при дистальных формах болезни Гиршпрунга.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

разработанный алгоритм способствует правильному выбору диагностики, тактики лечения и хирургической коррекции БГ у новорожденных и грудных детей, снижению количества послеоперационных осложнений и повышению качества жизни;

экспресс-биопсия и морфологическая диагностика во время операции позволяют максимально точно определить уровень резекции супрастенотической расширенной зоны толстой кишки при различных

формах БГ;

для профилактики стеноза колоанального анастомоза целесообразно начинать бужирование на 12-14 сутки после трансанального эндоректального низведения толстой кишки;

для ирригографии детям с БГ в период новорожденности и грудном возрасте целесообразно использовать водорастворимые контрастные препараты (триомбаст, урографин и т.д).

Достоверность полученных результатов. Объясняется подтверждением примененных теоретических подходов и методов, методологической правильностью проведенных исследований, достаточным количеством обследованных больных, обработкой данных с помощью современных, взаимодополняющих клинических, биохимических, клинико-инструментальных и статических методов, разделение по формам и течению БГ с учётом международного и местного опыта, заключение, выводы, полученные результаты были подтверждены компетентными органами.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость полученных результатов исследования обоснована тем, что для выявления патогенетических механизмов развития БГ у новорожденных и грудных детей при оценке клинико-функциональных, биохимических, инструментальных данных, предложены дополнительные диагностические и лечебные критерии, для улучшения ранней диагностики и оперативного лечения.

Практическая ценность работы заключается в том, что правильный выбор диагностики, лечебной тактики и хирургической коррекции БГ у новорожденных и грудных детей с применением трансанальной эндоректальной низведения толстой кишки позволил улучшить результаты хирургического лечения при дистальной форме БГ, что подтверждается сокращением койко-дней стационарного лечения и снижением риска ранней инвалидности и выздоровлением пациентов.

Внедрение результатов исследования.

На основе полученных результатов исследования по выбору тактики и способа хирургического лечения болезни Гиршпрунга у новорожденных и грудных детей:

утверждены методические рекомендации «Хирургическое лечение болезни Гиршпрунга у грудных детей» (утверждено в Министерстве здравоохранения №8н-р/466 от 07 июня 2021 г.). В результате применение лечебно-диагностических алгоритмов ведения новорожденных и грудных детей с болезнью Гиршпрунга позволило на ранних этапах диагностировать заболевание, выбрать наиболее эффективный метод хирургического лечения, уменьшить осложнения, а также сократить продолжительность пребывания пациентов в стационаре;

полученные научные результаты внедрены в клиническую работу Кашкадарьинского областного детского многопрофильного медицинского центра, Ташкентской городской детской клинической больницы №1 (утверждено в Министерстве здравоохранения № 8н-з/257 от 26 июля 2021

года). Применение предложенного комплексного подхода позволило улучшить качество диагностики и лечения детей с БГ, снизить частоту осложнений в 2,1 раза, сократить срок лечения до 31,5%, уменьшить стоимость лечения на 29,2%.

Апробация результатов исследования. Результаты данной работы доложены и обсуждены на 5 научно-практических конференциях: 2 международных и 3 республиканских.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликованы 13 научных работ; 5 журнальных статей, 4 из которых в республиканских, 1 - в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей Аттестационной Комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырёх глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, основной текст составил 106 страниц.

ОСНОВНЫЕ СОДЕРЖАНИЯ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснована актуальность и востребованность диссертационной работы, сформулированы цель и задачи исследования, определена научная новизна и научно-практическая значимость результатов, представлены сведения об апробации и опубликованности результатов работы, объеме и структуре диссертации.

В первой главе «**Современные аспекты болезни Гиршпрунга**» изложен обзор литературных данных, посвященный частоте, распространенности, этиопатогенезу клинико-анатомических форм, классификации, диагностическим исследованиям, истории методов хирургического лечения БГ. Освещены непосредственные и отдалённые результаты лечения, дискуссионные задачи ранней диагностики и хирургического лечения новорожденных и грудных детей с БГ требующие решения.

Во второй главе «**Материалы и методы исследования**» представлены материалы и методы исследования. Работа основана на анализе результатов диагностики и лечения 75 больных с БГ на клинических базах РПЦ, 1-ГКДБ, 2-ГКХДБ с 2010 по 2020 гг. Возраст детей варьировал от 1 дня до 12 месяцев жизни. Мальчиков было 62 (82,7%), девочек-13 (17,3%) (таб. 1).

Таблица 1.

Возрастная и половая структура больных с БГ (n-75)

Возраст (мес.)	Мальчики		Девочки		Всего (%)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Новорожденные	7	9,3	2	2,7	9	12
28 дней– 3мес	9	12,0	6	8	15	20,0
3–6мес	22	29,3	1	1,3	23	31,0
6–9мес	12	16,0	3	4,0	15	20,0
9–12мес	12	16,0	1	1,3	13	17,3
Итого	62	82,7	13	17,3	75	100

Из всех обследуемых детей 53 (71%) ребёнка были в возрасте от 28 дней до 9 месяцев. Соотношение мальчиков и девочек 5:1.

Нами использована классификация БГ предложенная А.И. Лёнюшкиным (2009г). Согласно данной классификации, нами выявлены следующие анатомические формы и стадии клинического течения БГ (таб.2).

