

**БОЛАЛАР МИЛЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ  
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАРНИ БЕРУВЧИ  
DSc.04/01.02.2022.tib.147.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**НАРБАЕВ ТЕМУР ТУРАЕВИЧ**

**БОЛАЛАРДА АНОРЕКТАЛ МАЛФОРМАЦИЯНИНГ ОҚМАЛИ  
ШАКЛЛАРИДА БИРЛАМЧИ-РАДИКАЛ ОПЕРАЦИЯЛАРНИ  
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.35 – Болалар хирургияси**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ ДОКТОРИ (DSc) ДИССЕРТАЦИЯСИ  
АВТОРЕФЕРАТИ**

**ТОШКЕНТ – 2022**

**Фан доктори (DSc) диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора наук (DSc)**

**Contents of dissertation abstract of doctor of science (DSc)**

**Нарбаев Темур Тураевич**

Болаларда аноректал мальформациянинг  
оқмали шаклларида бирламчи-радикал  
операцияларни такомиллаштириш..... 3

**Нарбаев Темур Тураевич**

Совершенствование первично-радикальных  
операций при свищевых формах  
аноректальной мальформации у детей..... 37

**Narbaev Temur Turaevich**

Improvement of primary radical operations  
in fistulous forms of anorectal malformation in children..... 69

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ  
List of published works..... 73

**БОЛАЛАР МИЛЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ  
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАРНИ БЕРУВЧИ  
DSc.04/01.02.2022.tib.147.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**НАРБАЕВ ТЕМУР ТУРАЕВИЧ**

**БОЛАЛАРДА АНОРЕКТАЛ МАЛФОРМАЦИЯНИНГ ОҚМАЛИ  
ШАКЛЛАРИДА БИРЛАМЧИ-РАДИКАЛ ОПЕРАЦИЯЛАРНИ  
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.35 – Болалар хирургияси**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ ДОКТОРИ (DSc) ДИССЕРТАЦИЯСИ  
АВТОРЕФЕРАТИ**

**ТОШКЕНТ – 2022**

**Фан доктори (DSc) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида № В 2019.3.DSc/Tib250 рақами билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Тошкент педиатрия тиббиёт институтида бажарилган.

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

**Илмий маслаҳатчи:** **Алиев Махмуджон Муслимович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Расмий оппонентлар:** **Смирнов Алексей Николаевич**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор (РФ)

**Акилов Хабибулла Атауллаевич**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Эргашев Бахтиер Бердалиевич**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Етакчи ташкилот:** **С.Д. Асфендияров номидаги Қозоқистон миллий тиббиёт университети (Қозоғистон Республикаси)**

Диссертация ҳимояси Болалар миллий тиббиёт маркази ҳузуридаги DSc.04/01.02.2022.Tib.147.01 рақамли илмий кенгашнинг 2022 йил «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: Ташкент шаҳар, Яшнабад туман, Паркент кўчаси, 294-уй. Тел./факс: (+99855) 503-03-66, [ilmiy.kengash@bmtm.uz](mailto:ilmiy.kengash@bmtm.uz)).

Диссертация билан Болалар миллий тиббиёт маркази Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (\_\_\_\_\_ -рақам билан рўйхатга олинган). Манзил Ташкент шаҳар, Яшнабад туман, Паркент кўчаси, 294-уй. Тел./факс: (+99855) 503-03-66.

Диссертация автореферати 2022 йил «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ кун тарқатилди.

(2022 йил «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_\_\_ рақамли реестр баённомаси).

**А.М. Шарипов**  
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси,  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Ф.М. Қурбонов**  
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий котиби,  
тиббиёт фанлари буйича фалсафа доктори (PhD)

**Н.Ш. Эргашев**  
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш  
қошидаги Илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари  
доктори, профессор

