

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

---

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**БОЗОРОВ ШАВКАТ ТОЖИДДИН ЎҒЛИ**

**АНОРЕКТАЛ РИВОЖЛАНИШ НУҚСОНЛАРИ АНИҚЛАНГАН  
БОЛАЛАРДА ПРЕВЕНТИВ КОЛОСТОМАЛАР ЎРНАТИШ УЧУН  
КЎРСАТМАЛАР ВА УСУЛЛАРНИ ТАНЛАШ**

**14.00.35 – Болалар хирургияси**

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

**Самарқанд – 2021**

**Тиббиёт фанлари буйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси  
автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD) по  
медицинским наукам**

**Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD) on medical  
sciences**

**Бозоров Шавкатжон Тождидин ўғли**

Аноректал ривожланиш нуқсонлари аниқланган болаларда превентив  
колостомалар ўрнатиш учун кўрсатмалар ва усулларни танлаш..... 3

**Бозоров Шавкатжон Тождидин угли**

Показания и выбор метода наложения привентивных колостом  
у детей с аноректальными пороками развития ..... 21

**Bozorov Shavkatjon Tojiddin ugli**

Indications and choice of the method of applying preventive colostomy  
in children with anorectal malformations..... 39

**Список опубликованных работ**

Эълон қилинган ишлар рўйхати  
List of published works ..... 42

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

---

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**БОЗОРОВ ШАВКАТ ТОЖИДДИН ЎҒЛИ**

**АНОРЕКТАЛ РИВОЖЛАНИШ НУҚСОНЛАРИ АНИҚЛАНГАН  
БОЛАЛАРДА ПРЕВЕНТИВ КОЛОСТОМАЛАР ЎРНАТИШ УЧУН  
КЎРСАТМАЛАР ВА УСУЛЛАРНИ ТАНЛАШ**

**14.00.35 – Болалар хирургияси**

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

**Самарқанд – 2021**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2021.1.PhD/Tib1784 рақами билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Андижон давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) илмий кенгашнинг веб-саҳифасида [www.sammi.uz](http://www.sammi.uz) ва «Ziyonet» Ахборот таълим порталида ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)) жойлаштирилган.

**Илмий раҳбар:** **Алиев Махмуд Муслимович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Расмий оппонентлар:** **Шамсиев Жамшед Азаматович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Оллабергенов Одилбек Тожиддинович**  
тиббиёт фанлари доктори, доцент

**Етакчи ташкилот:** **Қозоғистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги**  
**Педиатрия ва болалар хирургияси илмий маркази**

Диссертация ҳимояси Самарқанд давлат тиббиёт институти ҳузуридаги PhD 04/30.12.2019.Tib.102.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2021 йил «\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: Самарқанд шаҳри, Амир Темур кучаси, 18-уй. Тел/факс: (+99866) - 233-30-34, e-mail: [ilmiyprorektori@sammi.uz](mailto:ilmiyprorektori@sammi.uz)).

Диссертацияси билан Самарқанд давлат тиббиёт институти Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин ( \_\_\_\_ рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: Самарқанд шаҳри, Амир Темур кўчаси, 18-уй. Тел./факс: (+99866) 233-30-34.

Диссертация автореферати 2021 йил «\_\_» \_\_\_\_\_ да тарқатилди.  
(2021 йил «\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_\_\_ рақамли реестр баённомаси).

**А.М.Шамсиев**

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

**Г.З.Шодиқулова**

Илмий даражалар берувчи илмий  
кенгаш илмий котиби,  
тиббиёт фанлари доктори

**Ж.О.Атакулов**

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

## **КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)**

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурияти.** Аноректал соҳа аъзоларининг ривожланиш нуқсонлари – аноректал малформациялар (АРМ) нафақат анус, тўғри ичак, уrogenитал трактнинг, балки кенг кўламдаги бошқа аъзо ва тизимлар туғма нуқсонлари ва аномалияларини ҳам ўз ичига олади. Жаҳон соғлиқни сақалаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, ҳар йили 303 мингдан зиёд болалар ҳаётининг дастлабки тўрт ҳафтасида туғма нуқсонлардан вафот этади. Бутунжаҳон соғлиқни сақлаш ассамблеяси “Туғма нуқсонлар” га бағишланган резолюциясига кўра «...кўплаб сабаблар ва туғма касалликлар детерминантлари билан бир қаторда туғма ривожланиш нуқсонлари неонатал даврда яшаб қолган болаларнинг саломатлигига салбий таъсир кўрсатмоқда...Туғма нуқсонлар ва ривожланиш аномалиялари таркибида аноректал малформацияларнинг (АРМ) нисбати 7% дан ошади...»<sup>1</sup>, АРМ ларнинг учраш даражаси йилига 1:9000 дан 1:2000 гачани ташкил этади ва унинг диагностикаси ва даволаш муаммолари нафақат ушбу соҳа эмбриогенезининг мураккаблиги, балки нуқсоннинг турли шаклларда учраши билан ҳам боғлиқ бўлиб, болаларнинг ҳаёт сифатини пасайшига, ногиронлик ва ўлим кўрсаткичларининг ошишига олиб келмоқда. Бу ўз навбатда тиббий ва ижтимоий жиҳатдан долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда.

Жаҳонда болалар колопроктологиясининг замонавий ривожланиш босқичида колостомалар ўрнатишнинг кўплаб усуллари ва турлари таклиф қилинган. Бироқ, колостомаларни шакллантириш, олиб юриш муддатлари, фаолияти тўхтаган ичак қовузлоғининг ҳолати, шунингдек, кейинчалик ичак девори бутунлигини тиклаш билан боғлиқ асоратларнинг юқори даражаси (10% дан 33% гача) АРМ ни даволашда кўплаб тактик муаммолар ўз ечимини топмаганлиги болалар жаррохлиги олдида турган ечимга муҳтож муаммолардан ҳисобланади. Шунинг учун АРМ нинг турли шакл ва кўринишларида колостома ўрнатишга кўрсатмалар ва моненьликлар, шунингдек йўғон ичакнинг стомалаш ўрни ва мақбул усуллари танлашда қарши кўрсатмалар, йўғон ичак стомасининг мақбул даражаси ва усулини танлаш усуллари мувофиқлаштириш бўйича тадқиқотлар амалга оширилмоқда. Бу борада АРМ ни даволашда ўз вақтида жаррохлик амалиётини қўллаш натижасида саломатликни тиклаш, тиббиётнинг биринчи бўғини, шошилиш тиббий ёрдамни янада ислоҳ қилиш, ҳамда йўналтирилган жаррохлик даволаш услубларини ишлаб чиқиш муҳим аҳамият касб этади.

Ҳозирги даврда мамлакатимиз соғлиқни сақлаш тизимида аҳолига тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини тубдан яхшилаш ва унинг кўламини кенгайтириш бўйича мақсадли чора-тадбирлар қўлланилмоқда. Мазкур йўналишда, хусусан АРМ бўлган болаларда хирургик даволаш сифатини яхшилаш бўйича ижобий натижаларга эришилган. Шу билан бирга, тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини такомиллаштириш учун ушбу нуқсонни хирургик даволашнинг янги усуллари

---

<sup>1</sup> WHO | Sixty-third World Health Assembly closes after passing multiple resolutions //WHO [Электронный ресурс]. URL: [https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/wha\\_closes\\_20100521/en/](https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/wha_closes_20100521/en/).

самарадорлигини баҳолаш бўйича илмий асосланган натижалар талаб қилинади. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 февралдаги «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги ПФ 5590-сон Фармонида «...Оналар ва болаларга сифатли тиббий ёрдамдан фойдаланиш имкониятларини кенгайтириш, ихтисослашган ва юқори технологик тиббий ёрдам кўрсатиш ва чақалоқ, болалар ўлимини камайтириш...»<sup>2</sup> каби вазифалар белгиланган. Ушбу вазифаларни амалга ошириш болалар орасида аноректал туғма нуқсонларни эрта ташхислаш, клиник кечишини баҳолаш ва даволаш усулларини такомиллаштириш орқали касалланиш ва оғир асоратлар ривожланишини олдини олишга, хазм тракти туғма нуқсонлари туфайли келиб чиқувчи ногиронликни камайтириш имконини беради.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 16 мартдаги ПФ-4985-сон «Шошилиш тиббий ёрдамни такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида» ги, 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»ги Қарори ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги.** Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Муаммонинг узоқ муддат мобайнида ўрганилишига қарамасдан, болалар хирурглари орасида мазкур нуқсонларни текшириш, уларни бартараф қилишнинг оптимал муддатлари ва бартараф қилиш усуллари, шунингдек, операциядан кейинги даволаш ва реабилитация қилиш бўйича ҳанузгача келишмовчиликлар мавжуд (В.И. Аверин, 2015; М.А. Аксельров, 2018; Н.С.Демикова ва ҳаммуалл., 2018; А. Elrouby, 2020; Tofft L. et all., 2018). Колоректал нуқсонларни превентив колостомаларсиз бартараф қилишга қизиқишларнинг кўп бўлишига қарамасдан, юзага келиши мумкин бўлган асоратлари туфайли мазкур усулларнинг муваффақиятли эканлиги кафолатланмаган ва улар нафақат ичакнинг меърий фаоллияти учун, балки анал тешикнинг сфинктер аппарати учун ҳам жиддий хавф туғдиради (В.И. Аверин, 2015; С. А. Smith, J. Avansino, 2020). Бирламчи радикал операциялардан кейинги асоратларнинг учраш даражаси юқори эканлигини ҳисобга олиб, болаларда АРМ ларни

---

<sup>2</sup>Ўзбекистон Республикаси Президентининг «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида» ги ПФ 5590-сонли Фармони. Қонун ҳужжатлари маълумотлари миллий базаси, 30.11.2021 й., № 06/21/26/1111.

даволашнинг дастлабки босқичи сифатида кўплаб муаллифлар томонидан колостомаларни шакллантиришнинг турли усуллари таклиф қилинган (A.Bischoff et all., 2013). Малформациялар юқори шакллари, шунингдек қайта тикловчи операциялар бажарилгунга қадар дастлаб колостомия ўтказиш, 2-3 ой ўтиб эса нуқсонни радикал бартараф қилиш бўйича бир тўхтамга келинган (J. C. Livingston ва ҳаммуалл., 2012; R. J.Wood et all., 2019; N. Zamir, 2020).

Кўпчилик мутахассислар, шунингдек Ўзбекистондан қатор олимлар дастлаб колостомия ўтказиш, сўнгра боланинг вазни маълум массага етганда (одатда 8-10 кг) ёки 6-18 ойлигида проктопластика ўтказиш мақсадга мувофиқ эканлиги тўғрисидаги фикрни маъқуллайдилар. Бунга асос қилиб эса чанок соҳаси мушак тузилмалари, кичик чанок аъзолари, тўғри ичак қон томирлари ва нервларига ортикча жароҳат етказмаган ҳолда ва техник хатоларсиз мураккаб операцияларни бажариш учун оптимал шароитларнинг яратилиши деб ҳисоблайдилар (Д.А.Морозов ва ҳаммуалл., 2013; М.М. Алиев, 2016; Н.Ш.Эргашев, Ф.А.Отамурадов, 2016; Д.О. Атакулов ва ҳаммуалл., 2020, 2021; А.Ж.Хамраев, Д.Б.Рахмонов, 2020; Ш.Ж.Шамсиев ва ҳаммуалл., 2021).

Махсус адабиётларда колостома ўрнатиш жойи тўғрисида турли хил фикрларни учратиш мумкин (Г.А.Шишкина ва ҳаммуалл., 2017; A. Elrouby et all., 2020). Баъзи муаллифлар бу мақсадда сигмасимон ичакни, бошқалари кўндаланг чамбар ичакни, айримлари кўр ичак ва кўтарилувчи чамбар ичакни танлашни тавсия қиладилар. Колостома ўрнатишнинг мақбул жойини танлаш билан бирга унинг ўз функциясини бажариш муддатини ҳам эътиборсиз қолдириб бўлмайди, чунки, колостома шакллантирилгандан сўнг йўғон ичканинг бошланғич қисмларида етарлича узунликда бўлган соғлом ичак бўлагининг узок муддат фаолиятдан тўхташи “фаолиятсиз” ичак синдромининг ривожланишига олиб келади. Колостомик асоратларни олдини олиш учун ичак стомасини ўрнатиш техникаси алоҳида аҳамият касб этади (А.Н. Смирнов ва ҳаммуалл., 2013; H. Ven Ameur, 2014).

Юқорида келтирилган илмий жиҳатлар болалар колопроктологиясида колостомаларни ўрнатиш жойи ва усуллари танлашнинг долзарб масалаларини белгилайди. Стомаларнинг турли-туманлиги, уларни энг маъқул ва кам асоратланувчи турлари борасида баҳс-мунозараларнинг ҳанузгача давом этаётганлиги, адабиётларда мазкур муаммо ечими бўйича исботланган маълумотларнинг камлиги тадқиқотнинг мақсад ва вазифаларини белгилаб берди.

**Диссертация мавзусининг диссертация бажарилган олий таълим муссасаси илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Тошкент педиатрия тиббиёт институти илмий-тадқиқот режалирига мувофиқ ПЗ-2017083014-сонли «Болаларда анал инконтененцияни даволаш ва реабилитация усуллари такомиллаштириш» (2018-2020 йй.) илмий лойиҳа доирасида амалга оширилган.

**Тадқиқотнинг мақсади** аноректал мальформацияси бўлган болаларда превентив колостомаларни ўрнатиш жойи ва усулини танлаш орқали хирургик даволаш натижаларини самарадорлигини ошириш бўйича таклиф ва тавсиялар ишлаб чиқишдан иборат.

### **Тадқиқотнинг вазифалари:**

аноректал малформацияли болаларда превентив колостомасиз бажарилган операциялардан кейинги асоратларнинг ривожланиш сабабларини таҳлил қилиш;

аноректал малформацияли болаларда превентив колостомия ўтказиш учун кўрсатмаларни асослаш;

аноректал малформацияли болаларда превентив колостомия ўрнатиш жойи ва усулини такомиллаштириш ва қўллаш;

болаларда превентив колостомалар билан юришнинг оптимал муддатлари ва уларни бартараф қилиш усулларини белгилаш ва тадбиқ этиш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида 2015 - 2020 йилларда ТошПТИ клиник базалари ва Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт марказида АРМ билан даволанган, операциядан кейинги эрта ва кечки асоратлар аниқланган 159 нафар беморлар олинган.

**Тадқиқотнинг предмети** сифатида болаларда колостомаларнинг ўрнатиш жойи ва усуллари, операциядан олдинги ва кейинги даврларда хавфли асоратларни бартараф этишда хирургик операциянинг самарадоригини таҳлил қилишдан иборат.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Тадқиқотда умумклиник, ретроспектив ва проспектив таҳлил маълумотлари, инструментал, функционал, морфологик ва статистик таҳлил усуллардан фойдаланилган.