Таблица 2

**Анатомические формы и стадии клинического течения БГ
у новорожденных и грудных детей**

Анатомическая форма	Клиническое течение						Всего (%)	
	Компенсированное		Субкомпенсированное		Декомпенсированное			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ректальная								
1. Суперкороткий аганглионарный сегмент	-	-	-	-	-	-		
2. Короткий аганглионарный сегмент	6	8	7	9,3	-	-	13	17,4
Ректосигмоидальная								
1. Поражение дистальной части сигмовидной кишки	5	6,7	29	38,7	1	1,3	35	46,7
2. Поражение половины и всей сигмовидной кишки	-	-	15	21,3	4	5,3	19	25,3
Субтотальная								
1. Поражение левой половины ободочной кишки (до селезеночного изгиба)	-	-	3	4	2	2,7	5	6,7
2. Поражение правой половины ободочной кишки (до печеночного изгиба)	-	-	1	1,3	1	1,3	2	2,6
Тотальная								
1. Поражение дистальной части подвздошной кишки	-	-	-	-	1	1,3	1	1,3
Итого	11	14,7	55	73,3	9	11,9	75	100

Примечание: учитываются анатомические формы болезни Гиршпрунга.

Среди 75 исследованных больных выявлены следующие формы БГ: ректальная форма у 13 (17,4%) детей; ректосигмоидная – 54 (72,0%) ребёнка; субтотальная – 7 (9,3%) и тотальная – у 1 (1,3%) ребёнка соответственно. Дистальная форма БГ отмечалась у 67 (89,4%), компенсированное и субкомпенсированное течение отмечено у 66 (88 %) детей.

Первичный диагноз БГ у 54 (72%) новорожденных и грудных детей установлен в клинике, 21 (28%) ребенок поступил с ранее установленным диагнозом или для его уточнения.

Пациентам с проксимальной и декомпенсированной формой БГ наложена стома в 14 (18,7%) случаях: илеостома наложена у 1 (7,1%); трансверзостома – 6 (43%); сигмастома – 7 (50%) больным соответственно.

При обследовании больных детей в клинике выявлены следующие сопутствующие заболевания: анемия – у 59 (78,7%), гипопроотеинемия- у 32 (42,7%), гипотрофия - у 21 (28%) ребенка соответственно. У 20 (26,7%) грудных детей выявлены неврологические заболевания. Сопутствующие заболевания и врожденные пороки развития других органов и систем отмечены у 25 (33,3%) детей с БГ.

Для диагностики БГ нами проводились следующие методы исследования:

- клинические (анамнез и катамнез болезни; объективное обследование; осмотр аноректальной области; пальцевое исследование прямой кишки);
- лабораторные (развернутый анализ крови, биохимический анализ крови: общий белок, мочевины, билирубин, уровень глюкозы, С- реактивный белок; коагулограмма; копрология, бактериологическое исследование кала, общий анализ мочи);
- рентгенологические (полипозиционная ирригография, обзорная рентгенография);
- УЗИ (трансабдоминальное, трансперинеальное); морфологические (исследование биоптатов из резецированного участка толстой кишки).

Эффективность метода операции оценивали, распределив больных по группам. В основную группу вошли 34 больных, которым была проведена операция ТЭНТК; в контрольную – 32 ребёнка, которым провели операцию БППП.

Хирургическое лечение нередко включало не только основной этап – радикальную коррекцию, но и наложение колостомы. Предпочтение отдавалось петлевой колостоме при субтотальной форме, илеостоме при тотальной форме БГ.

В 2017–2020 г. мы полностью освоили методику ТЭНТК (Де ла Торре - Мондрагон) для грудных детей. Основные моменты техники операции заключались в следующем:

- положение больного на операционном столе - на животе, с валиком под областью таза и разведенными ногами; при этом брыжейка кишки находится сверху, что облегчает визуализацию и создает удобный доступ;
- при демукотации протяженность серозно-мышечного цилиндра не должна превышать 3–5 см., этого достаточно для предотвращения сдавливания низведенной кишки аганглионарным цилиндром;
- колоректальный анастомоз накладывается в один ряд узловыми швами, что увеличивает прочность удержания кишки в канале низведения и препятствует ее ретракции;
- для профилактики ретракции колоректального анастомоза накладывают узловые швы между наружным футляром и низведенной кишкой;
- при наложении анастомоза используют прецизионную технику для наилучшего сопоставления слизистой оболочки, что укрепляет анастомоз, делает рубец тонким и нежным, препятствует его стенозированию;

– при наложении анастомоза используется рассасывающийся шовный материал малого диаметра – викрил и ПДС 3/00 и 4/00, это уменьшает воспалительные явления и рубцовый процесс в области анастомоза.

В послеоперационном периоде раннее сбалансированное энтеральное кормление способствует восстановлению нутритивного статуса, перистальтики низведенной кишки и нормализации пассажа ЖКТ. Как правило, в 96% случаев кормление детей начинали с 1-2 суток, первый стул появлялся на 2-3 сутки. Детям грудного возраста с сопутствующими заболеваниями, колостомой и низкой массой тела назначали сбалансированные смеси.

В течение 1-3 недель при заживлении анастомоза прямой кишки возможны явления анастомозита. Этот период совпадает со сроком установления нормального стула, купирования симптомов кишечного дисбактериоза, поэтому для профилактики развития явлений стеноза места анастомоза наиболее целесообразно проводить бужирование именно на 10-14 сутки после операции.

Для изучения отдаленных результатов через 6-12 месяцев после радикальной операции проводили анкетирование у 56 (74,7%) детей по балльной шкале (таб.3).