## **КИРИШ (тиббиёт фанлари доктори(DSc) диссертацияси аннотацияси)**

**Мавзунинг долзарблиги ва зарурати:** Аноректал малформациялар (АРМ) болаларда кенг тарқалган туғма аномалиялардан биридир. Сўнги йилларда АРМ билан касалланиш камаймади ва турли муаллифларнинг фикрига кўра 1: 4000- 5000 тирик туғилган чақалоқларга туғри келади. Оқмали шакллар оқмасизларга қараганда анча кенг тарқалган бўлиб, АРМнинг умумий салмоғи 71% ни ташкил қилади, уларнинг тахминан 50% қизлардир. Ўғил болаларда атрезиянинг ректоуретрал окмаси, қизларда-ректовестибуляр оқма кўпроқ учрайди. ЖССТ халқаро реестрига кўра, АРМ бўлган болаларда ўлим даражаси 4 дан 29% гача. Жаҳон Соғлиқни сақлаш Ассамблеясининг 63-сессияси (2010 й.) томонидан қабул қилинган туғма нуқсонлар тўғрисидаги резолюцияда аъзо давлатлар бирламчи профилактикани тарғиб қилиш, туғилишнинг асосий нуқсонлари бўйича тадқиқотларни кучайтириш, уларга қарши курашда халқаро ҳамкорликни ривожлантириш ва шу билан туғма аномалияли болалар соғлиғини яхшилашга келишиб олдилар<sup>1</sup>.

Ўрганилаётган туғма нуқсонни жарроҳлик йўли билан даволаш муаммоси ҳали ҳам ўз аҳамиятини йўқотмаган ва болалар колопроктологиясининг тулиқ ҳал қилинмаган муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Буни ушбу беморларни даволаш тактикаси ва усули танловига бағишланган кўплаб ишларда катта эътибор берилиши гувоҳлик қилади. Малформацияларни аниқ ташхислаш, операциядан олдин тайерлаш ва даволаш тактикасини танлаш масалалари бўйича умумий келишилган фикр йўқлиги ҳам муҳим рол ўйнайди. Бу ўз навбатида кўплаб амалиётчиларнинг диагностик, тактик ва техник хатоларга йўл қўйишига олиб келади.

Бирламчи жарроҳлик коррекциясини муваффақиятсиз натижалари билан дастлабки шикастланишига қараганда, аноректал соҳанинг, атрофидаги аъзолар ва тўқималарнинг иккиламчи, кўпинча мураккаброқ асоратлар кузатилади. АРМни даволашнинг қониқарсиз натижалари юқори бўлиб қоламоқда ва 10-60% ни ташкил қилади. Аноректал аномалияларни бирламчи жарроҳлик йўли билан тузатишнинг қулай функционал натижаларига ҳисса қўшмайдиган жиддий қўшимча муаммолар қўшни органларнинг, асосан сийдик ажратиш тизимининг биргаликда зарарланишидан келиб чиқади. Операцияларга кўрсатмалар, уларни амалга ошириш вақти, жарроҳлик аралашувлар ҳажми, такрорий операцион жараенларни самарадорлигини баҳолаш - маҳаллий ва хорижий мутахассислар томонидан муҳокама қилинадиган мавзу бўлиб қолмоқда<sup>2</sup>.

Шундай қилиб, илмий-тиббий адабиётларни таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, болаларда АРМ даволашнинг узок тарихига қарамай, аноректал нуқсонли болаларни даволаш муаммоси болалар жарроҳлари орасида энг кўп муҳокама қилинадиган мавзулардан бири бўлиб қолмоқда. Аноректал аномалияларни даволашда уларни коррекция қилишда кўплаб усуллари таклиф қилинган, аммо жарроҳлик тузатишнинг маъқул даври ва АРМ турли

<sup>1</sup> World Health Organization. Congenital anomalies. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/birth-defects>

<sup>2</sup> Pena A, Levitt M.A. /Anorectal Malformations. In Pediatric Surgery. - Philadelphia: Mosby Elsevier, 2006.

шакллари учун операциялар усуллари тўғрисида фикрлар ҳали ҳам қарама-қарши. Аноректал нуқсонли болаларни операциядан кейинги реабилитация қилиш масалалари мунозарали бўлиб қолмоқда ва тўлиқ ўрганилмаган<sup>3</sup>.