### **Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

парастомал асоратлар ривожланишини олдини олиш мақсадида чиқарилувчи ичакда «гофра» кўринишидаги бурмаларни яратиш орқали сунъий қопқоқ ҳосил бўлиши туфайли жарроҳлик амалиёти такомиллаштирилган;

аноректал малформациянинг юқори шаклларида алоҳидаланган иккиталик сигмостомани ўрнатиш ҳамда унинг оптимал муддатларини белгилаш натижасида микроциркуляция яхшиланиши колостомаларнинг асоратсиз ёпилиши исботланган;

аноректал малформацияси бўлган болаларда превентив колостомия ўрнатиш орқали радикал жарроҳлик асоратларнинг пасайганлиги асосланган;

аноректал малформацияси бўлган болаларда превентив колостомия ўрнатиш усулида маҳаллий қон айланиши яхшиланиши касалликни бартараф қилиш муддатлари белгилаш орқали даволаш тадбирлари такомиллаштирилган.

### **Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

аноректал малформацияли болаларда бирламчи-радикал, шунингдек қайта-коррекцияловчи операцияларни бажаришда превентив колостомалар ўрнатишнинг мақсадга мувофиқлиги асосланган;

аноректал малформацияли болаларда превентив колостомаларни ўрнатиш жойи ва усулини танлаш алгоритми тадбиқ қилинган;

колостомаларни парваришлаш, уларни бартараф қилишнинг оптимал муддати ва усулини танлаш бўйича талаб ва тавсиялар берилган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги** ишда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган тадқиқотнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, материалнинг етарли даражадалиги, шунингдек, текширилган беморлар сони етарлилиги, қўлланилган усулларнинг замонавийлиги, уларнинг бири иккинчисини тўлдирадиган умумклиник, инструментал, морфологик ва статистик тадқиқот усулларига асосланганлиги, тадқиқот натижаларининг халқаро ва маҳаллий тадқиқотлар билан таққосланганлиги, хулоса ва олинган натижаларининг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланади.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти парастомал асоратлар ривожланишини олдини олиш мақсадида чиқарилувчи ичак қовузлоғида “гофра” шаклида бурмалар ҳосил қилиш орқали сунъий қопқоқ шакллантириш натижасида колостомия усулини такомиллаштириш, колостома билан юришнинг оптимал муддатларини белгилаш орқали колостомаларни асоратсиз ёпилиши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти АРМ нинг юқори шакллари аниқланган эрта ёшли болаларда ҳамда қайта-коррекцияловчи операцияларда алоҳидаланган иккиталик колостомия усулини қўллаш параколостомик асоратлар ривожланишини олдини олиши, превентив хирургик тактика АРМ бўлган болаларда хирургик даволаш натижаларини яхшилаш ва операциядан кейинги асоратлар сонини камайтириш билан изоҳланади.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши:** АРМ аниқланган бемор болаларни даволаш натижаларини яхшилашга бағишланган тадқиқот бўйича олинган

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Мазкур тадқиқот натижалари 5 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан 4 та халқаро ва 1 та республика илмий-амалий конференцияларида муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги.** Диссертация мавзуси бўйича жами 13 та илмий иш нашр этилган, шу жумладан 6 та мақола, улардан 4 та республика ва 2 та халқаро журналларда, барчаси Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда эълон қилинган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 105 бетни ташкил этади.

## **ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ ТАРКИБИ**

**Кириш** қисмида ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва зарурати кўрсатиб берилган, тадқиқотнинг мақсад ва вазифалари таърифланган, диссертация ишининг Ўзбекистон Республикаси фан ва технологияларни ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатиб берилган, ишнинг илмий янгилиги ва натижаларнинг амалий аҳамияти келтирилиб, тадқиқот натижаларининг амалиётга жорий этилиши, нашр

этилган ишлар ҳамда диссертация тузилиши тўғрисидаги маълумотлар баён қилинган.

Диссертациянинг «**Аноректал туғма нуқсонларни превентив колостомиясиз хирургик даволаш муаммолари**» деб номланган биринчи бобида АРМ аниқланган болаларда диагностика, даволаш ва асоратлар профилактикаси муаммолари, шунингдек превентив колостомиянинг мақсадга мувофиқлигини белгиловчи хирургик даволаш истиқболлари бўйича илмий маълумотлар чуқур таҳлил қилинган, танқидий баҳоланган, умумлаштирилган ва тизимлаштирилган, ўз ечимини топиши лозим бўлган долзарб масалалар ўрганилган. Ўтказилган адабиётлар таҳлили натижаларига асосан ушбу муаммо бўйича ечилмаган вазифалар белгиланган.

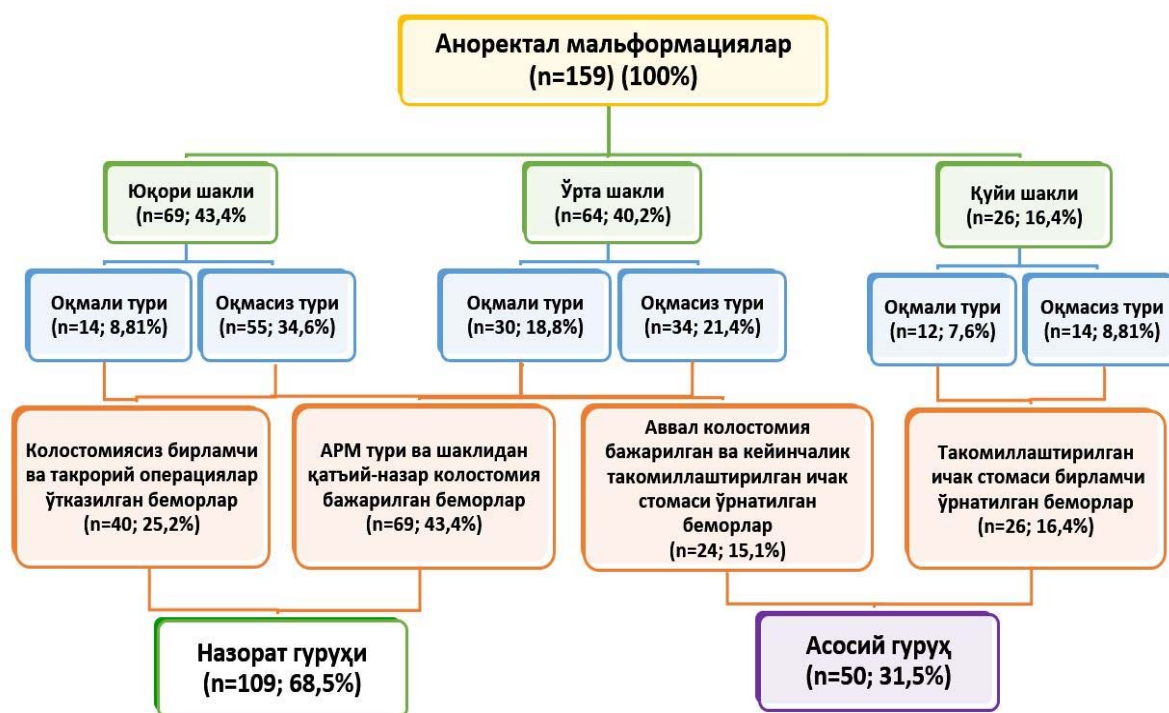
Диссертациянинг «**Тадқиқот материали ва усуллари**» деб номланган иккинчи бобида объектларни ва тадқиқот усуллари тавсифлашга бағишланган. 2015-2020 йиллар давомида Тошкент педиатрия тиббиёт институти клиникаси ва Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази жаррохлик бўлимларига аноректал мальформациянинг оқмали ва оқмасиз турлари билан, шунингдек Республика перинатал марказларида ва яшаш манзилидаги тиббиёт муассасаларида дастлабки колостома шакллантирилган, аноректал мальформациянинг юқори турлари аниқланган 0 ёшдан 12 ёшгача бўлган 159 нафар бемор болаларнинг даволаш ва кузатув натижалари таҳлил қилинган.

Текширувдан ўтган болаларда АРМ нинг анатомик шаклига кўра қуйидаги гуруҳларга ажратилди: оқмали шакли - 56 (35,2%) нафар бола, оқмасиз шакли – 103 (64,8%) нафар. Шулардан 111 тасини (69,8%) ўғил болалар, 48 (30,2%) нафарини қиз болалар ташкил қилган. Аноректал малформацияга чалинган болаларнинг умумий сонидан 42 (26,4%) тасида хамроҳ келувчи аномалия ва ривожланиш нуқсонлари аниқланган. Энг катта гуруҳни буйрак ва сийдик йўллари нинг туғма патологияси аниқланган 14 (33,3%) нафар бемор болалар ташкил қилган.

Назорат гуруҳига аноректал мальформациянинг оқмали ва оқмасиз турлари билан, шунингдек Республика перинатал марказларида ва яшаш манзилидаги тиббиёт муассасаларида аноректал мальформациянинг юқори ва ўрта шакллари бўйича дастлабки колостома шакллантирилган 109 (68,5%) нафар бемор болалар киритилган.

Асосий гуруҳга АРМ нинг оқмали тури, қуйи шакллари билан бирламчи мурожаат қилган ва такомиллаштирилган усулда колостомия бажарилган 26 (16,4%) нафар, шунингдек, яшаш жойида АРМ тури ва шаклидан қати назар аввал колостомия бажарилган, кейинчалик такомиллаштирилган усулда колостома ўрнатилган 24 (15,1%) нафар, жами 50 нафар бемор болалар киритилган (1-расм).

Тадқиқотнинг махсус усуллари сифатида ирригография, эхографик ва инструментал текшириш усуллари қўлланилган. Превентив колостомаларсиз бажарилган аноректопластика асоратлари Wexner шкаласида баҳоланган. Йўғон ичакда колостомияларни шакллантиришда “фаолиятсиз ичак” даги морфологик ўзгаришлар ҳам ўрганилган.



1-расм. Тадқиқот дизайни

17 нафар (30,4%) бемор болаларда йўғон ичакни рентген контрастли теширувлари шуни кўрсатдики, кўп ҳолларда стоманинг олиб кетувчи қисмида химус тўпланиши оқибатида йўғон ичакнинг дистал соҳасида нажас тошлари шаклланади, бу эса ўз навбатида ичак бўшлиғининг кенгайиши ва интоксикация симптомларини сақланиб қолишига олиб келади. Мазкур асоратларни олдини олиш мақсадида Гартман тури бўйича ичак деворида “гофра” шаклида бурмалар ҳосил қилиш билан терминал колостомия бажарилди. Колостоманинг бу шаклда ўрнатилиши даволаш натижаларини яхшилаш, ичакнинг фақатгина дистал соҳасини чеклаш орқали ичак функциясини максимал сақлаб қолиш имконини берган. Олинган тадқиқот натижаларга SPSS Pro X дастурлар пакети ёрдамида статистик ишлов берилди. Статистик таҳлил учун Стьюдентнинг t-мезони ( $M, \sigma, \pm m$ ) ҳамда  $\chi^2$  мезонидан фойдаланилган.

Диссертациянинг «Болаларда аноректал мальформацияларни хирургик даволашдан кейинги асоратларнинг таққослама таҳлили» номли учинчи бобида тадқиқотнинг дастлабки босқичларида ва бошқа клиникаларда ўтказилган аноректопластика натижаларининг ретроспектив маълумотлари келтирилган. Мазкур бобда аноректал мальформациянинг қуйи, ўрта ва юқори шакллари сабабли турли усулларда бажарилган оралик ва қорин оралик проктопластикалардан кейинги асоратларнинг учраш даражаси ва уларнинг тавсифи баён қилинган (1-жадвал).

Превентив колостома ўрнатилмасдан бажарилган аноректопластика натижалари беморларнинг ҳаёт сифатини ёмонлашувига, функционал бузилишларга олиб келиши ва қайта аралашувни талаб қилганлиги сабабли тўғри ичак ретракцияси ва стенози, анал инконтиненция каби асоратлар доирасида таҳлил қилинди.

## 1-жадвал

### Тадқиқот гуруҳларида АРМ ларни хирургик даволашдан кейинги асоратларнинг учраш даражаси

| №    | Тадқиқот гуруҳлари     | Операция турлари                             | Операциялар сони |       | Асоратлар сони |              |
|------|------------------------|--|------------------|-------|----------------|--------------|
|      |                        |  | абс              | %     | абс            | %            |
| 1    | Назорат гуруҳи (n=109) | Превентив колостомасиз аноректопластика      | 19               | 11,94 | 8              | 5,03         |
|      |                        | Колостомасиз қорин-оралиқ аноректопластика   | 21               | 13,20 | 7              | 4,40         |
|      |                        | АРМ туридан қати назар бажарилган колостомия | 69               | 43,39 | <b>28*</b>     | <b>17,61</b> |
| 2    | Асосий гуруҳ (n=50)    | Такомиллаштирилган колостомия (бирламчи)     | 26               | 16,35 | 3              | 1,88         |
|      |                        | Такомиллаштирилган колостомия (иккиламчи)    | 24               | 15,09 | 7              | 4,40         |
| Жами |                        |  | 159              | 100   | 53             | 33,32        |

Изоҳ: АРМ туридан қати назар бажарилган колостомия асоратлари бўйича ишонарлилик даражаси  $\chi^2=4,497$ ;  $Df=1$ ;  $P=0,034$  ни ташкил қилди

Превентив колостома ўрнатилмасдан бажарилган аноректопластика натижаларини таҳлили кўп маротаба қайта аралашувни талаб қилувчи асоратларнинг жуда юқори эканлигини кўрсатди (2-3-жадваллар).

## 2-жадвал

### Превентив колостомиясиз бажарилган аноректопластика асоратлари

| №            | Аноректопластика усуллари | Асорат турлари |       |                    |      |        |       | Жами |       |
|--------------|---------------------------|----------------|-------|--------------------|------|--------|-------|------|-------|
|              |                           | Ретракция      |       | Анал инконтиненция |      | Стеноз |       |      |       |
|              |                           | abs            | %     | abs                | %    | abs    | %     | abs  | %     |
| 1            | Stoun-Benson (n=8)        | 1              | 5,26  | -                  | -    | 2      | 10,52 | 3    | 15,78 |
| 2            | Rizzoly (n=5)             | 1              | 5,26  | 1                  | 5,26 | 1      | 5,26  | 3    | 15,78 |
| 3            | Pena (n=6)                | 1              | 5,26  | -                  | -    | 1      | 5,26  | 2    | 10,52 |
| Жами (n=19)* |                           | 3              | 15,78 | 1                  | 5,26 | 4      | 21,05 | 8    | 42,1  |

Изоҳ: \* - жами аноректопластика усулларида нисбатан асоратланиш кўрсаткичи.