Таблица 3

Перечень вопросов анкетирования для оценки отдалённых результатов хирургического лечения БГ

Критерии оценки	1 балл	2 балл	3 балл	4 балл	5 балл
1. Вздутие живота	Нет	Редко	Периодически	Часто	Постоянно
2. Затруднение акта дефекации	Нет	Редко	Через 2 дня с трудом, но самостоятельно	Через 3-4 дня с трудом, но самостоятельно	Через 4-6 дней, не самостоятельно, после клизмы
3. Чувства позыва к дефекации (старше 3 лет)	Сохранена	Сохранена, редко-непроизвольная дефекация на фоне разжиженного стула	Сохранена при нормальной консистенции стула, нарушена-при жидком стуле	Нарушена, позыв к дефекации слабый	Нарушена, позыв к дефекации отсутствует
4. Каломазание с отсутствием позыва к дефекации	Нет	Редко, при жидком стуле	Периодически	Часто	Постоянно
5. Недержание кала	Нет	Редко	Периодически	Часто	Постоянно
6. Энтероколит	Нет	1 раз в год	2 раза в год	3-4 раза в год	Часто/постоянно

Если результаты составляют 0-6 баллов, оценивается как отличный.

При 6-12 баллах результаты оценивали хорошими с рекомендациями реабилитационного лечения профилактического характера, диспансерных наблюдений в течение 6 месяцев.

При 12-18 баллах результаты лечения оценивали удовлетворительными, рекомендовали реабилитационное лечение для устранения осложнения и диспансерное наблюдение в течение 1 года до полной коррекции осложнения.

При 18 и выше баллах результаты лечения признавали неудовлетворительными. Больным рекомендовали корригирующее лечение для устранения осложнения, затем реабилитационное лечение. Диспансерное наблюдение - в течение 1-2 лет до полного излечения.

В третьей главе **«Клинико - морфологическое исследование при БГ у новорожденных и грудных детей»** представлены особенности клинического течения болезни и методы морфологического исследования. Изучены клинические проявления БГ у 75 детей, из них 9 (12%) новорожденные. Из анатомических форм: ректальная отмечена у 13 (17,3%) детей; ректосигмоидальная-у 54 (72 %); субтотальная- у 7 (9,3%), тотальная - у 1 (1,3%) ребенка соответственно. По клиническому течению: декомпенсированное течение выявлено у 9 (12%); субкомпенсированное – у 55 (73,3%); компенсированное – у 11 (14,7%) детей. При этом в совокупности у 67 (89,3%) больных отмечались дистальные (ректальные и ректосигмоидальные) формы БГ.

Особенно затруднена диагностика БГ у новорожденных. Клиническая картина БГ у новорожденных зависит от клинической стадии болезни. У 9 (12%) новорожденных с декомпенсированным течением в раннем послеродовом периоде (1-3 дня жизни) отмечена картина низкой кишечной непроходимости (КН): отсутствие отхождения мекония, газов, видимая перистальтика кишечника с обильной рвотой кишечным содержимым. На обзорной рентгенограмме у всех этих больных отмечались множественные уровни (чаши Клойбера). Эти пациенты (9 (12%)) были оперированы в экстренном порядке с предварительным диагнозом «врожденная низкая кишечная непроходимость», БГ была установлена интраоперационно.

Для субкомпенсированного течения (55 больных) БГ характерны потеря аппетита, срыгивание, упорные запоры при малейших нарушениях режима, метеоризм. Регулярное проведение очистительных клизм улучшает состояние ребёнка. При субкомпенсированном течении БГ выявляли в 50 (90%) ректосигмоидную, а в 5 (10%) случаях ректальную форму. Компенсированное течение отмечено у 8 (10,7%) детей с ректальной формой БГ.

Целенаправленные морфологические исследования резецированных частей толстой кишки проведены 26 больным с БГ в возрасте от 7 дней до 12 месяцев.

По характеру морфологических изменений детей разделили на 3 группы. В первой группе (8 случаев) во всех слоях стенок кишки в зоне аганглиоза выявлены хроническая воспалительная инфильтрация и склероз. Во второй группе (7 случаев) отмечалось отсутствие нервных ганглиев в переходной

зоне, диффузное разрастание соединительной ткани в подслизистом и в интерстиции мышечного слоёв стенки кишки. В третьей группе (9 случаев) отмечалась атрофия ганглий с преобладанием отечно-деструктивных изменений и поражением лимфоидного аппарата кишечника.

Комплексное патоморфологическое исследование показало, что в основе структурных изменений толстой кишки при всех формах хронического колита при БГ у грудных детей в основе нарушения иннервации лежит: в первой группе хронический воспалительный процесс, во второй – атрофически склеротический процесс, в третьей – отечно-деструктивные процессы со стойкими нарушениями микроциркуляции, преобладанием атрофии нервных ганглий. Результаты микроскопического исследования зоны расширения стенки толстой кишки показали, сохранение диффузного или очагового воспалительного поражения в основном подслизистого слоя кишки с проникновением в собственную пластинку слизистой оболочки. Таким образом, микроскопическое изучение зоны сужения и расширенной зоны толстой кишки при БГ у грудных детей позволило выделить следующие морфологические формы хронического колита: пролиферативно-воспалительную, склеротическую и отечно-деструктивную.

Со стороны нервного аппарата отмечены дисганглиоз и гиперганглиоз, свидетельствующие о воспалительном процессе и поражении нервных узлов в проксимальных отделах толстой кишки или оставшихся от зоны резекции отделах. Дисганглиоз может быть в пределах до 5 см., проксимально от переходной зоны.