Диссертация тадқиқотида Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги "Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида"ги ПҚ 5590-сонли қарори билан белгиланган вазифаларни бажариш мақсад қилиб қўйилган. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 20 июндаги ПҚ 3071-сонли қарори "2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикаси аҳолисига ихтисослаштирилган тиббий ёрдамни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида". Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 25 декабрдаги ПҚ 3440-сонли қарори "2018-2022 йилларда болаларда туғма ва ирсий касалликлар. Ўзбекистон Республикаси Президентининг Фармони билан белгиланган асосий вазифаларни амалга ошириш доирасида 2022 йил 28 январдаги № ПҚ-60-сонли қарори "2022-2026 йилларда Янги Ўзбекистонни ривожлантириш стратегияси"нинг асосий мақсадига, шунингдек тиббиёт соҳасида қабул қилинган бошқа меъёрий ҳужжатларга эришиш..."<sup>4</sup>. Ушбу вазифалар асосида болаларда аноректал нуқсонларнинг оқмали шакллари учун бирламчи-радикал операцияларни такомиллаштириш бўйича илмий тадқиқотлар ўтказиш айниқса муҳимдир.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларга мослиги.** Диссертация иши Ўзбекистон Республикасида самарали амалга оширилаётган Соғлиқни сақлаш ислохотлари, фан ва техника тараққиётининг устувор йўналиши: VI "Тиббиёт ва фармакология" га мос равишда олиб борилди.

**Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий тадқиқотлар шарҳи.** Болаларда аноректал нуқсонларнинг оқмали шакллари бирламчи-радикал аралашувлар усулини танлаш орқали жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган илмий тадқиқотлар дунёнинг бир қатор илмий марказларида ва олий ўқув юртларида утказилмоқда, шу жумладан: Калифорния университети (АҚШ); Шлезвиг-Голштейн университети касалхонасида (Германия) амалга оширилади; Қирол London коллежи Сан-Паулу университети (Буюк Британия); Michigan университети; Вашингтон университети, Корнелл университети; Louisville университети (Германия); Sichuan университети (Хитой); Вита-Salute университети, Pavia университети (Италия); Santa-Katarina Federal университети (Бразилия); Sidney университети (Австралия); Освалдо Круз университети (Бразилия); Sidney университети (Австралия); Освалдо Круз институти; Лвов университети,

---

<sup>3</sup> Тараканов В.А., Стрюковский А.Е., Старченко В.М., и др. Послеоперационная реабилитация детей, перенёвших операции на толстой кишке и аноректальной зоне.// Кубанский научный медицинский вестник. 2018. Т. 25. № 4. С. 85-89.

<sup>4</sup> Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022-йил 28 январдаги ПФ-60-сон«2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида»ги Фармон.

Днепр тиббиёт Академияси, Тернополь Давлат тиббиёт университети; Украина Тиббий Стоматология Академияси (Украина); Тошкент Тиббиёт Академияси (Ўзбекистон); Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институти (Ўзбекистон)<sup>5</sup>.

Болаларда АРМнинг окмали шаклларида бирламчи радикал операцияларни такомиллаштиришга қаратилган хорижий илмий тадқиқотлар таҳлили шуни кўрсатдики, тадқиқотлар доимий равишда қуйидаги устувор масалалар бўйича олиб борилмоқда: болаларда аноректал малформацияда бирламчи-радикал операцияларнинг қониқарсиз натижаларининг частотаси ва сабабларини ўрганиш; бирламчи-радикал операцияларнинг превентив колостомия ёрдамида бир ёки икки босқичли жарроҳлик тактикасида ўзаро боғлиқлигини аниқлаш; болаларда АРМ бирламчи-радикал коррекцияси тактикаси ва усулини танлашда йулдош тугма нуқсонлар ва ривожланиш аномалияларининг роли ва аҳамияти; йўғон ичакнинг анатомик ва функционал ҳолатига қараб болаларда аноректал малформациянинг пастки окмали шакллари учун модификацияланган операциялар усуллари ишлаб чиқиш; йўғон ичакнинг каудал қисми, окма, туташган органлар ва тугри ичакнинг сфинктер аппарати морфологик манзарасини ўрганиш; болаларда аноректал нуқсонларнинг окмали шакллари учун жарроҳлик усулини танлаш алгоритмини ишлаб чиқиш; аноректал малформациянинг паст ва юқори шакллари бўлган болаларни реабилитация қилишнинг такомиллаштирилган программасини яратиш ва амалга татбиқ қилиш<sup>6</sup>.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** АРМ-бу ташқи клоака ва туғри ичакнинг сфинктер аппарати шаклланмаганлигидан иборат тугма малформация бўлиб, бу туғри ичак ва ануснинг турли хил малформациялари ва аномалияларининг шаклланишига олиб келади.