Жадвал маълумотларидан кўришиб турганидек, превентив колостомасиз бажарилган аноректопластикалардан 8 та бажарилган Stoun-Benson, 5 та Rizzoly операцияларидан сўнг мос равишда 3 тадан (15,78%) жами 6 та беморда (31,56%) асоратлар ривожланган. Pena операциясидан сўнг эса ушбу кўрсаткич бирмунча кам учраши аниқланди ( $p>0,05$ ). Асоратлар ривожланишига нафақат колостомасиз бажарилган бирламчи-коррекцияловчи операциялар, балки аноректал малформацияларнинг нотўғри ташхисланиши ҳам сабаб бўлган.

## 3-жадвал

## Превентив колостомасиз бажарилган қорин-оралиқ аноректопластика асоратлари

| № | Аноректопластика усуллари | Асорат турлари |      |                    |       |        |      | Жами |       |
|---|---------------------------|----------------|------|--------------------|-------|--------|------|------|-------|
|   |                           | Ретракция      |      | Анал инконтиненция |       | Стеноз |      |      |       |
|   |                           | abs            | %    | abs                | %     | abs    | %    | abs  | %     |
| 1 | Soave (n=9)               | -              | -    | 2                  | 9,52  | 1      | 4,76 | 3    | 14,28 |
| 2 | Romualdi (n=7)            | 1              | 4,76 | 1                  | 4,76  | 1      | 4,76 | 3    | 14,28 |
| 3 | Svenson-like (n=5)        | 1              | 4,76 | -                  | -     | -      | -    | 1    | 4,76  |
|   | Жами (n=21)*              | 2              | 9,52 | 3                  | 14,28 | 2      | 9,52 | 7    | 33,3  |

Изоҳ: \* - жами аноректопластика усулларига нисбатан асоратланиш кўрсаткичи.

Превентив колостомасиз бажарилган қорин-оралиқ аноректопластикасидан сўнг энг кўп асоратларни фекал инконтиненция ва туширилган ичак стенози ташкил қилган бўлиб, мазкур асоратлар Soave ва Romualdi операцияларидан кейин кузтилган ва мос равишда 14,28% ни ташкил қилган. Асоратланиш бўйича энг кам кўрсаткич Svenson-like операциясидан кейинги даврда, 1 (4,76%) нафар беморда стома ретракцияси кўринишида юз берган. 1 (4,76%) нафар беморда Soave операциясидан кейин, анастомоз соҳасининг нажас массалари билан ифлосланиши ва кеч битиши туфайли туширилган ичакда стеноз кузатилган. Бундан ташқари, мазкур гурхдан 7 нафар (33,3%) беморда операциядан кейинги жароҳат четларининг қочиши ва йиринглаши каби асоратлар ривожланган.

АРМ шаклидан қати назар жами 69 нафар беморларда колостомия бажарилган бўлиб, колостомия асоратлари ўрнатилган соҳа ва қорин деворидаги жойлашуви бўйича тахлил қилинди (4-жадвал). Барча беморларда ўрнатилган колостомалар тахлили Гартман типиди “гофра” шаклидаги сигмостомия (n=24) ва алоҳида иккиланган колостомияларнинг (n=18) хиссаси кўп эканлигини (мос равишда 34,78% ва 23,19%) кўрсатди.

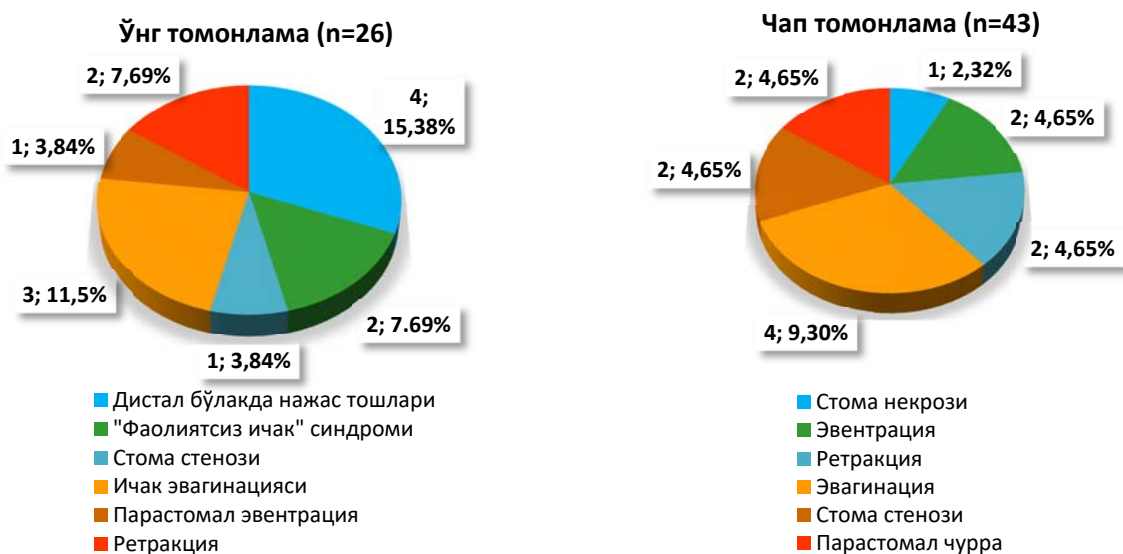
## 4-жадвал

## Аноректал мальформация шаклидан қати назар ўрнатилган колостомия турлари (n=69)

| № | Колостомия турлари                    | АРМ турлари |       |      |       |      |       | Жами |        |
|---|---------------------------------------|-------------|-------|------|-------|------|-------|------|--------|
|   |                                       | Юқори       |       | Ўрта |       | Қуйи |       |      |        |
|   |                                       | abs         | %     | abs  | %     | abs  | %     | abs  | %      |
| 1 | Гирдаладзе                            | 7           | 10,14 | 4    | 5,79  | 3    | 4,35  | 14   | 23,19  |
| 2 | Асцендостомия                         | 4           | 5,79  | 4    | 5,79  | 2    | 2,89  | 10   | 14,49  |
| 3 | Транзверзостомия                      | 1           | 1,45  | 1    | 1,45  | -    | 0,00  | 2    | 2,90   |
| 4 | Десцендостомия                        | 1           | 1,45  |      | 0,00  |      | 0,00  | 1    | 1,45   |
| 5 | Гартман типиди сигмостомия (гофралаш) | 13          | 18,84 | 7    | 10,14 | 4    | 5,80  | 24   | 34,78  |
| 6 | Алоҳида иккиланган сигмостомия        | 9           | 13,04 | 7    | 10,14 | 2    | 2,89  | 18   | 23,19  |
|   | Ҳаммаси                               | 36          | 52,17 | 24   | 34,78 | 9    | 13,04 | 69   | 100,00 |

Шуни таъкидлаш жоизки, 24 та Гартман типиди «гофра» хосил қилиш орқали такомиллаштирилган усулда бажарилган сигмостомалар иккиламчи равишда бажарилган бўлиб, АРМ нинг турли шакллари билан аввал яшаш жойида колостома ўрнатилган бемор болаларда бажарилган. Аноректал мальформация шаклидан қати назар ўрнатилган колостомаларнинг 26 (37,68%) таси ўнг томонлама, 43 (62,31%) таси чап томонда бажарилган. Ўнг томонлама ўрнатилган колостомия асоратлари чап томонлама ўрнатилган стомалардан сезиларли даражада фарқ қилди (2-расм).

Ўнг томонлама колостомиядан кейинги асоратлар жами 13 нафар беморда кузатилди ва шу гуруҳдаги асоратларнинг 50,0% ни ташкил қилди. Қорин олд деворида кенг канал шакллантирилиши оқибатида 1 (3,84%) нафар беморда парастомал эвентрация, ичак эвагинацияси 3 (11,5%) та беморда кузатилган.



**2-расм. Аноректал мальформация шаклидан қати назар ўрнатилган колостомия асоратлари**

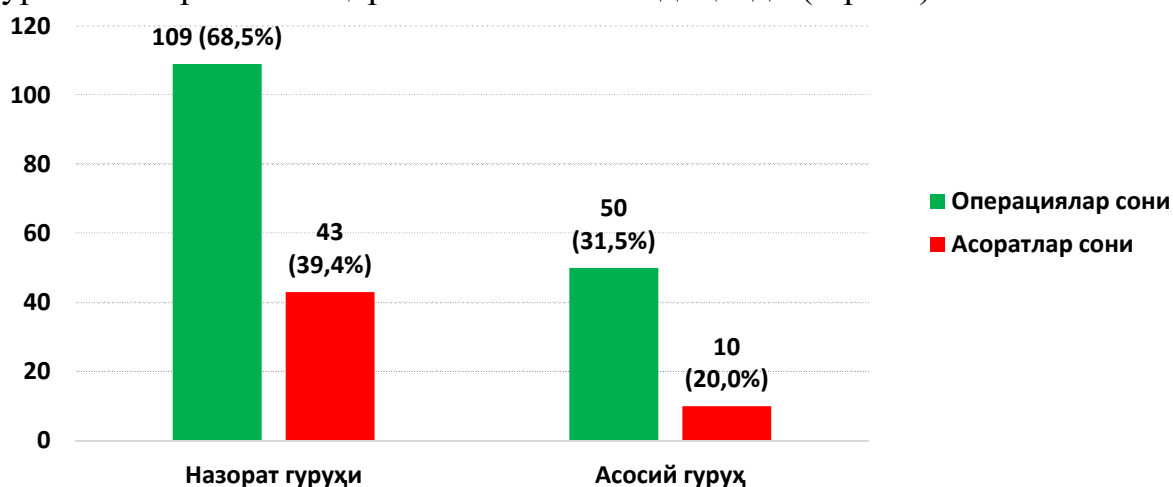
Иккиталик сигмастома ўрнатилган 3 нафар, дистал бир ўзакли сигмостомия бажарилган 1 нафар беморда ичак эвагинацияси (9,30%) кузатилди. Ичакнинг стома орқали тушиб қолиши қорин бўшлиғида эркин перистомал ичак бўлагининг кўп қолдирилиши ва унинг ҳаракатчанлиги оқибатида колостомик тешик орқали ташқарига “ағдарилиб” чиқиши билан боғлиқ бўлган. Бундай вазиятда шошилини равишда ичак эвентрациясини бартараф қилиш, Гартман турида ичак бўлагига “гофра” шаклида бурмалар хосил қилиш билан бажарилувчи бир ўзакли колостома ўрнатилиш йўли билан стома реконструкцияси амалга оширилди.

Стома стенози ўнг томонлама колостома ўрнатилган 1 (3,84%) та ва чап томонлама колостома ўрнатилган 2 (4,65%) нафар беморда кузатилди. Стоманинг торайиши ичак охирида, тери ва кесилган апоневроз оралиғига тўғри келган. Кўп миқдорда алоҳида чокларнинг қўйилиши ва бунинг оқибатида стома чиқиш тешигида қон айланишининг бузилишига олиб келувчи гипергрануляциялар, шунингдек, мушак-апоневротик қаватда жуда тор тешик хосил қилиниши туфайли ичакнинг эзилиб қолиши сабаб бўлган. Ичак бўшлиғининг стенозланиши секин-аста юз бериб, дастлаб нажас

массаларининг ажралиши сезиларсиз тўсқинлик қилган. 1 та ҳолатда стома функциясининг бузилиши билан кечувчи ригид торайиш аниқланган бўлиб, стома реконструкциясини талаб қилди.

“Фаолиятсиз ичак” синдроми иккиталик сигмастома ўрнатилган 2 (7,69%) нафар беморда кузатилди. Бунга колостомани ўнатиш жойини нотўғри танланганлиги ҳисобига сигмасимон ичак дистал қисми функциясининг “тўхтаб” қолишига олиб келган. Мазкур асорат кейинчалик хирургик манипуляцияларни ўтказишда қийинчилик туғдирди.

Болаларда аноректал мальформацияларни хирургик даволашдан кейинги асоратларнинг таққослама таҳлил натижалари АРМ ларни превентив колостомасиз хирургик йўл билан бартараф қилишда асоратланиш кўрсаткичларининг юқори эканлигини тасдиқлади (3-расм).



### 3-расм. Тадқиқот гуруҳларида асоратланиш кўрсаткичларининг таққослама таҳлили

АРМ тури ва шаклларино инобатга олмаган ҳолда ўрнатилган колостомалар асоратлари ҳам кўп учради ва алоҳида аҳамият касб этди. Кўндаланг чамбар ичакка ўрнатилган стомаларга қараганда сигмостомаларнинг ўрнатилиши самаралироқ эканлиги тўғрисидаги далиллар ўз тасдиғини топди. Ретракция, обструкция, парастомал чурра, аноректопластикадан кейинги инфекция каби ва стомаларни бартараф қилиш билан боғлиқ бошқа асоратлар бўйича тадқиқот гуруҳларида сезиларли фарқ топилмади. Тақомиллаштирилган усулда Гартман типиди “гофра” ҳосил қилиш усулида сигмастома ўрнатилиши катта хажмда ичак резекциясини бажариш заруратини бартараф қилади, ичак функциясини максимал сақлаб қолиш ва асоратлар сонини 39,4% дан 20% гача камайтириш имконини берди.

Диссертациянинг «Превентив колостомаларни ўрнатиш жойи, усуллари ва уларни бартараф қилиш йўллари» номли тўртинчи бобида аноректал нуқсонлар, шунингдек ҳамроҳ келувчи бошқа аъзо ва тизим аномалияларида превентив колстома ўрнатиш усулларино танлаш, уларни бартараф қилиш, асоратларни даволаш бўйича проспектив тадқиқот натижалари баён қилинган. “Фаолиятсиз ичак” нинг морфологик тавсифи келтирилган.

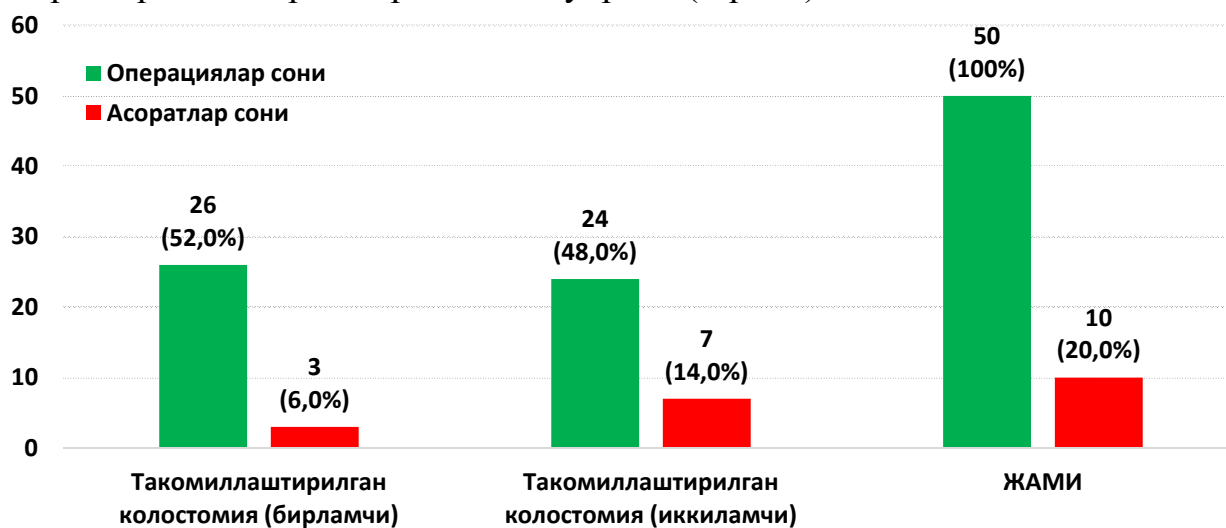
Бирламчи коррекцияловчи оператив муолажа ўтказишдан олдин 50 нафар беморларда колостомия шакллантирилди, шулардан 24 (48,0%) нафарида биз томонимиздан такомиллаштирилган колостомия усули иккаламчи бажарилди, 26 (52,0%) тасида эса Гартман тури бўйича сигмастома (гофра кўринишида) ўрнатилди (5-жадвал).