Таким образом, на основании данных гистоморфологии можно определить оптимальную верхнюю границу уровня резекции при ректальной и ректосигмоидальной формах БГ. Даже при незначительной дилатации супрастенотической зоны дисганглионарные и «неполноценные» участки нервных сплетений имеют разную степень. Поэтому мы рекомендуем широкую резекцию на расстоянии минимум 5 см выше супрастенотической расширенной зоны. Мы считаем этот участок оптимальным для резекции, исключая рецидив заболевания.

В четвертой главе **«Результаты хирургического лечения болезни Гиршпрунга у новорожденных и грудных детей»** представлены способы хирургического лечения. В настоящее время широко используются такие методы, как БППП по Соаве в модификации (Болей, Лёнюшкина) и ТЭНТК (Де Ла Торре-Мондрагон). Применение этих методик детям грудного возраста требует оптимизации показаний. Дифференцированный выбор способа зависит от анатомической формы, степени компенсации и течения заболевания.

Для сравнительной оценки эффективности выбранного способа оперативного вмешательства больных распределили на две группы. Основная группа – 34 больных, которым выполняли ТЭНТК; контрольная – 32, которым провели БППП по Соаве (Болей, Лёнюшкина). Возрастное распределение больных основной и контрольной группы представлено в таб.4.

Таблица 4

Распределение больных основной и сравнительной группы по возрасту и по формам заболевания (n=66)

Формы БГ		Контрольная группа				Основная группа				Итого
		1-3	3-6	6-9	9-12	1-3	3-6	6-9	9-12	
Ректальная	абс.	-	4	2	1	-	2	2	2	13
	%	-	12,5	6,3	3,1		5,9	5,9	5,9	19,7
Ректосигмоидная	абс.	-	5	5	10	11	12	4	1	48
	%	-	15,6	15,6	31,3	32,4	35,3	11,8	2,9	72,7
Субтотальная	абс.	-	2	3	-	-	-	-	-	5
	%	-	6,3	9,4						7,6
Тотальная	абс.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	%	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Всего:	абс.	-	11	10	11	11	14	6	3	66
	%	-	16,7	15,2	16,7	16,7	21,2	9,1	4,5	100
		32 (48,5%)				34 (51,5%)				

Результаты хирургической коррекции БГ у больных контрольной группы

Мы проанализировали (ретроспективно) результаты хирургической коррекции БППП по методу Соаве в модификации Болей и Лёнюшкина у 32 детей грудного возраста в зависимости от клинического течения и анатомической формы болезни за 2010–2017 г.: в 78,1 % случаев выполнили операцию Соаве-Болей, из них в 9,4% случаев операцию выполнили с одновременной ликвидацией колостомы. В 3 (9,4%) случаях детям в возрасте 3-6 месяцев применили операцию Соаве-Лёнюшкина, из них 1 больному операцию с одновременной ликвидацией колостомы. Показаниями к операции БППП по Соаве с модификацией Болея и Лёнюшкина были проксимальные (тотальная и субтотальная) формы БГ, наличие колостомы, ректосигмоидальная форма с длинной зоной аганглиоза.

Ближайшие послеоперационные осложнения изучены при ретроспективном анализе истории болезни и непосредственном ведении больных. В послеоперационном периоде продолжительность обезболивания составила, в среднем, 4±1 дня; энтеральное кормление начали на 4±2 сутки после операции. В среднем, дети этой группы находились в отделении реанимации 5±2 койко-дней, выписаны из стационара через 24±10 дней.

Отдалённые результаты хирургического лечения контрольной группе изучены у 27 (84%) больных путём анкетирования во время катamnестического приёма, осмотра больного непосредственно и посредством электронного общения, заполнения анкеты родителями оперированных детей. Отличные результаты в контрольной группе отмечены у 10 (37%) детей, хорошие результаты у 6 (22%), удовлетворительные - у 7 (26%), неудовлетворительные - у 4 (15%) больных (рис. 1).

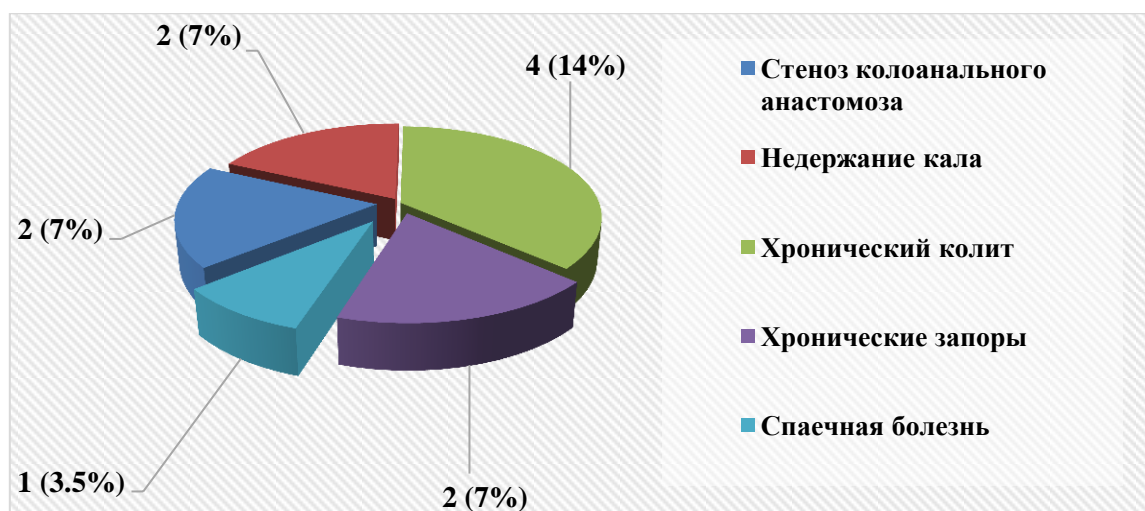


Рис.1. Поздние осложнения (при удовлетворительных и неудовлетворительных результатах) после БППП по Соаве в модификации (n=27).