Аноректал аномалияларни жарроҳлик йўли билан тузатиш муаммоси долзарблигини йўқотмайди. Ушбу соҳадаги баъзи ютуқларга қарамай, беморларнинг ижтимоий мослашувини белгилайдиган ишончли анатомик ва функционал натижаларни берадиган усуллар ҳали ҳам мавжуд эмас, уларнинг аксарияти жиддий ногирон бўлиб қолмоқда. Болаликда аноректал патологияни даволаш тактикаси, техникаси ва усуллари такомиллаштиришга қаратилган тадқиқотлар давом этмоқда [Рена А.1988 й., Эргашев Н.Ш. 2018 й., Алиев М.М. 2019 й.].

Аноректал соҳада жарроҳлик аралашуви пайтида топографо-анатомик муносабатларни тиклаш ҳар доим ҳам функционал бузилишларни бартараф этмайди. Операция, ўз навбатида, аноректал соҳанинг нуқсонлари бўлган

---

<sup>5</sup> Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий тадқиқотлар шарҳи: [www.unimelb.edu.au](http://www.unimelb.edu.au), [www.universityofcalifornia.edu](http://www.universityofcalifornia.edu), [www.augusta.edu](http://www.augusta.edu), [www.utk.edu](http://www.utk.edu), [www.uni-leipzig.de](http://www.uni-leipzig.de), [www.nationwidechildrens.org](http://www.nationwidechildrens.org), [www.uv.es](http://www.uv.es), [www.tau.ac.il](http://www.tau.ac.il), [www.upatras.gr](http://www.upatras.gr), [www.ui.edu.ng](http://www.ui.edu.ng), [www.until.ch](http://www.until.ch), [www.lu.se](http://www.lu.se), [www.tashpmi.uz](http://www.tashpmi.uz)

<sup>6</sup> Турчинец А.И., Хмельницкая А.В., Сулавко Я.П., Ионов А.Л., и др. Отдаленные результаты хирургической коррекции Н-фистул у девочек при нормально сформированном анусе. //Хирургия. Журнал им. НИ Пирогова, 2021. (4), С. 39-45.

болаларни комплекс даволашда фақат бир босқичдир. Аралашув усулини тўғри танлаш ва мукамал бажариш, операциядан кейинги асоратларнинг йўқлиги, албатта, яхши функционал натижаларга эришишга ёрдам беради [Смирнов А.Н. 2018 й., Атакулов Д. О. 2017 й., Комиссаров И.А. 2019 й., Хамраев А.Ж 2021й.].

А. Репа (1984 й.) томонидан орка сагитал аноректопластика (ОрСАРП), Rizzoli (1956 й.) томонидан олди-сагиттал (ОлСАРП) ва Ребейн (Ромуалди) (1959 й.) томонидан қорин-оралик проктопластика (ҚОПП) номлари остида таклиф қилинган усуллар, бошқа муаллифлар ва уларнинг издошлари томонидан модификациялаштирилган вариантлари, аноректал аномалияларнинг деярли барча турларида кенг қўлланилади. Бироқ, тажриба тўпланиши билан ушбу усулларнинг баъзи салбий томонлари пайдо бўлди, бу эса АРМни хирургик даволашда янги, янада ривожланган ва камроқ шикастлайдиган усуллари излашни талаб қилади [Дегтярев Ю. Г., Никифоров А.Н. 2017 й.].

Узоқ муддатли тадқиқотлар шуни кўрсатдики, якуний натижа асосан операциядан кейинги ва узоқ муддатли даврда реабилитация тадбирларининг сифати ва вақти билан белгиланади, бу эса янги ҳосил бўлган тугри ичакнинг нормал функциясига эришилгунга қадар узилишларсиз амалга оширилиши керак. [Шамсиев А. М. 2019 й. Отамурадов Ф.А.2022 й.].

Даволаш усулини синчковлик билан танлаш, бирламчи-радикал операциялар ва реабилитация дастурларининг илғор модификациясини ишлаб чиқиш болаларнинг асоратлари ва эрта ногиронлиги курсаткичларини сезиларли даражада камайтиради, шунингдек аноректал нуқсонларнинг окмали шакллари бўлган болаларга жарроҳлик ёрдамининг иқтисодий самарадорлигини оширади.

АРМни жарроҳлик даволашнинг кўплаб масалалари махсус ва чуқур ўрганишни талаб қилади, бу эса ушбу тадқиқотнинг асосидир.

**Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий ўқув юртининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация иши ИТД-11: "Туғма касалликларни ташхислаш, даволаш ва олдини олишнинг янги технологиялари ва усуллари ишлаб чиқиш орқали аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш" давлат дастурига мос келади. Тошкент педиатрия тиббиёт институтининг АДСС-30,6 амалий гранти (2012-2014) "Аноректал нуқсонлари пастки шакллари булган болаларни жарроҳлик даволаш ва реабилитациясини оптималлаштириш", ва 01980006703-сонли "Болаларда туғма нуқсонларни ва орттирилган касалликлар ташхислаш, даволаш ва олдини олиш усуллари такомиллаштириш" илмий-тадқиқот лойиҳаси доирасида илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ бажарилган(2018-2022 й.).

**Тадқиқотнинг мақсади** бирламчи-радикал аралашувлар усулини танлаш орқали болаларда АРМнинг окмали шакллари жарроҳлик йули билан даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

### **Тадқиқотнинг вазифалари:**

болаларда АРМнинг окмали шаклларида бирламчи-радикал жарроҳлик усулига қараб операциядан кейинги асоратларнинг тури, сонини ва сабабларини ўрганиш ва тизимлаштириш;

бирламчи-радикал операциялар натижаларининг превентив колостомия ёрдамида бир ёки икки босқичли жарроҳлик тактикасига боғлиқлигини аниқлаштириш;

болаларда АРМни окмали шаклларида бирламчи-радикал коррекцияси тактикаси ва усулини танлашда ёндош нуқсонлар ва ривожланиш аномалияларининг роли ва аҳамиятини аниқлаш;

йўғон ичакнинг анатомик ва функционал ҳолатига қараб болаларда АРМнинг пастки окмали шакллари учун модификациялаштирилган жарроҳлик усулини ишлаб чиқиш ва татбиқ қилиш;

болаларда АРМни окмали шаклларида атрезия булган ичакнинг каудал қисми, оқма, қўшни аъзолар ва тўғри ичакнинг морфологик манзарасини ўрганиш;

болаларда АРМнинг окмали шакллари учун жарроҳлик усулини танлаш алгоритминини ишлаб чиқиш;

АРМнинг пастки ва юқори окмали шакллари бўлган болалар учун такомиллаштирилган реабилитация протоколинини яратиш ва амалга ошириш.

**Тадқиқот объекти сифатида** 3 ойдан 14 ёшгача аноректал малформациянинг паст ва юқори окмали шакллари бўлган 372 бола бўлиб, улар 2009 йилдан 2021 йилгача ТошПТИ клиникасининг жарроҳлик бўлимларида текширилган ва операция йули билан даволанган.

**Тадқиқотнинг предмети сифатида** ва вазифаларни ҳал қилиш учун аноректал малформацияга чалинган болаларда умумий қабул қилинган ва янги модификациялаштирилган жарроҳлик аралашув усулларини қўллаш таҳлили ўтказилди. Болалардаги аноректал малформациялар учун бирламчи-радикал операцияни яхшилаш учун беморлар 2 таҳлил гуруҳига бўлинган. Биринчи назорат гуруҳи 2009 дан 2015 га қадар бўлган даврда узи яшаш жойида ва клиникамизда илгари жарроҳлик аралашувлари билан қабул қилинган болалардан 137 иборат бўлиб, уларнинг натижаларига кўра АРМдаги асосий радикал операцияларнинг асоратлари таҳлил қилинди. Иккинчи асосий гуруҳ 235 боладан иборат бўлиб, 2016 йилдан 2021 йилгача операция қилинган, фақат бизнинг клиникамизда улар учун детерминаланган танлов ва АРМ коррекциясининг янги модификациялаштирилган усуллари амалга оширилган.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Барча болалар умумий клиник текширув усуллари билан бир қаторда фистулоирригография, экскретор урография, цистография, оралик(тос суяги) ултратовуш текшируви, сфинктерометрия, тугри ичак ампуласидаги босимни ўлчаш, тугри ичак ва сфинктер аппарати дистал жойларини морфологик ўрганиш ва статистик усуллардан фойдаланилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйдагилардан иборат:

АРМ бор болаларда оралик ва қорин-оралик проктопластика операцияларининг қониқарсиз натижалари сабаблари аниқлаштирилган ва тизимлаштирилган;

АРМнинг паст ва юқори окмали шакллари бўлган болаларни хамроҳ келган аномалияларини ҳисобга олган ҳолда даволаш тактикаси ишлаб чиқилган;

АРМнинг пастки окмали шакллари учун оралик проктопластиканинг модификациялаштирилган янги усули таклиф қилинган ва амалда қўлланилган, бу ташқи сфинктернинг мушак толаларига зарар бермасдан яхши функционал ва косметик таъсирга эришишга имкон берди;

болаларда АРМнинг окмали шакллари ичак атрезияси, окма ва қўшни органларнинг морфологик манзарасига қараб жарроҳлик тактикасига дифференциал ёндашув ишлаб чиқилган;

АРМ окмали шакллари бўлган болаларда бир ёки икки босқичли операцияларни қўллаш кўрсаткичлари ва превентив колостомия зарурати исботланган.