5-жадвал

**Асосий гуруҳдаги беморларда ўрнатилган превентив колостомаларнинг АРМ шаклларига кўра тақсимланиши (n=50)**

| № | АРМ шакллари | Гартман типи бўйича сигмастома (гофралаш усули) |      |          |      |      |       |
|---|--------------|---|------|----------|------|------|-------|
|   |              | Иккиламчи                                       |      | Бирламчи |      | Жами |       |
|   |              | Abs   | %    | abs      | %    | abs  | %     |
| 1 | Юқори        | 13  | 26,0 | 15       | 30,0 | 28   | 56,0  |
| 2 | Ўрта         | 9   | 18,0 | 7        | 14,0 | 16   | 32,0  |
| 3 | Қуйи         | 2   | 4,0  | 4        | 8,0  | 6    | 12,0  |
|   | Жами         | 24  | 48,0 | 26       | 52,0 | 50   | 100,0 |

Асосий гуруҳда операция турларига кўра умумий асоратланиш даражаси 10 (20,0%) тани ташкил қилган бўлиб, иккиламчи ўрнатилган колостомаларга нисбатан такомиллаштирилган усулда илк бор бажарилган колостомия асоратлари сезиларли даржада кам учради (4-расм).



4-расм. Асосий гуруҳда асоратларнинг учраш даражаси

Асосий гуруҳ беморларида статистик ишонарли равишда энг юқори кўрсаткич АРМ тури ва шакллари инobatга олинмасдан яшаш жойларида операция ўтказилган (n=24; 48,0%), кейинчалик иккиламчи равишда такомиллаштирилган усулда ўрнатилган колостомия асоратларига (n=7; 14,0%) тўғри келди.

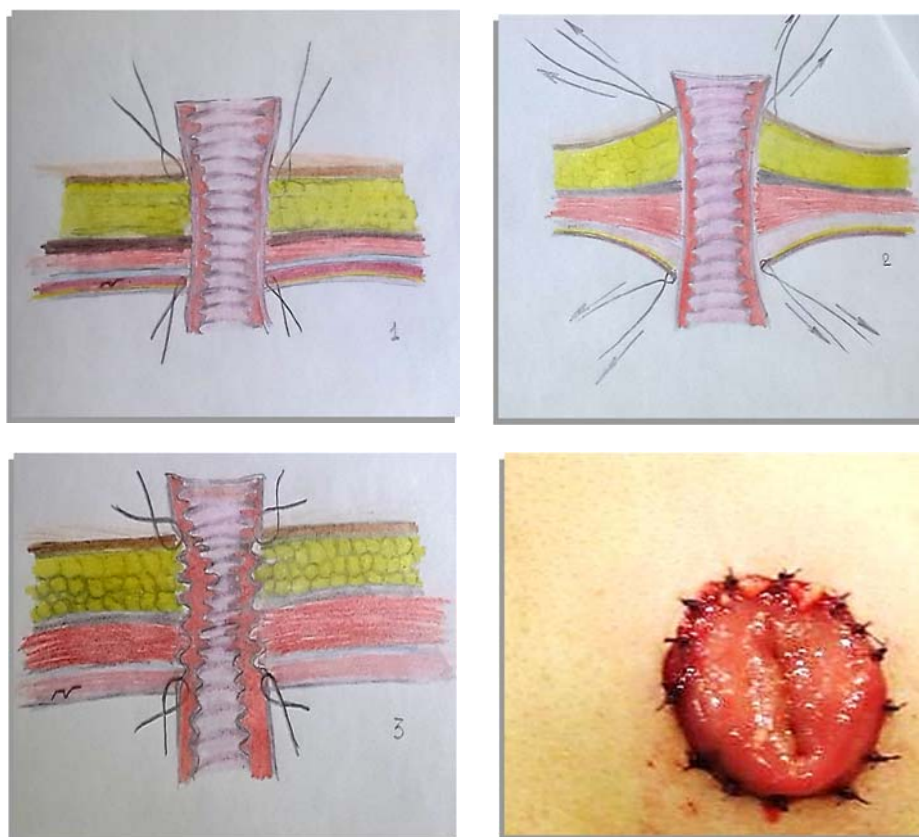
Олдин туширилган ичак ва ораликдаги қўпол анатомик ва функционал бузилишларга олиб келган асоратларни бартараф қилиш учун, бир ёки бир неча маротаба оператив муолажа бажарилган. Превентив колостомия бажарилган беморларда операция турига кўра асоратларнинг ривожланиши тахлил қилинди (6-жадвал).

**АРМ ни даволашда превентив колостомалар ўрнатилган болаларда асоратлар тури ва учраш даражаси (n=50)**

| № | Аноректопластика усуллари | Асорат турлари |     |                    |     |        |     | Жами |      |
|---|---------------------------|----------------|-----|--------------------|-----|--------|-----|------|------|
|   |                           | Ретракция      |     | Анал инконтиненция |     | Стеноз |     |      |      |
|   |                           | abs            | %   | abs                | %   | abs    | %   | abs  | %    |
| 1 | Soave-Boley (n=18)        | 1              | 2,0 | 3                  | 2,0 | 1      | 2,0 | 5    | 6,0  |
| 2 | Romualdi (n=9)            | 2              | 4,0 | -                  | -   | 1      | 6,0 | 3    | 10,0 |
| 3 | Svenson-like (n=23)       | -              | -   | 1                  | 2,0 | 1      | 2,0 | 2    | 4,0  |
|   | Жами (n=50)               | 3              | 6,0 | 2                  | 4,0 | 3      | 6,0 | 10   | 20,0 |

Жадвал маълумотларидан кўришиб турибдики, превентив колостомия билан бажарилган операциялардан энг кўп асоратлар Romualdi (6,0%) ва Soave-Boley (6,0%) операцияларида кузатилган. Svenson-like операцияси бажарилган 1 та беморда (2,0%) фекал инконтиненция ва 1 та беморда (2,0%) стома стенози кузатилган бўлиб, стома ретракцияси каби асорат умуман кузатилмаган ва мазкур операцияда асоратларнинг умумий кўрсаткичи 8,7% ни ташкил қилган.

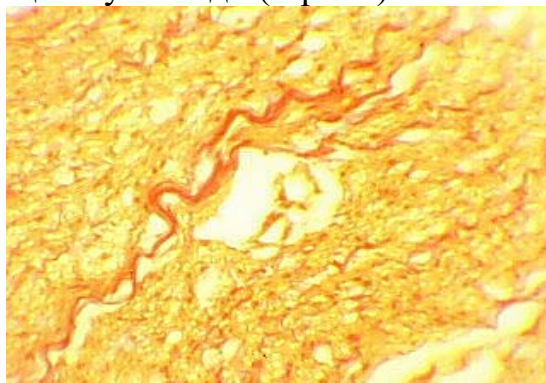
Эвагинация ва перистомал асоратларни профилактика қилиши усулларида бири бўлиб биз томонимиздан ишлаб чиқилган, чиқарилувчи ичакда “гофра” шаклида бурмалар ҳосил қилиш орқали сунъий қопқоқ ҳосил қилувчи Гартман типиде бир ўзакли колостомия усули ҳисобланади (5-расм).



**5-расм. Чиқарилувчи ичакда “гофра” шаклида бурмалар ҳосил қилиш орқали сунъий қопқоқ ҳосил қилувчи Гартман типиде бир ўзакли колостомия усули**

Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, алоҳидаланган иккиталик колостома ўрнатишда ичакнинг олиб келувчи қисмига “гофра” шаклида бурмалар ўрнатиш, олиб кетувчи қисмини эса торайтириш мақсадга мувофиқ. Олиб келувчи ичакда “гармошка” хосил қилган ҳолда колостома шакллантиришда ушбу қоидаларга риоя қилиш химусни “қисмлаб” ўтишини таъминлайди, шунингдек парастомал чурра, тери мацерацияси, эвагинация каби асоратларни олдини олди.

Ичакнинг юқори қисмларидан колостомани шакллантиришда “ажралган ичак” даги морфологик ўзгаришлар ҳам ўрганилди. Олинган наъмуналарнинг морфологик манзарасида ичак шиллиқ қаватининг нотекис қалинлашуви, баъзи жойларда чуқурлашган қисмларнинг мавжудлиги, крипталар туби шиллиқ ости қаватигача борганли кузатилди. Шу билан бирга, лимфолейкоцитар инфильтрация ва эритродиапедез белгилари мавжуд бўлган соҳалар ҳам аниқланди. Олиб ташланган йўғон ичак препаратларида силлиқ мушаклар ўрганилганда аъзо деворида склероз ўчоқларининг борлиги, шунингдек ичак девори шиллиқ ва шиллиқ ости қаватларида коллаген толалар миқдорининг кўплиги ҳам кузатилди (6-расм).



**6-расм. Оптик микрофотосуръат: Йўғон ичакнинг “фаолиятсиз” қисми препарати: силлиқ мушаклар склерози, коллаген толалар миқдорининг кўплиги.**

#### **Гематоксилин-эозин, 9x10 марта катталаштирилган**

Болаларда стомаларни беркитиш муддатларини белгилашда биз радикал операциядан кейин беморни клиник-инструментал текширувидан олинган объектив мезонларга таяндик. Яъни оптимал муддат бўлиб 4-6 ҳафталар хисобланди (7-жадвал).

**7-жадвал**

#### **Радикал операциялардан сўнг колостомани баргараф қилиш натижалари**

| № | Стомани баргараф қилиш муддатлари | Асоратлар (abs/%)          |      |                           |      |                    |      |                        |      | Жами |      |
|---|-----------------------------------|----------------------------|------|---------------------------|------|--------------------|------|------------------------|------|------|------|
|   |                                   | «Фаолиятсиз» ичак синдроми |      | Ичак чоклари нотурғунлиги |      | Анасто-моз стенози |      | Хажмли ичак резекцияси |      |      |      |
|   |                                   | abs                        | %    | abs                       | %    | abs                | %    | abs                    | %    | abs  | %    |
| 1 | 4-6 ҳафта (n=38)                  | -                          | -    | 1                         | 2,63 | 1                  | 2,63 | 1                      | 2,63 | 3    | 7,89 |
| 2 | 6-8 ҳафта (n=13)                  | 1                          | 7,69 | 1                         | 7,69 | -                  | -    | 1                      | 7,69 | 3    | 23,1 |
| 3 | 9-12 ҳафта (n=27)                 | 2                          | 7,40 | -                         | -    | 1                  | 3,70 | 2                      | 7,40 | 5    | 18,5 |

Сигмасимон ичакка Гартман турида гофралаш усулида колостома ўрнатиш даволаш натижаларини яхшилаш имконини беради ва ичакнинг фақатгина дистал бўлагини фаолиятдан тўхтатилиши туфайли ичак функциясини максимал сақлаб қолади, кейинчалик эса резекция чегараларини аниқлашда муаммо туғдирмайди, шунингдек катта хажмда ичак резекциясини ўтказиш заруратини истисно қилади.

“Фаолиятсиз” ичак синдроми ривожланишини олдини олиш мақсадида стоманинг олиб кетувчи қисмини албатта торайтириш орқали алоҳида проксимал иккиталик сигмастома ўрнатиш мақсадга мувофиқдир. Бу эса “фаолиятсиз” ичакни самарали санация қилиш имконини беради ва эвагинация хавфини олдини олади. Колостома ўрнатиш усули ва уни ташувчанлик муддатлари олдиндан башоратлаш даволашнинг яхши натижаларига эришиш имконини беради.

Шундай қилиб, колостмаларни ўрнатиш жойи ва усулларини тахлил қилган ҳолда биз аноректал малформациянинг қуйи шаклларида Гартман типидан бир ўзакли терминал колостома (сигмастома), юқори шаклларида эса алоҳида проксимал икки ўзакли сигмастома шакллантириш мақсадга мувофиқ эканлиги тўғрисида хулосага келдик. Колостомаларни бартараф қилишнинг оптимал муддатлари радикал операциялардан кейин беморни клиник-инструментал текшириш орқали олинган объектив мезонларга боғлиқ. Энг оптимал мудда 4-6-хафта эканлиги маълум бўлди.

Тадқиқот натижаларига асосланган ҳолда биз томонимиздан “Аноректал малформацияси бўлган болаларда превентив колостомаларни ўрнатиш жойи ва усулини танлаш” алгоритми ишлаб чиқилди (7-расм).



**7-расм. Аноректал малформацияси бўлган болаларда превентив колостомаларни ўрнатиш жойи ва усулини танлаш алгоритми**

## ХУЛОСАЛАР

«Аноректал ривожланиш нуқсонлари аниқланган болаларда превентив колостомалар ўрнатиш учун кўрсатмалар ва усулларни танлаш» мавзусидаги фалсафа доктори (PhD) диссертацияси бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижасида қуйидаги хулосалар тақдим этилди:

1. Республика ва вилоят миқёсидаги иккита болалар даволаш профилактика муассасаси жаррохлик бўлимларига аноректал мальформациянинг оқмали ва оқмасиз турлари билан, шунингдек дастлаб колостома шакллантирилган, аноректал мальформациянинг юқори турлари аниқланган 0 ёшдан 12 ёшгача бўлган 159 нафар бемор болаларнинг даволаш ва кузатув натижалари таҳлил қилинган. АРМ нинг оқмали шакли - 56 (35,2%) нафар, оқмасиз шакли – 103 (64,8%) нафар бемор болаларда ташхисланган;

2. Болаларда тўғри ичак сфинктери мушаклари ва иннервациясининг етук эмаслиги, операция даврида нерв-мушак элементларининг сезиларли жароҳатланиши, шунингдек АРМ бўйича колостомасиз бажарилган радикал операциялардан кейинги даврда колоанал анастомознинг доимо нажас массаси билан контактда бўлиши асоратлар ривожланишининг сабаби бўлиб хисобланади ва узоқ муддат натижаларни белгилайди;

3. Колостомани сигмасимон ичакка Гартман типиди “гофра” ҳосил қилиш усули билан ўрнатилиши катта ҳажмда ичак резекциясини бажариш заруратини бартараф қилади, ичак функциясини максимал сақлаб қолиш ва асоратлар сонини 39,4% дан 20% гача камайтириш имконини берди;

4. Колостомани чап томонлама шакллантириш, тушувчи чамбар ичакнинг фиксацияланганлиги ҳисобига эвагинацияга мойил эмаслиги ва уни оралиққа туширишда ичак танқислиги юз бермаслиги туфайли оралиқ ва қорин-оралиқ аноректопластикасини асоратсиз бажаришга замин яратади;

5. Превентив колостомаларни бартараф қилиш усуллари ва ташувчанликнинг оптимал муддати радикал операциядан кейин клиник-инструментал текшириш орқали олинган объектив мезонларга боғлиқ ва 4-6 ҳафтадан ортиқ бўлмаслиги зарур.