Результаты хирургической коррекции БГ у больных основной группы

В 2017–2020 гг. 34 новорожденным и детям грудного возраста с дистальной формой БГ и без колостомы проводили радикальные операции по методу ТЭНТК (Де Ла Торре-Мондрагон).

Одним из важных аргументов при выборе данного способа является ремиссия энтероколита, отсутствие тотальной и субтотальной формы болезни. Противопоказаниями считаем декомпенсированную (острая) стадию, тотальные и субтотальные формы БГ, энтероколит, тяжёлый соматоневрологический фон, заболевания или опухоли анальной области, глубокие эрозивные язвы в слизистой ампулы прямой кишки и гнойные воспаления периаанальной области.

Учитывая анатомо-физиологические особенности развития органов тазового дна у грудных детей, мы включили дополнения в классическую технику ТЭНТК.

- Важное значение имеет остаток протяженности наружного серозно-мышечного цилиндра, который не должен превышать 3-5 см, чтобы попасть в тазовую полость на уровне переходной складки брюшины. Дополнительные продольные рассечения по задней поверхности футляра, как указано в классических вариантах операции, мы не проводим. В результате, кровотечение из мышц футляра исключается. Предотвращаются повреждения нервов, тазовых структур, окружающих кишку, исключается сдавливание низведенной кишки аганглионарным длинным цилиндром.

- При отсутствии дополнительной петли сигмовидной кишки и длинной зоны аганглиоза для защиты анастомоза от расхождения швов, мы рекомендуем на 9, 12, 3 часах по условному циферблату дополнительно накладывать фиксирующие швы между стенками низведенной кишки и наружного футляра. Это увеличивает прочность удержания кишки в канале низведения и препятствует её ретракции. Колоректальный анастомоз накладываем обычно в один ряд узловыми швами.

- Во всех случаях в послеоперационном периоде в прямой кишке оставляем катетер Фоллея № 26–30, надутый для защиты анастомоза от кала.

Преимущества ТЭНТК многообразны. Это радикальность; малотравматичность; одноэтапность; отсутствие или минимальные послеоперационные осложнения со стороны брюшной полости и органов малого таза; гладкое послеоперационное течение, возможность энтерального кормления через 1 сутки после операции, сокращение койко-дней и экономических затрат. Данная методика минимизирует операционную травму на соседние тазовые органы: уретру, предстательную железу, семенной пузырь, что является профилактикой нарушения акта мочеиспускания и патологии репродуктивных органов в будущем.

Отдалённые результаты хирургического лечения изучены у 29 (85%) больных. Отличные результаты получены у 13 (45%), хорошие результаты получены у 8 (27.5%), удовлетворительные – у 5 (17%) и неудовлетворительные у 3 (10%) больных. Несмотря на преимущества ТЭНТК перед БППП, у 23% больных основной группы возникли поздние осложнения (рис. 2).

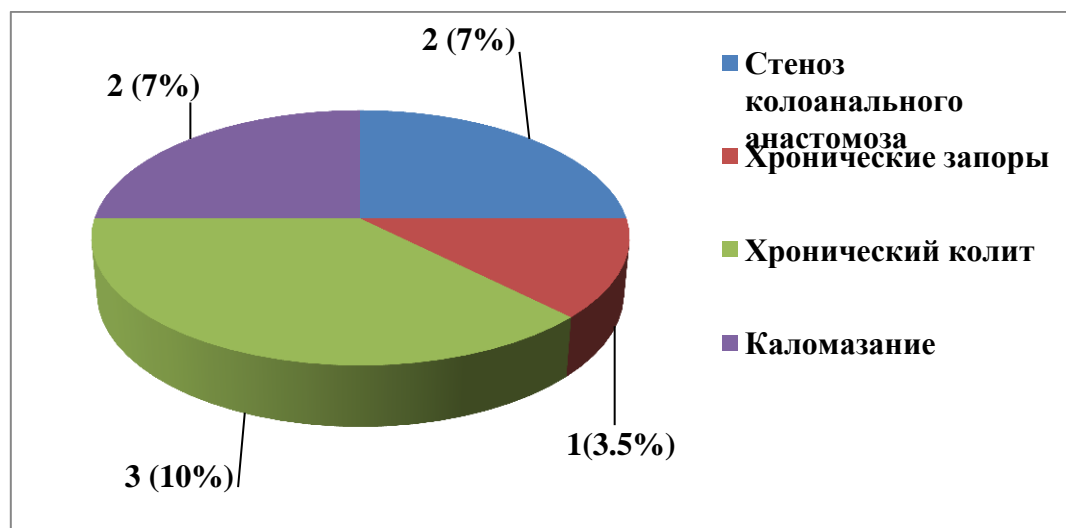


Рис. 2. Поздние осложнения у больных основной группы после ТЭНТК.