болаларда оралик проктопластикадан кейин жарроҳлик даволаш натижалари ва анал сфинктернинг функционал ҳолатини баҳолаш учун дастурлар ишлаб чиқилган ва самарадорлиги исботланган.

ногиронлар сонини камайтириш, болалар ва ўсмирлар ўртасида такрорий тузатувчи аралашувлар кўрсаткичларини аниқлашга қаратилган операция усулини танлаш алгоритми ва операциядан кейинги реабилитация тадбирлари протоколи ишлаб чиқилиб клиник амалиётга жорий этилган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйдагилардан иборат:

бирламчи-радикал аралашувларни амалга оширишда ҳисобга олиниши керак бўлган оралик ва қорин-оралик проктопластика операцияларининг қониқарсиз натижалари сабаблари аниқлаш ва тизимлаштир тавсия этилган;

болалар хирургияси (колопроктология) бўлимлари амалиётга сагитал чизикни кесмасдан бажараладиган оралик проктопластиканинг такомиллаштирилган, модификациялаштирилган усули тавсия этилган;

болалардаги аноректал нуқсонларнинг окмали шакллари учун жарроҳлик усулини танлаш алгоритми ишлаб чиқилган ва тавсия этилган;

асоратлар сонини камайтириш ва болалар ҳаёт сифатини яхшилаш учун комплекс реабилитация дастури ишлаб чиқилган ва тавсия этилган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги** тадқиқотда қўлланилган ёндашувлар ва усуллар, текширилаётган беморлар сонининг услубий тўғрилиги ва етарлилиги, тадқиқотларда қўлланиладиган замонавий қўшимча клиник, морфологик, рентгенологик, функционал, инструментал ва статистик тадқиқот усуллари, болаларда АРМни жарроҳлик даволаш усуллари. Ривожланиш методикаси халқаро ва маҳаллий тажриба билан таққослашга асосланган бўлиб, хулоса ва натижалар ваколатли органлар томонидан тасдиқланганлиги билан изоҳланди.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, умумий тавсия этилган ва

модификацияланган операциялар усуллари билан амалга оширилган болаларда оралик ва қорин-оралик проктопластиканинг қониқарсиз натижалари сабабларини қиёсий таҳлил қилиш, хамроҳ нуқсонлар ва аномалиялар ривожланишни ҳисобга олган ҳолда даволаш тактикасини ишлаб чиқишга имкон берди; оралик проктопластиканинг модификацияланган усулини ишлаб чиқиш ва амалда қўллаш; болаларда аноректал малформацияда ичак атрезияси, окма ва қўшни аъзоларнинг морфологик кўринишига қараб жарроҳлик тузатиш усулини танлашни аниқлаш; превентив колостомия кўрсаткичларини аниқлаш; болаларда аноректал малформациянинг оқмали шакллари учун жарроҳлик усулини танлаш алгоритминини ишлаб чиқиш; болаларда аноректал малформациянинг оқмали шаклларида бирламчи-радикал операцияларни яхшилашга қаратилган операциядан кейинги реабилитация протоколни ишлаб чиқиш билан изохланди.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, модификацияни жорий этиш натижалари, операциялар усулини танлаш алгоритми, превентив колостомиядан фойдаланиш, комплекс реабилитация протоколи ва жарроҳлик даволаш натижаларини баҳолаш дастури ва неоануснинг функционал ҳолати болаларда АРМда оқмали шаклларда яқин ва узок муддатли операциядан кейинги даврда асоратларни 3 барабар сонини камайтириш, рецидив ва қайта операция сонини камайтириш, иқтисодий самарадорлик даволаниш харажатларини камайтириш ва беморнинг касалхонада бўлиш муддатини (ётоқ кунларини) ўртача 5,0 кунга қисқартириш орқали намоён бўлди. Касалхонага ётқизиш ва реабилитация қилиш частотаси ва давомийлигини камайтирилди. Ногиронлик даражаси пасайтирилди ва болаларнинг ҳаёт сифати яхшиланиши билан изохланди.