6. Тадқиқот натижаларига асосан “Аноректал малформацияси бўлган болаларда превентив колостомаларни ўрнатиш жойи ва усулини танлаш” алгоритми ишлаб чиқилди.

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

---

**АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**БОЗОРОВ ШАВКАТЖОН ТОЖИДДИН УГЛИ**

**ПОКАЗАНИЯ И ВЫБОР МЕТОДА НАЛОЖЕНИЯ  
ПРИВЕНТИВНЫХ КОЛОСТОМ У ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ  
ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ**

**14.00.35 – Детская хирургия**

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

**Самарканд – 2021**

**Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за В2021.1.PhD/Tib1784.**

Диссертация выполнена в Андижанском государственном медицинском институте.

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

**Научный руководители:** **Алиев Махмуд Муслимович**  
доктор медицинских наук, профессор

**Официальные оппоненты:** **Шамсиев Жамшед Азаматович**  
доктор медицинских наук, профессор

**Оллабергенов Одилжон Тождидинович**  
доктор медицинских наук, профессор

**Ведущая организация:** **Научный центр Педиатрии и детской хирургии  
Министерства здравоохранения Республики  
Казахстан**

Защита диссертации состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г. В \_\_\_\_\_ часов на здании Научного совета PhD 04/30.12.2019.Tib.102.01 при Самаркандском государственном медицинском институте. Адрес: 140100, г.Самарканд, улица Амира Темура, дом 18. Тел./факс:(+99866) 233-30-34, e-mail: ilmiyprorektori@sammi.uz.

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

Автореферат диссертации разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 года.  
(Реестр протокола рассылки № \_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 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**

Заместитель председателя Научного семинара при Научном совете по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

## **ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))**

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** Пороки развития органов аноректальной области - аноректальные мальформации (АРМ) включают врожденные дефекты и аномалии не только ануса, прямой кишки, мочеполовых путей, но и широкого круга других органов и систем. По оценкам ВОЗ от пороков развития в течение первых четырех недель жизни ежегодно умирают более 303 тысяч детей. Согласно резолюции «Врожденные пороки» Всемирной ассамблеи здравоохранения «...факторы приводящие к врожденным порокам, наравне с многими другими причинами и детерминантами врожденных расстройств, оказывают негативное влияние на здоровье детей выживших в неонатальном периоде... В структуре врожденных пороков и аномалий развития доля аноректальных мальформаций (АРМ) превышает 7%...»<sup>3</sup>. Частота встречаемости АРМ составляет от 1:9000 до 1:2000 случаев в год и проблемы их диагностики и лечения обусловлены не только сложностью эмбриогенеза данной области, но и вариабельностью различных форм порока, которые приводят к снижению качества жизни, увеличению показателей инвалидизации и летальных исходов. Это в свою очередь, определяет актуальность в медицинском и социальном плане.

В мире на современном этапе развития детской колопроктологии предложено большое количество видов и способов наложения колостом. Однако, высокая частота осложнений (от 10 до 33%), связанных как с их формированием, сроками ношения, состоянием отключенных петель кишечника, так и дальнейшим восстановлением целостности кишечной стенки свидетельствуют о нерешенности многих тактических вопросов лечения АРМ в детской хирургии. В связи с этим, проводятся соответствующие исследования по показаниям и противопоказаниям к наложению колостомы при различных вариантах АРМ, выбору оптимального уровня и метода стомирования толстой кишки. В этом плане, особое внимание уделяется решению проблем по восстановлению здоровья путём своевременного применения хирургических вмешательств при лечении АРМ, проведению дальнейшего реформирования медицины первой линии, неотложной помощи, а также разработке целенаправленного хирургического лечения.

В настоящий период в отечественном здравоохранении предприняты масштабные целевые меры по коренному улучшению качества и существенному расширению диапазона оказываемой населению медицинской помощи. В этом направлении, в частности, в улучшении качества хирургического лечения детей с АРМ достигнуты положительные результаты. Вместе с тем для совершенствования системы оказания медицинской помощи требуются научно обоснованные результаты, по оценке эффективности новых методов хирургического лечения этого порока. В Указе Президента

---

<sup>3</sup>WHO | Sixty-third World Health Assembly closes after passing multiple resolutions //WHO [Электронный ресурс]. URL: [https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/wha\\_closes\\_20100521/en/](https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/wha_closes_20100521/en/).

Республики Узбекистан от 07 февраля 2018 года №УП-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» поставлены задачи «...по развитию и усовершенствованию системы медико-социальной помощи уязвимым категориям населения для обеспечения их полноценной жизнедеятельности...»<sup>4</sup>. Реализация этих задач способствует предупреждению развития заболеваний и тяжелых осложнений путем ранней диагностики, оценки клинического течения и совершенствования методов лечения врожденных пороков развития аноректальной области у детей, а также снижению инвалидности от врожденных пороков развития пищеварительного тракта.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указами Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему совершенствованию экстренной медицинской помощи» за №УП-4985 от 16 марта 2017 года, «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» за №УП-5590 от 07 февраля 2018 года и Постановлению «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы» за № ПП-3071 от 20 июня 2017 года, а также другими нормативно-правовыми документами, принятыми в данной сфере.

**Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики.** Диссертационная работа выполнена в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI. «Медицина и фармакология».

**Степень изученности проблемы.** Несмотря на столь длительное изучение проблемы, до сих пор остается большое количество вопросов и разногласий между хирургами о методах обследования, оптимальных сроках и методах коррекции пороков, тактике послеоперационного лечения и реабилитации (В.И. Аверин, 2015; М.А. Аксельров, 2018; Н.С.Демикова и др., 2018; А. Elrouby, 2020; Tofft L. et al., 2018).

Несмотря на соблазн коррегировать колоректальные пороки без превентивной колостомы, обусловленные возможными осложнениями последней, не может гарантировать успех и создает серьёзную угрозу для нормального функционирования как самой кишки, так и сфинктерного аппарата анального отверстия (В.И. Аверин, 2015; С. А. Smith, J. Avansino, 2020). Учитывая высокую частоту послеоперационных осложнений первичных радикальных операций рядом авторов предложены варианты формирования колостомы как первый этап хирургического лечения колоректальных пороков развития у детей (A. Bischoff et al., 2013). Не

---

<sup>4</sup>Указ Президента Республики Узбекистан от 07.02.2018. г. УП-5590 « О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан». Национальная база данных законодательства, 30.11.2021 г., № 06/21/26/1111

вызывает разногласий то, что у детей с высокими формами мальформаций и клоакой, а также до повторно-корректирующих операций необходимо выполнить сначала колостомию, а через 2-3 месяца радикальную коррекцию порока (J. C. Livingston и др., 2012; R. J. Wood et al., 2019; N. Zamir, 2020).

Большинство специалистов продолжают придерживаться мнения о целесообразности предварительной колостомии и отсроченной проктопластики в возрасте 6-18 месяцев или по достижении ребёнком определенной массы (обычно около 8-10 кг). Основанием для этого считают возможность создания оптимального условия для выполнения сложного вмешательства, избежав технических ошибок и излишней травматизации мышечных структур тазового дна, органов малого таза, сосудов и нервов прямой кишки (Д.А. Морозов и др., 2013; М.М. Алиев, 2016; Н.Ш. Эргашев, Ф.А. Отамурадов, 2016; Д.О. Атакулов и др., 2020, 2021; А.Ж. Хамраев, Д.Б. Рахмонов, 2020; Ш.Ж. Шамсиев и др., 2021).

В специальной литературе можно встретить разные суждения об уровне наложения колостомы. (Г.А. Шишкина и др., 2017; A. Elrouby et al., 2020). Одни авторы рекомендуют выбирать для этой цели сигмовидную кишку, другие предпочитают поперечную ободочную, третьи - слепую и восходящую. Наряду с выбором оптимального уровня наложения колостомы нельзя не учитывать срок функционирования колостомы, т.к. длительное отключение протяженного здорового участка кишки после формирования колостомы на начальных отрезках толстой кишки не желательно, так как развивается синдром «отключенной» кишки. Крайне важным представляется техника выполнения оперативного приема -наложения кишечной стомы с целью предупреждения колостомических осложнений (А.Н. Смирнов и др., 2013; N. Ben Ameer, 2014).

Приведенные научные предпосылки определяют актуальность выбора уровня и метода колостомии в детской колопроктологии. Не смотря на большое количество предложенных видов и способов колостомии, осложнения, связанные как с формированием, так и дальнейшим восстановлением кишечной стенки, показания и противопоказания к наложению кишечной стомы определили цель и задачи исследования.

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационное исследование выполнено согласно плану научно-исследовательских работ № ПЗ-2017083014 по теме: «Совершенствование методов лечения и реабилитации анальной инконтиненции у детей» (2018-2022 гг.).

**Целью исследования** является разработка предложений и рекомендаций по повышению эффективности хирургического лечения аноректальных мальформаций путем выбора метода и уровня наложения превентивной колостомии.

**Задачи исследования:**

изучить причины развития послеоперационных осложнений у детей с аноректальной мальформацией, выполненных без наложения превентивных колостомий;

уточнить показания к наложению превентивных колостомий у детей с аноректальной мальформацией;

обосновать выбор метода и уровня наложения превентивных колостомий у детей с аноректальной мальформацией;

определить оптимальные сроки ношения превентивных колостомий и методы их закрытия.

**Объектом исследования** явились 159 детей с ранними и поздними послеоперационными осложнениями у детей с АРМ, обследованные и пролеченные за 2015 - 2020 гг. на клинических базах ТашПМИ и АндГосМИ.

**Предметом исследования** были анатомические и функциональные характеристики колостом, комплексное терапевтическое и хирургическое лечение, профилактика развития опасных осложнений в пред- и послеоперационном периодах.

**Методы исследований.** В исследовании использованы данные ретроспективного и проспективного анализа, общеклинические, инструментальные, функциональные, морфологические и статистические методы исследований.

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

усовершенствован оперативный метод наложения колостомы с формированием искусственной заслонки путем гофрирования выводимой петли кишки, исключающий развитие перистомальных осложнений;

доказаны методы закрытия колостомы без осложнения в результате улучшения микроциркуляции путём наложения и определения сроков носительства колостомы с высокими формами аноректальной мальформацией;

обосновано снижение осложнений путём наложения превентивных колостом после радикальных операций у детей с аноректальной мальформацией;

оптимизированы лечебные мероприятия путём определения сроков устранения порока и наложения превентивных колостом, которые способствуют улучшению местного кровообращения у детей с аноректальными мальформациями.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

обоснована целесообразность наложения превентивных колостом как при первично-радикальных, так и при повторно-корректирующих вмешательствах у детей с аноректальной мальформацией;

разработан и внедрен алгоритм выбора метода и уровня наложения превентивных колостом у детей с аноректальной мальформацией;

даны рекомендации по уходу за колостомой и выбору метода и оптимальных сроков закрытия.

**Достоверность результатов исследования** обусловлена применением теоретических подходов и методов, методологически точно проведенных исследований, достаточного количества выбранного материала, достаточного количества обследованных больных, применением современных методов, обоснованностью современных, взаимодополняющих общеклинических, инструментальных и статистических методов, сравнением результатов исследований с международными и отечественными исследованиями, подтверждением выводов, полученных результатов уполномоченными структурами.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.** Научная значимость результатов исследования заключается в том, что в результате модифицированного метода наложения колостомы с формированием искусственной заслонки путем гофрирования выводимой петли кишки, исключает развитие перистомических осложнений, в закрытие колостомы без осложнения путём определения оптимальных сроков носительства колостомы.

Практическая значимость результатов исследования заключается в том, что предложенные методы превентивного наложения колостомы у детей с АРМ позволит предотвратить ранние и поздние осложнения как после первично-радикальных, так и после повторно-корректирующих вмешательств.

**Внедрение результатов исследования.** На основе полученных научных результатов по совершенствованию лечения детей с АРМ:

утверждена методическая рекомендация «Показания и выбор метода наложения превентивных колостом у детей с аноректальными пороками развития» (Заключение Министерства здравоохранения №8н-р/585 от 17 декабря 2020 года). Предложенные рекомендации позволили повысить эффективность оперативных вмешательств при аноректальных мальформациях;

результаты научных исследований по определению показаний, выбору метода и уровня наложения превентивных колостом внедрены в практическое здравоохранение, в том числе, в практику клиники ТашПМИ и Андижанского областного детского многопрофильного медицинского центра (Заключение Министерства здравоохранения №8н-р/585 от 17.12.2020 г.). В результате внедрения полученных результатов в практику и применения разработанных правил стомирования при лечении аноректальных пороков развития отмечено улучшение результатов как анатомических, так и функциональных в ближайшем послеоперационном периоде с 39,4% до 20,0%, снижение количества осложнений в послеоперационном периоде в 2 раза.

**Апробация результатов исследования.** Результаты данного исследования были обсуждены на 5 научно-практических конференциях, в том числе, 4 международных и 1 республиканских научно-практических конференциях.

**Опубликованность результатов исследований.** По теме диссертации опубликовано 13 научных работ, в том числе 6 журнальных статей в научных изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики

Узбекистан для публикации основных научных результатов докторских диссертаций, из них 4 в республиканских и 2 в зарубежных изданиях.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 105 страниц.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Во введении** обоснованы актуальность и востребованность проведенных исследований, сформулированы цель и задачи, объект и предмет исследования, указано соответствие данных исследований приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, изложена научная новизна и научно-практическая значимость результатов, приведены данные по внедрению в практику результатов исследований, опубликованности результатов работы и структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Проблемы хирургического лечения аноректальных пороков развития без превентивной колостомии»** подробно проанализированы, обобщены и систематизированы данные, изучены нерешенные вопросы по проблеме диагностики, лечения и профилактики осложнений, а также научные данные по перспективным направлениям хирургического лечения, определяющие целесообразность превентивной колостомии у детей с аноректальной мальформацией.