В 14% случаев отмечен стеноз колоанального анастомоза и каломазание; в 10 % хронический колит. Все осложнения устранены соответствующими реабилитационными мероприятиями (физиотерапия, ЛФК, электростимуляция, БОС терапия).

Сравнительная оценка результатов лечения больных БГ основной и контрольной группы в послеоперационном периоде

Методики, примененные у больных основной и контрольной группы сравнивали по следующим параметрам: анестезиологическая поддержка (таб.5), продолжительность операции (таб.6), характер инфузионной и парентеральной терапии, начало энтерального кормления (таб.7), длительность послеоперационного обезболивания. Провели сравнительный анализ ранних и поздних послеоперационных осложнений.

Таблица 5

Виды и методы введения наркоза в сравниваемых группах

		Основная группа (ТЭНТК), n=34		Контрольная группа (БПП), n=32		Итого	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Вид наркоза	Интубационный	11	32,4±8,1*	32	100±0,0	43	65,2±5,9
	Спинальный	11	32,4±8,1	-	-	11	16,7±4,6
	Интубационный+спинальный	12	35,3±8,3	-	-	12	18,2±4,8
Всего		34	51,5±6,2	32	48,5±6,2	66	100

Примечание: *- достоверно по сравнению с показателями контрольной группы (*-P<0,001)

Как видно из таблицы 5., в основной группе спинальная анестезия проведена 32,4% больным при коротких формах аганглиоза, интубационный наркоз применен у 32,4% детей при лапароскопическом ТЭНТК, комбинированный наркоз применен у 35,2% больных с ректосигмоидной формой БГ с длинной зоной аганглиоза. В контрольной группе во всех случаях использовали интубационный наркоз.

Таблица 6.

Длительность операции в сравниваемых группах

	Основная группа (ТЭНТК), n=34	Контрольная группа (БПП), n=32	P
Длительность операции (минуты)	132,2±6,1*	165,9±7,3	P<0,001

Примечание: *- достоверно по сравнению с показателями контрольной группы (*-P<0,001)

Отмечена существенная разница в продолжительности операции в сравниваемых группах. Из-за обширности БПП по Соаве, в среднем, продолжительность операции составила 165,9±7,3 минуты. При ТЭНТК потребовалось, в среднем, 132,2±6,1 минуты; что статистически достоверно меньше (P<0,001).

Таблица 7.

Сравнительная характеристика послеоперационной терапии в основной и в контрольной группах

		Основная группа (ТЭНТК), n=34		Контрольная группа (БПП), n=32	
		абс.	%	абс.	%
Послеоперационная терапия	1. Парентеральная терапия:	34	100	32	100
	2. Гемостатическая терапия	34	100	32	100
	3. Инфузионная терапия	34	100	32	100
	4. Плановое обезболивание:	34	100	32	100
	5. Антибактериальная терапия	34	100	32	100
	Энтеральное кормление:	-	-	-	-
	1-2 суток	34	100	-	-
	3-6 суток	-	-	32	100
	Общие койко- дни	17,4±1,1*		24,5±1,3	

Примечание: *- достоверно по сравнению с показателями контрольной группы (*-P<0,001)

Койко-дни, в среднем, в контрольной группе составили - $24,5 \pm 1,3$ суток, в основной группе – $7,4 \pm 1,1$ суток. Дети основной группы находились в стационаре статистически достоверно меньше по сравнению с контрольной группой. Энтеральное кормление в основной группе в послеоперационном периоде начинали значительно раньше (на 1-2 сутки), что благоприятно влияло на общее состояние младенца.

В раннем послеоперационном периоде дисфункция кишечника наблюдалась в контрольной группе у 16 (50%) больных, в основной - у 6 (18%). Обострение энтероколита в контрольной группе отмечено в два раза больше (8 больных), чем в основной (4 детей). Среди поздних (через 6 и более месяцев после операции) послеоперационных осложнений стеноз колоанального анастомоза в основной группе наблюдался в 6,8% случаев, в контрольной – в 7,4%; недержание кала в основной группе не отмечалось, а в контрольной группе отмечено в 7,4% случаев. Хронический колит в основной группе мы отмечали у 10,3% больных, в контрольной – у 14,8%. Существенные различия отмечены в сравниваемых группах по ХЗ. Так, в основной группе хронический запор отмечен у 3,4% детей, в контрольной – у 7,4 %. Спаечная болезнь выявлена только у больных контрольной группы (4,8%) (таб.8).

Таблица 8

Ранние и поздние послеоперационные осложнения в обеих группах

Ранние послеоперационные осложнения	Основная группа (ТЭНТК), n=34		Контрольная группа (ББПП), n=32		Р
	абс.	%	абс.	%	
Несостоятельность швов анастомоза	1	$2,9 \pm 2,9$	-	-	$>0,05$
Энтероколит	4	$11,8 \pm 5,6$	8	$25,0 \pm 7,8$	$>0,05$
Дисфункция кишечника (3-6 дней)	6	$17,6 \pm 6,6$	16	$50,0 \pm 8,7$	$<0,001$
Поздние послеоперационные осложнения	Основная группа (ТЭНТК), n=29		Контрольная группа (ББПП), n=27		
	абс.	%	абс.	%	
Стеноз колоанального анастомоза	2	6,8	2	7,4	
Недержание кала	-	-	2	$7,4 \pm 6,6$	$>0,05$
Каломазание	2	$6,8 \pm 5,8$	-	-	$>0,05$
Хронический колит	3	$10,3 \pm 5,8$	4	$14,8 \pm 8,5^*$	$<0,05$
Хронические запоры	1	$3,4 \pm 1,2$	2	$7,4 \pm 5,5^*$	$<0,05$
Спаечная болезнь	-	-	1	$4,8 \pm 4,8$	$>0,05$
Летальность	-	-	-	-	

Примечание: *- достоверно по сравнению с показателями контрольной группы (*- $P < 0,001$)

На основании анализа клинического течения и результатов лечения, мы разработали алгоритм диагностики и лечения новорожденных и грудных детей с БГ (рис.3).