**Тадқиқот натижаларини жорий этилиши.** Болаларда АРМнинг оқмали шаклларида бирламчи-радикал операцияларни такомиллаштириш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

"Болаларда аноректал малформациянинг пастги оқмали шакллари жарроҳлик йўли билан даволаш" услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 19 апрелдаги №8 н-р/160-сон маълумотномаси). Илмий натижаларни жорий қилиниши операциядан кейинги яқин ва узок муддатли даврда асоратлар сонини, рецидив ва реоперациялар сонини камайтириш, касалхонага ётқизиш ва реабилитация давомийлигини камайтириш имконини берган;

"Аноректал малформацияси бўлган болаларда реабилитация чоралари". услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 19 апрелдаги №8 н-р/161-сон маълумотномаси). Илмий натижаларни жорий қилиниши ногиронлик даражасини пасайтириш, болаларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш, иқтисодий самарадорлик шифохонада қолиш муддатини қисқартириш ва беморни касалхонада даволаш харажатларини камайтириш имконини берган;

"Болаларда аноректал нуқсонларда колостомия усулини танлаш" (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 17 декабрдаги №8 н-р/161-сон маълумотномаси). Илмий натижаларни жорий қилиниши колостомия самарадорлигининг ошиши асоратлар сонининг 3 барабар пасайиши, қисқа

вақт ичида ичак функциясини нормаллаштириш, рецидив ва қайта операцияларнинг йўқлиги, стомасиз операция қилинган болалар билан таққослаганда, бу ётоқ кунлари сони ўртача 5,0 кунга камайтириш имконини берган;

АРМнинг окмали шаклларида бирламчи-радикал операция усулларини такомиллаштириш буйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Нукусдаги Қорақалпоғистон Республика болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази, ГКДХБ 2-сонли клиника амалиётига жорий этилган. (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 22 майдаги №8 н-д/122-сон маълумотномаси), Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази амалиётига жорий этилган. (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 28 октябрдаги №305-сон маълумотномаси).

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Мазкур тадқиқот натижалари 9 та илмий-амалий анжумаларда, шу жумладан 3 та халқаро ва 6 та Республика миқёсидаги халқаро анжуманларда муҳокама қилинган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги:** Диссертация мавзуси буйича жами 45 та илмий иш чоп этилган булиб, шу жумладан 17 та журнал мақолалари (шундан 2 таси Scopus маълумотлар базасига киритилган, 1 - Web of Science), 14 таси Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг чоп этишга тавсия этилган илмий нашрларда, шу жумладан 9 та Республикамизда ва 5та хорижий журналларда, 20 дан ортиқ тезислар, 3 та услубий тавсиянома чоп этилган. Ихтиро учун 1 та патент (IAP), электрон дастурлар учун 3 та сертификат (DGU) олинган. "Аноректал нуқсонларнинг пастги окмали шакллари бўлган болаларни жарроҳлик даволаш ва реабилитация қилишни оптималлаштириш" грант амалий тадқиқот ўтказилган (АДСС-30.6). Олинган натижалар VI Республика инновацион ғоялар, технологиялар ва лойиҳалар ярмаркасида намоиш этилган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми:** Диссертациянинг таркиби кириш, бешта боб, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 184 бетни ташкил этган.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

**Кириш** кисмида олиб борилган тадқиқотнинг долзарблиги ва заруратлигини асослайди, мақсад ва вазифалари, тадқиқот материали ва усулларини тавсифлайди. Тадқиқотнинг Республика фан ва техникасининг устувор йўналишлари билан боғлиқлигини кўрсатади. Тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён этилган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларининг амалиётга татбиқ этилиши, чоп этилган ишлар ва диссертациянинг тузилиши тўғрисидаги маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг биринчи бобида: **"Болаларда аноректал нуқсонларнинг этиопатогенези, клиникаси, диагностикаси ва даволаш бўйича замонавий ғоялар"** (адабиётлар шарҳи) болаларда аноректал нуқсонлар бўйича замонавий маҳаллий ва хорижий адабиётларни батафсил таҳлили ўтказилган. Болаларда аноректал нуқсонларнинг этиопатогенези, клиникаси, диагностикаси ва даволашга

доир замонавий тушунчалар ва ечилмаган масалалар умумлаштирилган ва тизимлаштирилган. Болаларда аноректал малформациянинг оқмали шакллари учун бирламчи-радикал операцияларни такомиллаштириш мақсадга мувофиқлигини кўрсатадиган истиқболли йўналишлар аниқланди.