Вторая глава диссертации **«Материалы и методы исследования»** посвящена характеристике объектов и методов исследования. Проанализированы результаты лечения и наблюдения 159 детей с различными формами аноректальной мальформацией в возрасте от 0 до 12 лет за период 2015-2020 гг., поступивших в хирургические отделения клиники Ташкентского Педиатрического медицинского института и Андижанского областного детского многопрофильного медицинского центра, а также сформированной колостомией по месту жительства и в Республиканском перинатальном центре по поводу высоких форм АРМ. По анатомической форме обследованные дети были разделены на следующие группы: свищевые формы – у 56 (35,2%) детей, бессвищевые формы – 103 (64,8%) детей. Из них мальчики составили 111 (69,8%), девочки – 48 (30,2%).

Из общего количества детей с аноректальной мальформацией удалось обнаружить сопутствующие аномалии и пороки развития у 42 (26,4%) детей. Наибольшую группу составила сопутствующая патология мочевыделительной системы, которая выявлена у 14 (33,3%) детей.

Группу контроля составили 109 (68,5%) детей со свищевыми и безсвищевыми формами АРМ, а также поступившие со сформированной колостомией по месту жительства и в Республиканском перинатальном центре по поводу высоких и средних форм АРМ.

Основную группу составили всего 50 (31,5%) детей. Из них 26 (16,4%) детей с низкой свищевой формой АРМ поступили первично, которым колостома сформирована модифицированным способом и 24 (15,1%) детей с

колостомами, выполненными по месту жительства без учета формы АРМ и которым нами сформирована колостомиа в модификации (Рис. 1).

В качестве специальных методов исследования применены ирригография, фистулография, эхографические и инструментальные методы исследования. Для оценки осложнений аноректопластик без превентивной колостомии применена шкала Wexner. При формировании колостом были изучены морфологические изменения “отключенной кишки”.



Рис.1. Дизайн исследования

Контрольное рентгеноконтрастное исследование толстой кишки, проведенное 17 (30,4%) показало, что в большинстве случаев, вследствие заброса химуса в отводящее колено стомы, в дистальном отделе толстой кишки, формируются каловые камни, что способствует сохранению супрастенотического расширения и симптомов каловой интоксикации. Полученные результаты статистически обработаны с помощью пакета программ SPSS Pro X. В качестве статистических методов использованы параметрической статистики использованы t-критерии Стьюдента ( $M, \sigma, \pm m$ ) и  $\chi^2$  - критерии.

В третьей главе диссертации под названием «Сравнительный анализ осложнений после хирургического лечения аноректальных мальформаций у детей» представлены ретроспективные данные о результатах аноректопластик, выполненных первично и переведенных с других медицинских учреждений. Данная глава посвящена изучению частоты и характера послеоперационных осложнений у детей, которым были выполнены различные варианты промежностных и брюшно-промежностных проктопластик по поводу низких, средних и высоких свищевых форм аноректальных мальформаций (таблица 1).

Таблица 1.

## Частота осложнений после хирургического лечения по группам

| № | Группы                  | Вид операции  | Операции |       | Осложнения |              |
|---|-------------------------|---|----------|-------|------------|--------------|
|   |                         |   | абс      | %     | абс        | %            |
| 1 | Группа контроля (n=109) | Аноректопластика без превентивной колостомии                      | 19       | 11,94 | 8          | 5,03         |
|   |                         | Брюшно-промежностная аноректопластика без превентивной колостомии | 21       | 13,20 | 7          | 4,40         |
|   |                         | Колостомии без учета вида и форм АРМ                              | 69       | 43,39 | <b>28*</b> | <b>17,61</b> |
| 2 | Основная группа (n=50)  | Модифицированная колостомия (первичная)                           | 26       | 16,35 | 3          | 1,88         |
|   |                         | Модифицированная колостомия (вторичная)                           | 24       | 15,09 | 7          | 4,40         |
|   |                         | Всего   | 159      | 100   | 53         | 33,32        |

Примечания: \* - статистически достоверно ( $\chi^2=4,497$ ; Df=1; P=0,034) по осложнениям при колостомиях без учета вида и форм АРМ.

В связи с негативным влиянием на качество жизни больных, функциональным нарушениям и необходимостью повторных операций, результаты аноректопластик без превентивной колостомии проанализированы в рамках осложнений как стеноз, ретракция прямой кишки и анальной инконтиненции, что показал высокую частоту осложнений (табл. 2, 3).

Таблица 2.

## Осложнения аноректопластик, выполненных без превентивной колостомии

| № | Методы аноректопластики | Виды осложнения |      |                        |      |        |       | Всего |       |
|---|-------------------------|-----------------|------|------------------------|------|--------|-------|-------|-------|
|   |                         | Ретракция       |      | Анальная инконтиненция |      | Стеноз |       |       |       |
|   |                         | abs             | %    | abs                    | %    | abs    | %     | abs   | %     |
| 1 | Stoun-Benson (n=8)      | 1               | 5,26 | -                      | -    | 2      | 10,52 | 3     | 15,78 |
| 2 | Rizzoly (n=5)           | 1               | 5,26 | 1                      | 5,26 | 1      | 5,26  | 3     | 15,78 |
| 3 | Pena (n=6)              | 1               | 5,26 | -                      | -    | 1      | 5,26  | 2     | 10,52 |
|   | Итого (n=19)*           | 3               | 15,8 | 1                      | 5,26 | 4      | 21,05 | 8     | 42,1  |

Примечание: \*-показатель осложнений в зависимости от всех методов аноректопластики.

Как видно из таблицы 2, осложнения чаще отмечались у 6 (31,8%) больных. При аноректопластики по Stoun-Benson у 3 больных из 8 и у 3 из 5 по Rizzoly (по 15,78%). Этот показатель наблюдалась значительно меньше после операции Pena ( $p>0,05$ ). Причинами развития осложнений явились не только первично-корректирующие операции, выполненные без превентивной колостомии, но и неправильной диагностикой аноректальных мальформаций.

После брюшно-промежностных аноректопластик, выполненных без наложения превентивной колостомы наиболее чаще встречались осложнения в виде фекальной инконтиненции и стеноза низведенной кишки после операций Soave ва Romualdi и составили 14,28% соответственно (таблица 3).

**Таблица 3.**

**Осложнения брюшно-промежностных аноректопластик, выполненных без превентивной колостомии**

| № | Методы аноректопластики | Виды осложнения |      |                        |       |        |      | Всего |       |
|---|-------------------------|-----------------|------|------------------------|-------|--------|------|-------|-------|
|   |                         | Ретракция       |      | Анальная инконтиненция |       | Стеноз |      |       |       |
|   |                         | abs             | %    | abs                    | %     | abs    | %    | abs   | %     |
| 1 | Soave (n=9)             | -               | -    | 2                      | 9,52  | 1      | 4,76 | 3     | 14,28 |
| 2 | Romualdi (n=7)          | 1               | 4,76 | 1                      | 4,76  | 1      | 4,76 | 3     | 14,28 |
| 3 | Svenson-like (n=5)      | 1               | 4,76 | -                      | -     | -      | -    | 1     | 4,76  |
|   | Итого (n=21)            | 2               | 9,52 | 3                      | 14,28 | 2      | 9,52 | 7     | 33,3  |

Примечание: \*-показатель осложнений в зависимости от всех методов аноректопластики.

В послеоперационном периоде меньший показатель по осложнениям наблюдалась при операции Svenson-like в виде ретракции стомы у 1 (4,76%) ребенка. У 1 (4,76%) ребенка в следствие постоянного контакта области анастомоза кишечными содержимыми и позднего заживления отмечалась стеноз просвета низведенной кишки. Кроме того, у 7 (33,3%) детей в данной группе отмечалась расхождение краев раны и нагноение.

Проанализированы осложнения по уровню и локализации превентивных колостомий, сформированных у 69 детей без учета формы и типа аноректальной мальформации (таблица 4).

**Таблица 4.**

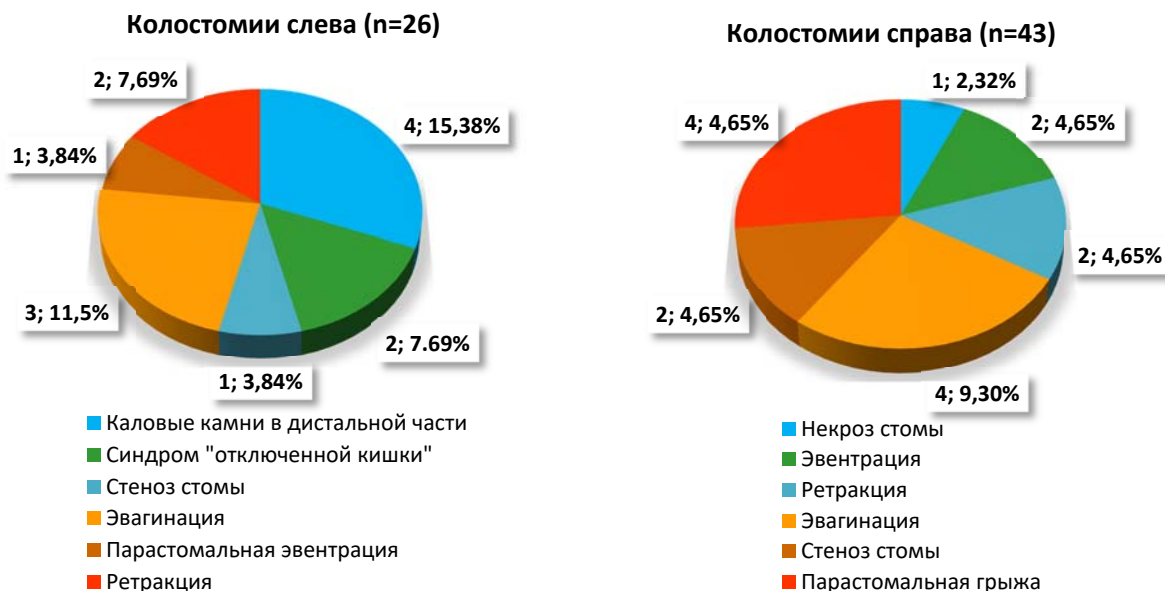
**Виды колостомии, сформированных без учета формы аноректальной мальформации (n=69)**

| № | Виды колостомии                             | Виды АРМ |       |         |       |        |       | Всего |        |
|---|---|----------|-------|---------|-------|--------|-------|-------|--------|
|   |   | Высокая  |       | Средняя |       | Низкая |       |       |        |
|   |   | abs      | %     | abs     | %     | abs    | %     | abs   | %      |
| 1 | По Гирдаладзе                               | 7        | 10,14 | 4       | 5,79  | 3      | 4,35  | 14    | 23,19  |
| 2 | Асцендостомия                               | 4        | 5,79  | 4       | 5,79  | 2      | 2,89  | 10    | 14,49  |
| 3 | Транзверзостомия                            | 1        | 1,45  | 1       | 1,45  | -      | 0,00  | 2     | 2,90   |
| 4 | Десцендостомия                              | 1        | 1,45  |         | 0,00  |        | 0,00  | 1     | 1,45   |
| 5 | Сигмостомия по типу Гартмана (гофрирование) | 13       | 18,84 | 7       | 10,14 | 4      | 5,80  | 24    | 34,78  |
| 6 | Раздельная двойная колостомия               | 9        | 13,04 | 7       | 10,14 | 2      | 2,89  | 18    | 23,19  |
| 7 | Итого                                       | 36       | 52,17 | 24      | 34,78 | 9      | 13,04 | 69    | 100,00 |

Анализ колостомий у всех больных детей показал высокую долю сигмостомии по типу Гартмана с гофрированием кишечника (n=24) и раздельной двойной колостомии (n=18) соответственно в 34,78% и 23,19%.

Нужно отметить, что модифицированная сигмостомия по Гартману с гофрированием кишечной петли вторично выполнено у 24 больных с АРМ ранее сформированной колостомией в других клиниках.

Колостомы без учета типа АРМ были сформированы справа у 26 (37,68%) детей и слева у 43 (62,31%) больных. Осложнения, при правосторонних колостомиях встречались значительно чаще чем левосторонних (рис. 2).



**Рис. 2. Частота осложнений при колостомии без учета типа АРМ**

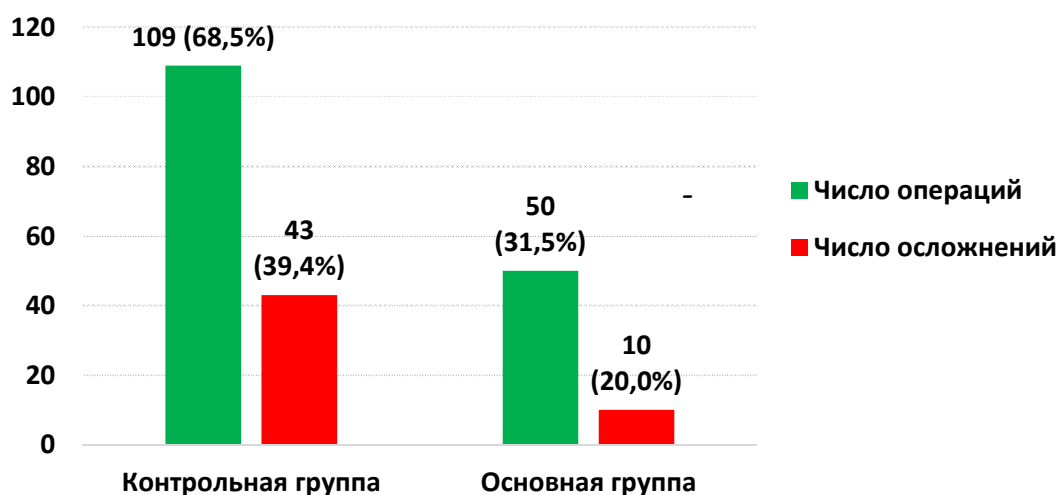
Всего осложнений после правосторонней колостомии отмечались у 13 больных детей и составил 50,0% внутри группы. Парастомальная эвентрация развилась у 1 (3,84%) пациента вследствие формирования широкого канала на передней брюшной стенке, эвагинация кишечника развилась у 3 (11,5%) детей.

Эвагинация стомы отмечалась у 3 пациентов с двойной сигмостомой, и у 1 с дистальной одноствольной сигмостомой (9,30%). Выпадение кишки через стому было связано с оставлением в брюшной полости большого свободного перестомального участка кишки, который весьма подвижен и может «выворачиваться наизнанку» через колостомическое отверстие. В этих случаях с целью предупреждения эвентрации кишечника в экстренном порядке была выполнена реконструкция стомы путём наложения одноствольной сигмостомии по Гартману с гофрированием.

Стеноз стомы развился у 1 (3,84%) пациента при правостороннем и у 2 (4,65%) детей при левостороннем формировании колостомы. Сужение находилось в конечном отделе кишки, на уровне кожи и на глубине - на уровне рассеченного апоневроза. Причинами развития стеноза стомы явились наложение частых узловых швов, что привело к гипергрануляции ткани вокруг швов с последующим нарушением кровообращения выходного отверстия стомы. Стенозирование просвета кишки происходило постепенно, вначале лишь незначительно затрудняя выделение каловых масс. В 1 случае было образовано ригидное сужение, с нарушением функционирования стомы, что потребовало проведение реконструкции стомы.