Рис.3. Алгоритм диагностики и лечения новорожденных и грудных детей с БГ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенных исследований диссертации доктора философии (PhD) на тему «Выбор тактики и способа хирургического лечения болезни Гиршпрунга у новорожденных и грудных детей» представлены следующие выводы:

1. У новорожденных и грудных детей типичное клиническое проявление БГ отмечается только в 65% случаев, а у 35% больных данного возраста заболевание протекает в атипичной форме. Чувствительность клинорентгеноконтрастных исследований при БГ у новорожденных и грудных детей составляет 88%.

2. При хирургическом лечении дистальных форм БГ с суб- и компенсированными течениями, без энтероколита и колостомы методом выбора является ТЭНТК (Де ла Торре- Мондрагон), а при проксимальных формах, без энтероколита -БППП по методу Соаве (Болей или Ленюшкина) с

одновременной ликвидацией колостомы.

3. Выявленные при морфологических исследованиях дисганглионарные изменения в супрастенотической расширенной зоне толстой кишки при дистальных формах БГ позволяют определить оптимальную верхнюю границу резекции, которая должна быть не менее 5 см от начала супрастенотической зоны.

4. Показаниями к ТЭНТК являются дистальные формы БГ с компенсированным и субкомпенсированным течением без колостомии и без энтероколита. Наиболее оптимальным возрастом для ТЭНТК при дистальных формах БГ является возраст 1 - 6 месяцев. Данный возрастной период позволяет эффективно и с меньшим риском провести эндоректальное низведение. ТЭНТК обеспечивает более гладкое послеоперационное течение, раннее энтеральное кормление и сокращает койко-дни.

5. Использование разработанного алгоритма диагностики и лечения БГ у новорожденных и грудных детей позволяет правильно выбрать лечебную тактику и способы хирургической коррекции.

**SCIENTIFIC COUNCIL PhD.04/30.12.2019.Tib.102.01
ON AWARDING ACADEMIC DEGREES AT THE
SAMARKAND MEDICAL INSTITUTE**

TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL INSTITUTE

KHAMROEV ULUGBEK ABDURASHIDOVICH

**THE CHOICE OF TACTICS AND SURGICAL TREATMENT METHODS OF
HIRSCHSPRUNG'S DISEASE IN NEWBORNS AND INFANTS**

14.00.35 – Pediatric Surgery

**ABSTRACT OF THE DISSERTATION OF THE DOCTOR
OF PHILOSOPHY (PhD) IN MEDICAL SCIENCES**

SAMARKAND – 2022

The theme of the dissertation of a Doctor of Philosophy (PhD) was registered in the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under №B2019/2/PhD/Tib1012.

The dissertation was prepared at the Tashkent Pediatric medical institute.

The abstract of the thesis in three languages (Uzbek, Russian, English (resume)) is posted on the website of the Scientific Council (www.sammi.uz) and the Information and Educational Portal "Ziyonet" (www.ziyonet.uz).

Supervisor:

Ergashev Bahtiyor Berdalievich
Doctor of Medical Sciences, Professor

Official opponents:

Salimov Shavkat Teshaevich
Doctor of Medical Sciences, Professor

Shamsiev Jamshid Azamatovich
Doctor of Medical Sciences, Professor

Lead organization:

Avicenna Tajik State Medical University

The defense of the dissertation will be held at the meeting of the Scientific Council PhD. 04 / 30.12.2019.Tib.102.01 under the Samarkand State Medical Institute in 2022 "____" _____ hours _____. (Address: Samarkand, M.Ulugbek str., 70, SamDTI Clinic No. 2 (Multidisciplinary Specialized Pediatric Surgery Center), Tel/fax: 8 (366)-233-58-92, 233-79-03, e-mail: shodikulovagulandom@mail.ru).

The dissertation is available at the Information Resource Center of Samarkand State Medical Institute (registered under number ____). Address: Samarkand, Amir Temur street, 18, Tel / fax: (+99866) -233-30-34.

The abstract of the dissertation was distributed on 20_____ 2022.
(Register Protocol No. _____ dated 2022 "____" _____).

A. M. Shamsiev

Chairman of the Scientific council on award of scientific degrees, Doctor of Medical Sciences, professor

G. Z. Shodikulova

Scientific secretary of the Scientific council on award of scientific degrees, Doctor of Medical Sciences

J. O. Atakulov

Chairman of the scientific seminar of the Scientific council on award of scientific degrees, Doctor of Medical Sciences, professor

INTRODUCTION (abstract of PhD dissertation)

The purpose of the study is to improve the results of surgical treatment of HD in newborns and infants through a comparative analysis of the effectiveness of various surgical methods.

The object of the study 75 newborns and infants with various forms of HD were operated on using abdominoperineal proctoplasty and transanal endorectal resection of the colon.

The subject of the study is venous blood, capillary blood, blood for biochemical studies, coprology and biopsy materials for histomorphological studies.