Синдром «отключенной» кишки развился у 2 (7,69%) пациентов с двойной сигмостомией вследствие неправильного выбора уровня и места наложения и отсутствия прохождения кишечного содержимого через просвет кишки и дальнейшего «выключения» от нормального функционирования, что препятствовала проведению манипуляций в дальнейшем.

Сравнительный анализ осложнений после хирургического лечения аноректальных мальформаций у детей показал высокую частоту осложнений при выполнениях операций без превентивной колостомы (Рис. 3).



**Рис. 3. Сравнительные показатели осложнений в исследуемых группах**

Частота осложнений при формировании колостомы без учета типа аноректальных мальформаций также была высока и имела особое значение. В ходе исследования подтвердились факты о том, что формирование сигмостом является наиболее эффективным чем наложение колостомы на поперечную ободочную кишку. Различия в осложнениях как ретракция, обструкция, парастомальная грыжа, инфицирование раны и осложнениях, связанных с повторными вмешательствами были незначительными. Наложение модифицированной колостомы на сигмовидную кишку по типу Гартмана методом гофрирования позволяет улучшить результаты лечения и максимально сохраняет функцию кишки, отключая лишь ее дистальную часть, и в последующем не возникает проблем с определением границ резекции. Также исключает необходимость резекции большого объема кишки и позволяет снизить показатели осложнений с 39,4% до 20,0%.

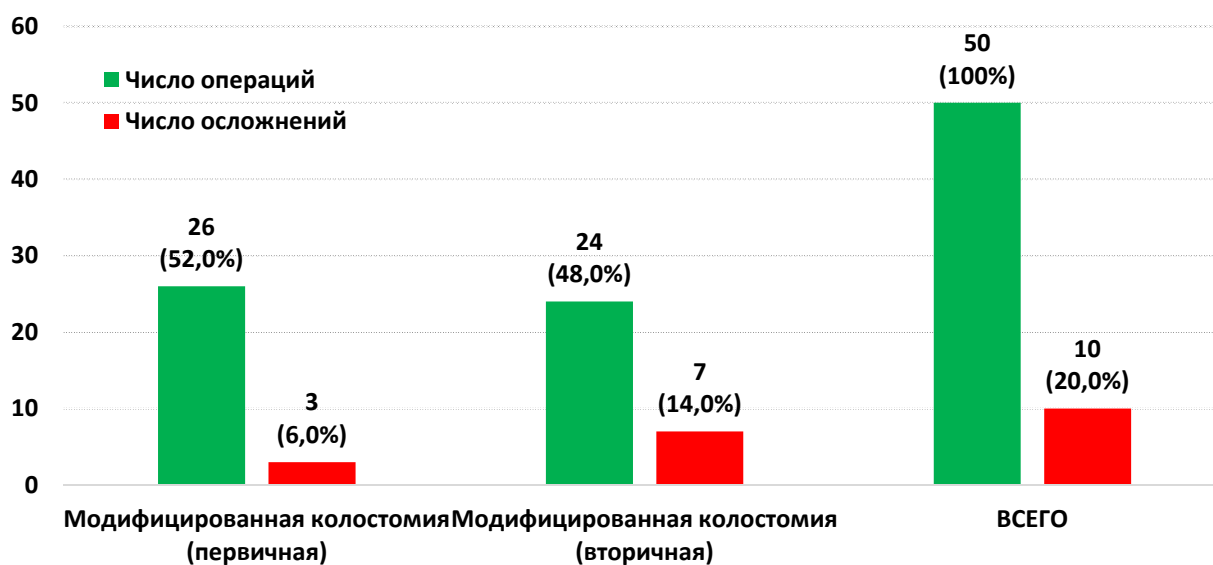
В четвертой главе диссертации «**Выбор уровня и метода наложения превентивных колостом при низких и высоких формах АРМ**» представлены результаты проспективного исследования по выбору уровня и метода колостомии, их закрытия, а также лечения осложнений при АРМ и сопутствующих аномалий других органов и систем. Приведена морфологическая характеристика «отключенной кишки». До первично-корректирующей операции колостомия нами сформирована у 50 больных детей, из них у 24 (48,0%) детей модифицированная колостомия выполнено вторично, у 26 (52,0%) детей первично сформирована сигмостомия по типу Гартмана с гофрированием кишечника (таблица 5).

Таблица 5.

**Распределение больных детей основной группы в зависимости от формирования превентивной колостомии и форм АРМ (n=50)**

| № | Формы АРМ | Сигмостомия по типу Гартмана<br>(гофрирование) |      |           |      |       |       |
|---|-----------|--|------|-----------|------|-------|-------|
|   |           | Вторичная                                      |      | Первичная |      | Всего |       |
|   |           | abs  | %    | abs       | %    | abs   | %     |
| 1 | Высокая   | 13   | 26,0 | 15        | 30,0 | 28    | 56,0  |
| 2 | Средняя   | 9  | 18,0 | 7         | 14,0 | 16    | 32,0  |
| 3 | Низкая    | 2  | 4,0  | 4         | 8,0  | 6     | 12,0  |
|   | Итого     | 24   | 48,0 | 26        | 52,0 | 50    | 100,0 |

В основной группе общий показатель осложнений наблюдался в 10 (20,0%) случаях, при этом осложнения у детей с первично сформированными колостомами в модификации встречались значительно реже, чем вторично наложенными колостомами (рис.4).



**Рис. 4. Количество осложнений в основной группе**

Наиболее высокие показатели осложнений в основной группе статистически достоверно было выше (n=7; 14,0%) в группе детей, оперированных без учета типа и формы АРМ в других клиниках (n=24; 48,0%), которым в дальнейшем также были сформированы колостомы в модификации.

С целью коррекции осложнений, связанных с низведением кишечника и приведших к грубым анатомическим и функциональным нарушениям проводились неоднократные оперативные вмешательства. Проанализирована и осложнения у детей с превентивной колостомией в зависимости от вида оперативных вмешательств (таблица 6).

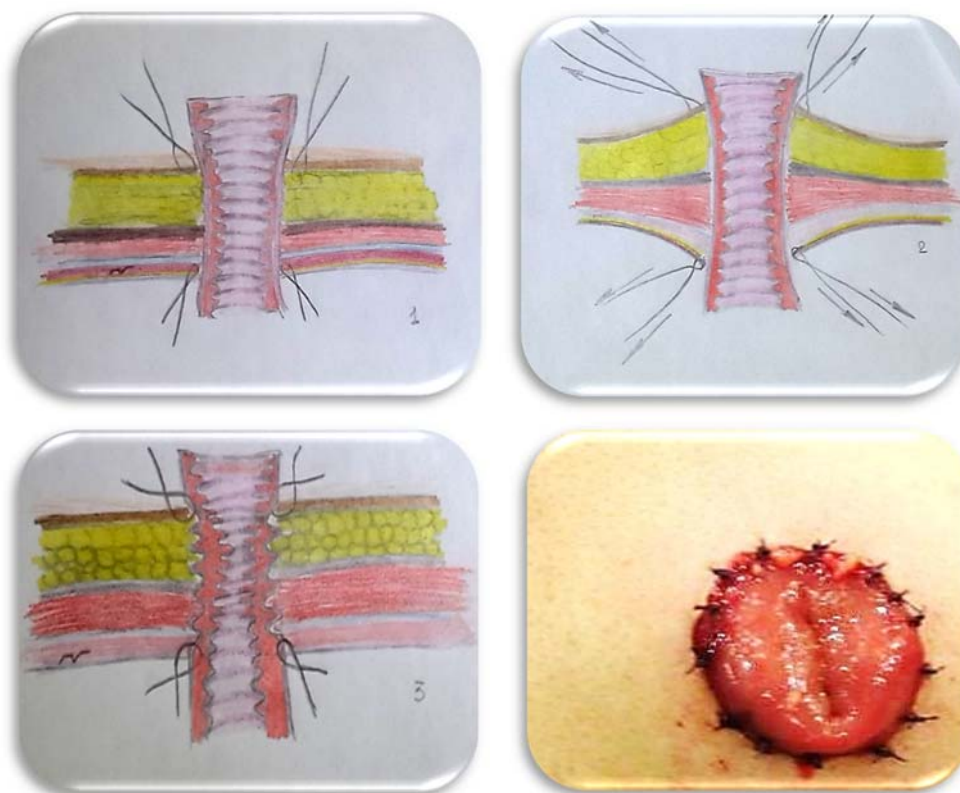
Таблица 6.

**Частота осложнений у детей с превентивной колостомией в зависимости от вида оперативных вмешательств (n=50)**

| № | Методы аноректопластики | Вид осложнения |     |                        |     |        |     | Всего |      |
|---|-------------------------|----------------|-----|------------------------|-----|--------|-----|-------|------|
|   |                         | Ретракция      |     | Анальная инконтиненция |     | Стеноз |     |       |      |
|   |                         | abs            | %   | abs                    | %   | abs    | %   | abs   | %    |
| 1 | Soave-Boley (n=18)      | 1              | 2,0 | 3                      | 2,0 | 1      | 2,0 | 5     | 6,0  |
| 2 | Romualdi (n=9)          | 2              | 4,0 | -                      | -   | 1      | 6,0 | 3     | 10,0 |
| 3 | Svenson-like (n=23)     | -              | -   | 1                      | 2,0 | 1      | 2,0 | 2     | 4,0  |
|   | Итого (n=50)            | 3              | 6,0 | 2                      | 4,0 | 3      | 6,0 | 10    | 20,0 |

Как видно из данных таблицы 6, при оперативных вмешательствах с формированием превентивной колостомы, наиболее высокая частота осложнений наблюдалась при операциях Romualdi (6,0%) и Soave -Boley (6,0%). У 1 (2,0%) ребенка, оперированного по Svenson-like отмечалась фекальная инконтиненция и 1 (2,0%) наблюдался стеноз стомы. Осложнения в виде ретракции стомы не отмечались. Общий показатель осложнений при данном вмешательстве составил 8,7%.

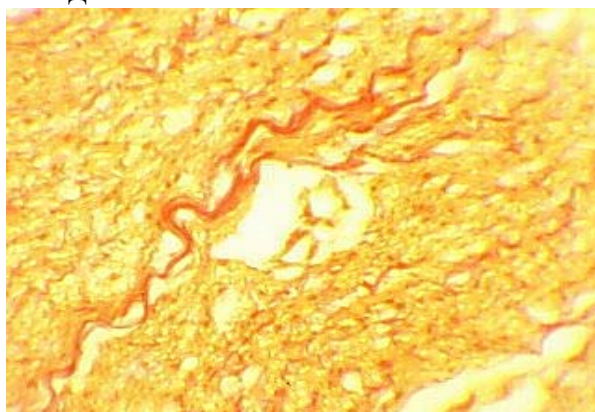
Одним из методов профилактики эвагинаций и перистомальных осложнений явился разработанный нами метод одноствольной колостомы по типу Гартмана с формированием искусственной заслонки путем гофрирования выводимой петли кишки (рис. 5).



**Рис. 5. Метод одноствольной колостомы по типу Гартмана с формированием искусственной заслонки путем гофрирования выводимой петли кишки**

Результаты исследования показали, что предпочтительно формирование раздельной колостомы методом гофрирования приводящей и суживания отводящей стомы. Соблюдение вышеуказанных правил формирования колостомы с образованием «гармошки» путем гофрирования приводящей кишки обеспечивало «порционный» выброс кишечного содержимого, а также предотвращало осложнения в виде парастомальных грыж, мацераций кожи, эвагинации.

Изучена морфологическая картина «отключенной кишки» при формировании колостомии в верхних участках кишечника. Морфологическая картина «отключенной кишки» характеризовалась тем, что слизистая была не равномерно утолщена, местами углублена, дно крипт граничило с подслизистым слоем. Имелись участки с лимфолейкоцитарными инфильтрациями и участками эритродиapedеза. Изучение гладкой мускулатуры удалённых препаратов толстой кишки у больных детей выявило наличие склероза в стенке органа, высокую концентрацию коллагеновых волокон в серозной и подслизистой оболочках стенки кишки (Рис.6).



**Рис. 6. Оптическая микрофотография «отключенной» части толстой кишки: склероз гладких мышц, увеличение числа коллагеновых волокон. Гематоксилин-эозин, увеличение 9x10.**

Выбирая сроки закрытия колостом у детей, мы руководствовались объективными критериями, выявляемыми при клинико-инструментальном обследовании больного после радикального вмешательства. Так, наиболее оптимальными оказались сроки в 4-6 недель (таблица 7).

**Таблица 7.**

**Результаты закрытия колостом после радикальных операций**

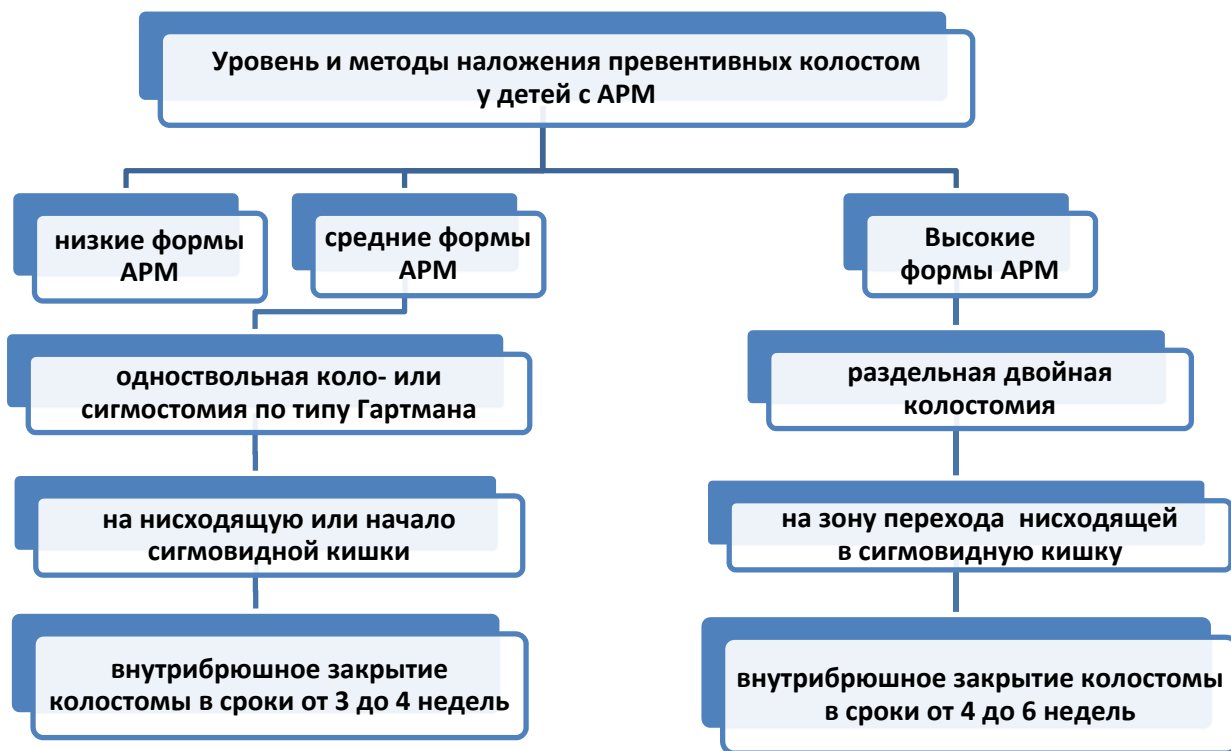
| № | Сроки закрытия стом | Осложнения (abs/%)          |      |                        |      |                   |      |                   |      | Всего |      |
|---|---------------------|-----------------------------|------|------------------------|------|-------------------|------|-------------------|------|-------|------|
|   |                     | Синдром «отключенной кишки» |      | Несостоятельность швов |      | Стеноз анастомоза |      | Объемная резекция |      |       |      |
| 1 | 4-6 нед. (n=38)     | -                           | -    | 1                      | 2,63 | 1                 | 2,63 | 1                 | 2,63 | 3     | 7,89 |
| 2 | 7-8 нед. (n=13)     | 1                           | 7,69 | 1                      | 7,69 | -                 | -    | 1                 | 7,69 | 3     | 23,1 |
| 3 | 9-12 нед. (n=27)    | 2                           | 7,40 | -                      | -    | 1                 | 3,70 | 2                 | 7,40 | 5     | 18,5 |

Наложение колостомы на сигмовидную кишку по типу Гартмана методом гофрирования позволяет улучшить результаты лечения и максимально сохраняет функцию кишки, отключая лишь ее дистальную часть, и в последующем не возникает проблем с определением границ резекции, а также исключает необходимость резекции большого объема кишки.