Research methods. The study used clinical, biochemical, radiological, histomorphological and static research methods.

Scientific newness of the research:

substantiated, according to the results of a pathomorphological study of the resected sections of the colon, a combination of three types of colitis: proliferative-inflammatory, atrophic-sclerotic and edematous-destructive in HD in infants;

the development of secondary destruction, atrophy of the nerve bundles and dysgangliosis of the proximal suprastenotic enlarged colon due to caprostasis in Hirschsprung's disease in infants has been proven;

revealed hypo-, dysganglionic zones in the suprastenotically expanded part of the intestine at a distance of up to 5 cm, which can become a source of hypoperistalsis in the long-term period after surgery;

proven to reduce traumatization of the pelvic organs and blood loss when using transanal endorectal resection of the colon in distal forms of Hirschsprung's disease.

Implementation of the research results.

Based on the results of the study on the choice of tactics and method of surgical treatment of Hirschsprung's disease in newborns and infants:

Based on the results of the research, methodological recommendations "Surgical treatment of Hirschsprung's disease in infants" has been developed (reference of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 8 n-r. /466 dated 07 June 2021).

The results of the study were introduced into the activities of the Kashkadarya region of the RChMC in the 1st CChH of Tashkent (reference of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan. No. 8n-r/466 dated June 07, 2021 y.). The application of the proposed integrated approach has improved the quality of diagnosis and treatment of children with HD, reduced the incidence of complications by 2,1 times, reduced the duration of treatment to 31,5%, and reduced the cost of treatment by 29,2%.

Publication of the research results. 13 scientific papers have been published on the topic of the dissertation; 5 journal articles, 4 of which are in republican, 1 - in foreign journals recommended by the Higher Attestation Commission of the

Republic of Uzbekistan for publication of the main scientific results of dissertations.

The structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, 4 chapters, conclusions, conclusions, practical recommendations and a list of references. The main part of the volume of dissertation is 106 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; part I)

1. Хамраев А. Ж, Эргашев Б. Б., Хамроев У.А. Эффективность трансанальных операций при хирургическом лечении детей грудного возраста с болезнью Гиршпрунга// Журнал «Хирургия Узбекистана» 2017. № 2(74). -С.42-47.
2. Хамроев У. А. Эволюция хирургического лечения детей с болезнью Гиршпрунга// Журнал «Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана» 2019. №4(97).- С.152-158.
3. Исроилов Р. И., Хамроев У. А. Патоморфологические особенности болезни Гиршпрунга у новорожденных и детей грудного возраста// Вестник Ташкентской медицинской академии. 2021 г. №1. –С.130-137
4. Khamroev U.A., Ergashev B.B., Israilov R. Clinical features of early diagnosis and a choice of method of surgery for Hirschsprung disease in infants//J.«Medico-Legal Update». New Delhi. 2020. Vol. №4 (20).P 1494-1506.
5. Эргашев Б. Б., Хамроев У. А. Особенности диагностики и выбора тактики хирургического лечения болезни Гиршпрунга у грудных детей// Журнал «Евразийский вестник педиатрии» Ташкент. 2020. №4(7).-С.90-105.

II бўлим (II часть; part II)

6. Хамраев А. Ж, Акмоллаев Д. С., Эргашев Б. Б., Хамроев У. А. Операция Де ла Торре как метод выбора при дистальных формах болезни Гиршпрунга у детей// Журнал «Таврический медико-биологический вестник». Крим. 2018. № 4 (21).-С.89-92.
7. Эргашев Б. Б., Хамроев У. А. Особенности диагностики и тактики хирургического лечения болезни Гиршпрунга у грудных детей// Журнал «Хирургия детского возраста» Киев. 2021. №1(70).-С.32-37.
8. Эргашев Б. Б., Хамроев У. А. Хирургическое лечение болезни Гиршпрунга у грудных детей// Методическая рекомендация для врачей. Ташкент. 2021.
9. Эргашев Б. Б., Хамроев У. А. Эффективность малоинвазивных операции при болезни Гиршпрунга у грудных детей// «Актуальные проблемы педиатрии, детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии». Сборник тезисов. Научно-практическая конференция. 13 апреля, 2018 года. Карши.-С.52.
10. Хамроев У. А. Малоинвазивные операции при левосторонних формах болезни Гиршпрунга у грудных детей// «Актуальные проблемы педиатрии, детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии». Сборник тезисов. Научно-практическая конференция. 13 апреля, 2018 года. Карши.-С.53.

11. Эргашев Б. Б., Хамроев У. А. Отдалённые результаты хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей по методу Да ла Торре-Мандрагон// Российский симпозиум детских хирургов с международным участием «Болезнь Гиршпрунга и нейроинтестинальная дисплазия у детей». 19 апрель 2018 года. Москва. –С.54.

12. Хамроев У. А. Эффективность метода трансанального эндокертального низведения толстой кишки при болезни Гиршпрунга у грудных детей// Материалы ежегодной XXV-й научно-практической конференции «Опыт и перспективы формирования здоровья населения». 8 ноябрь 2019 года, Душанбе.-С.194.

13. Эргашев Б. Б., Хамроев У. А. Результаты трансанальной хирургической коррекции при дистальных формах болезни Гиршпрунга у грудных детей// «Современные аспекты диагностики и лечения хирургических заболеваний у детей » международный онлайн конференция. 25 сентябрь 2020 года. Ташкент.-С.149.