С целью предупреждения развития синдрома «отключенной кишки» предпочтительна проксимальная раздельная двойная сигмостома, с обязательным зауживанием отводящей стомы. Последнее позволяет эффективно санировать отключенную петлю и предотвращает риск эвагинации. Результаты лечения лучше в тех случаях, когда метод и сроки носительства колостомы предварительно прогнозировались.

Таким образом, анализируя виды и уровень формирования колостом, мы пришли к выводу, что при аноректальной мальформации предпочтительно формирование одноствольной концевой колостомы (сигмостомы) по типу Гартмана при низких формах АРМ, и проксимальной раздельной двухствольной сигмостомы - при высоких формах АРМ. Оптимальные сроки закрытия колостом зависят от объективных критериев, выявляемыми при клинико-инструментальном обследовании больного после радикального вмешательства. Так, наиболее оптимальными оказались сроки в 4-6 недель.

Основываясь на результатах исследований нами разработан алгоритм «выбора метода и уровня наложения превентивных колостом у детей с аноректальными мальформациями» (рис.7.).



**Рис. 7. Алгоритм выбора метода и уровня превентивных колостом у детей с аноректальной мальформацией**

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенных исследований диссертации доктора философии (PhD) на тему «Показания и выбор метода наложения превентивных колостом у детей с аноректальными пороками развития» представлены следующие выводы:

1. Проанализированы результаты лечения и наблюдения 159 детей с различными формами аноректальной мальформацией в возрасте от 0 до 12 лет, поступивших в хирургические отделения клиник Республиканского и областного уровня, а также сформированной колостомией по поводу высоких форм АРМ. Свищевые формы диагностированы у 56 (35,2%), бессвищевые у 103 (64,8%) детей.

2. Недоразвитие мышц и иннервации сфинктерного аппарата прямой кишки, значительная интраоперационная травма нервно-мышечных элементов, а также наличие постоянного контакта колоанального анастомоза с каловыми массами в послеоперационном периоде после радикальных операций по поводу АРМ, выполненных без превентивной колостомии, может являться причинами осложнений и определяют отдаленные результаты;

3. Наложение колостомы на сигмовидную кишку по типу Гартмана методом гофрирования позволяет улучшить результаты лечения и максимально сохраняет функцию кишки, исключает необходимость резекции большого объема кишки и позволяет снизить показатели осложнений с 39,4% до 20,0%.

4. Формирование левосторонней колостомы способствует выполнению брюшно-промежностных аноректопластик без осложнений в силу того, что нисходящая кишка фиксирована и не склонна к эвагинации и не сопровождается дефицитом кишки при ее низведении на промежность;

5. Оптимальные сроки ношения превентивных колостом и методы их закрытия зависят от объективных критериев выявляемых при клинико-инструментальном обследовании больного после радикального вмешательства и не должны превышать 4-6 недель.

6. На основании результатов исследований разработан алгоритм выбора метода и уровня наложения превентивных колостом у детей с аноректальными мальформациями.

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

---

**ANDIZHAN STATE MEDICAL INSTITUTE**

**BOZOROV SHAVKATJON TOJIDDIN UGLI**

**INDICATIONS AND CHOICE OF THE METHOD OF IMPOSING  
PREVENTIVE COLOSTOMY IN CHILDREN WITH ANORECTAL  
MALFORMATIONS**

**14.00.35 – Pediatric surgery**

**DOCTOR OF PHILOSOPHY IN PHYSICAL SCIENCES (PhD)  
DISSERTATION ABSTRACT**

**Samarkand - 2021**

**The time of the dissertation of the Doctor of Philosophy (PhD) was registered by the Higher Attestation Commission at the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under № B2021.1.PhD/Tib1784.**

The dissertation was completed at the Andizhan state medical institute.

The dissertation abstract is available in two languages (Uzbek, Russian, English (resume)) on the website of the Scientific Academic Council ([www.sammi.uz](http://www.sammi.uz)) and on the Information and education portal "ZiyoNet" ([www.ziyo.net](http://www.ziyo.net)).

**Research consultant:** **Aliev Mahmud Muslimovich**  
doctor of medical science, professor

**Official opponents:** **Shamsiev Jamshed Azamatovich**  
doctor of medical science, professor

**Ollabergenov Odilbek Tojiddinovich**  
doctor of medical science, ass.professor

**Leading organization:** **Scientific Center of Pediatrics and Pediatric Surgery  
of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan**

The defense of the dissertation will be held on « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 at \_\_\_\_ at the meeting of the Scientific Council PhD 04/30.12.2019.Tib.102.01 at the Samarkand state medical institute (Address 18 Amir Temur Street, 140100 Samarkand. Tel/Fax: (+99866) 233-30-34, e-mail: [ilmiyprorektori@sammi.uz](mailto:ilmiyprorektori@sammi.uz)).

The dissertation can be found in the Information Resource Center of the Samarkand state medical institute (registered under №. \_\_\_\_), (Address 18 Amir Temur Street, 140100 Samarkand. Tel/Fax: (+99866) 233-30-34).

The abstract of the dissertation sent out on « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021.  
(Registr of the dispatch protocol No \_\_\_\_ dated « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021).

**A.M.Shamsiev**  
Chairman of the Scientific Council  
for the Award of Scientific Degrees,  
Doctor of Medical Sciences, professor

**G.Z.Shodikulova**  
Scientific Secretary of the Scientific Council  
for the Award of Scientific Degrees,  
Doctor of Medical Sciences

**J.O.Atakulov**  
Chairman of the Scientific Seminar at the Scientific  
Council for the Award of Scientific Degrees,  
Doctor of Medical Sciences, Professor

## INTRODUCTION (abstract of PhD dissertation)

**The purpose of the study** is to develop proposals and recommendations for improving the efficiency of surgical treatment of anorectal malformations by choosing the method and level of imposition of preventive colostomy.

**Research object** 159 children with early and late postoperative complications in children with anorectal malformation, examined and treated in 2015 - 2020 at the clinical bases of the Tashkent Pediatric Medical Institute and Andizhan State Medical Institute.

**Scientific novelty of research** is as follows:

the operative method of imposing a colostomy with the formation of an artificial flap by corrugating the withdrawn loop of the intestine has been improved, excluding the development of peristomy complications;

methods of colostomy closure without complications as a result of improving microcirculation by imposing and carriage of colostomy with high forms of anorectal malformation have been proven;

substantiated reduction of complications by imposing preventive colostomy after radical operations in children with anorectal malformation;

therapeutic measures are optimized by determining the timing of elimination of the defect by adding preventive colostomy, which helps to improve local blood circulation in anorectal malformations in children.

**Implementation of research results.** Based on the scientific results obtained to improve the treatment of children with AWP:

approved the methodological recommendation "Indications and choice of the method of imposing preventive colostomy in children with anorectal malformations" (Conclusion of the Ministry of Health No. 8n-r / 585 of December 17, 2020). The proposed recommendations made it possible to increase the efficiency of surgical interventions for anorectal malformations;

the results of scientific research on the determination of indications, the choice of the method and the level of imposition of preventive colostomy have been introduced into practical health care, including in the practice of the TashPMI clinic and the Andijan Regional Children's Multidisciplinary Medical Center (Conclusion of the Ministry of Health No. 8n-r / 585 dated 17.12.). As a result of the implementation of the results obtained in practice and the application of the developed rules of ostomy in the treatment of anorectal malformations, an improvement in the results of both anatomical and functional in the immediate postoperative period was noted from 39.4% to 20.0%, a decrease in the number of complications in the postoperative period by 2 times.

**The structure and scope of the thesis.** The dissertation consists of an introduction, four chapters, conclusions, conclusions, practical recommendations, a list of used literature. The volume of the thesis is 105 pages.

**ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ**  
**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**  
**LIST OF PUBLICATION**

**I часть (I бўлим; I part)**

1. Бозоров Ш.Т., Туракулов З.Ш., Тошбоев Ш.О. Оценка эффективности одноэтапной коррекции свищевых форм аноректальных пороков развития у новорожденных // Тиббиётда янги кун. – Бухоро, 2019. – №4 (28). – С. 136-139.

2. Бозоров Ш.Т., Гафуров А.А., Туракулов З.Ш. Критерии способа создания анастомозов у новорожденных с тонкокишечной непроходимостью // Тиббиётда янги кун. – Бухоро, 2019. – №2 (26). – С. 126-129.

3. Юлдашев М.А., Бозоров Ш.Т., Тошбоев Ш.О. Варианты формирования кишечных стом при врожденных и приобретенных патологиях пищеварительного тракта у младенцев // Тиббиётда янги кун. – Бухоро, 2020. – №3 (31). – С. 690-694.

4. Алиев М.М., Нарбаев Т.Т., Бозоров Ш.Т., Юлдашев М.А., Тураева Ж.Т. Колостомия при осложнениях хирургической коррекции аноректальной мальформаций у детей // Биомедицина ва амалиёт журнали. – 2021. – Т.6. – С.92-97.

5. Narbaev T.T., Aliev M.M., Bozorov Sh.T. Turaeva J. T., Yuldashev M.A., Sobitov I.Z. Results of Colostomy Use in Children with Anorectal Malformation. - Revista Geintec-gestao inovacao e tecnologias.– 2021.–V.11.-№2.– 17-28.DOI: <https://doi.org/10.47059/revistageintec.v11i2.1640>. Impact Factor: SJIF 2020=7.60 (Scopus).

6. Юлдашев М.А., Бозоров Ш.Т., Тошбоев Ш.О. Тератогенные и клинико-генетические факторы в патогенезе аноректальных пороков пазвития // Universum: химия и биология. – 2021. - № 3(81). – С. 28-32.

**II часть (II бўлим, II part)**

7. Бозоров Ш.Т., Алиев М.М., Нарбаев Т.Т. Показания и выбор метода наложения превентивных колостом у детей с аноректальными пороками развития. Методические рекомендации. – 2020, Ташкент. – 19 с.

8. Нарбаев Т.Т., Алиев М.М., Теребаев Б.А., Тураева Н.Н., Бозоров Ш.Т. Колостомия при сопутствующих пороках и аномалиях развития у детей с аноректальной мальформацией // Материалы международной конференции «Анестезия и интенсивная терапия в педиатрии и детской хирургии». – Ташкент, 2020. – С. 51-53.

9. Бозоров Ш.Т., Алиев М.М., Юлдашев М.А. Показания к колостомии у детей с аноректальной мальформацией // Материалы IX Съезда детских врачей Казахстана с международным участием «Достижения и перспективы развития педиатрии и детской хирургии». – Алматы, 2021. – С.48-50

10. Бозоров Ш.Т., Нарбаев Т.Т., Юлдашев М.А. Осложнения одноэтапной коррекции свищевых форм аноректальных пороков развития у новорожденных в ближайшем послеоперационном периоде // Материалы 27-

й Российской (60-й "Всесоюзной") научной студенческой конференции «Актуальные вопросы хирургии, анестезиологии и реаниматологии детского возраста». – Киров, 2021. – С.16.

11. Бозоров Ш.Т., Юлдашев М.А. Результаты хирургического лечения детей с атрезией ануса и прямой кишки // Материалы 27-й Российской (60-й "Всесоюзной") научной студенческой конференции «Актуальные вопросы хирургии, анестезиологии и реаниматологии детского возраста». – Киров, 2021. – С.16-17.

12. Юлдашев М.А., Бозоров Ш.Т. Результаты лечения ректovesтибулярных свищей у девочек// Материалы 27-й Российской (60-й "Всесоюзной") научной студенческой конференции «Актуальные вопросы хирургии, анестезиологии и реаниматологии детского возраста». – Киров, 2021. – С.94-95.

13. Алиев М.М., Бозоров Ш.Т., Гафуров А.А., Нарбаев Т.Т., Юлдашев М.А., Салиев А.Р. Аноректал малформация аниқланган болаларда превентив колостомалар функцияси самарадорлигини баҳолаш дастури //Ўзбекистон Республикаси Адлия вазирлиги ҳузуридаги интеллектуал мулк агентлиги. Электрон ҳисоблаш машиналари учун яратилган дастурнинг рўйхатдан ўтказилганлиги тўғрисидаги гувоҳнома. № DGU 11952. 24.07.2021 й.

Автореферат «Биология ва тиббиёт муаммолари» журнали таҳририятида таҳрирдан ўтказилиб,  
ўзбек, рус ва инглиз тилларида (резюме) даги матнлар мувофиқлаштирилди.

2021 йил 14 декабрда босишга рухсат этилди.  
Офсет босма қоғози. Қоғоз бичими 60×84<sub>1/16</sub>.  
“Times” гарнитураси. Офсет босма усули.  
Ҳисоб-нашриёт т.: 2,7. Шартли б.т. 2,1.  
Адади 100 нусха. Буюртма №14/12.

---

СамДЧТИ нашр-матбаа марказида чоп этилди.  
Манзил: Самарқанд ш, Бўстонсарой кўчаси, 93.