Диссертациянинг иккинчи боби: "**Тадқиқот материал ва усуллари**" клиник материал ва тадқиқот усуллари, шунингдек аноректал нуқсонларнинг оқмали шакллари бўлган болаларда хамрох аномалиялар ва туғма нуқсонлар ҳақида маълумотларни ўз ичига олади.

Иш 2009 йилдан 2021 йилгача бўлган даврда Тошкент педиатрия тиббиёт институти клиникасининг жарроҳлик бўлимларида АРМнинг оқмали шакллари бўлган 372 нафар болани хирургик даволаш натижаларига асосланган (1-жадвалга қаранг).

**Жадвал 1**

**АРМ бўлган болаларни жинси ва ёшига қараб тақсимлаш (n=372)**

Боланинг жинси		Беморларнинг ёши (йилларда)					Жами
		0-1	1-3	4-7	8-11	12-15	
уғил болалар	абс	34	36	20	5	4	99*
	%	9,1	9,7	5,4	1,3	1,1	26,6
қиз болалар	абс	94	131	29	12	7	273*
	%	25,3	35,2	7,8	3,2	1,9	73,4
Жами	абс	128	167	49	17	11	372
	%	34,4	44,9	13,2	4,6	2,9	100%

Изоҳ: \* - Нисбатан ўғил ва қиз болалар сонининг сезиларли фарқи -  $p < 0,05$ .

Болаларда АРМ оқмали шакллариининг турлари ва учраши, Крекенбекдаги (Германия 2005 й.) "АРМни даволашда стандартларни ишлаб чиқиш бўйича халқаро конференция" да болалар колопроктологларнинг консенсуси билан қабул қилинган Крекенбек таснифига мувофиқ тақдим этилган. (2-жадвалга қаранг).

**Жадвал 2**

**Аноректал нуқсонларнинг оқмали шакллари бўлган беморларни Крекенбек таснифи бўйича тақсимлаш (n=372)**

Катта клиник гуруҳлар	Болалар сони	Ноёб / маҳаллий вариантлар	Болалар сони
Перинеал фистула	81	Ректовагинал фистула	26
Вестибуляр фистула	200	Н – фистула	17
		Вестибуляр	9
		Вагинал	8
Ректоуретрал фистула	30	Бошқа шакллар: -ректоёргоқ фистула	2
Простатик	18		
Бульбар	12		
Ректовезикал фистула	16		
Жами	327		45
		372	

Диссертация тадқиқоти давомида беморлар 2 та таҳлил гуруҳига бўлинган: биринчи назорат гуруҳи 137 (36,8%) боладан иборат бўлиб, 2009 йилдан 2015 йилгача бўлган даврда илгари яшаш жойларда ва бизнинг клиникамизда ўтказилган хирургик аралашувлар билан қабул қилинган, АРМ да бирламчи радикал операцияларнинг асоратлари таҳлил қилинган.(3-жадвалга қаранг).

**Жадвал 3.**

**Назорат таҳлилнинг гуруҳида бажариладиган операциялар.**

№	Операция усули	Сони	%
1.	Стоун-Бенсон оралик проктопластикаси (ОПП)	69	50,4
2.	Олд сагитал аноректопластика (ОлСАРП)	15	10,9
3.	Орка сагитал аноректопластика (ОрСАРП)	11	8
4.	Ромуальди Корин-оралик проктопластика (ҚОПП)	21	15,3
5.	Ленюшкин усулида окманинг инвагинацион бартараф этиш	7	5,1
6.	Соломон оралик проктопластикаси (ОПП)	14	10,2
Жами n=137		137	100

Иккинчи асосий гуруҳ 235 (63.2%) болалар иборат булиб 2016 йилдан 2021 йилгача булган даврида операция бизнинг клиникамизда, АРМни окмали шаклларида детерминлаштирилган ва модификациялаштирилган хирургик коррекция усулларини қулладик (4-жадвалга қаранг).

**Жадвал 4**

**Асосий таҳлил гуруҳида бажариладиган операциялар.**

№	Операция усуллари	Сони	%
1.	Стоун-Бенсон Оралик проктопластикаси (ОПП)	23	9,7
2.	Стоун-Бенсон Оралик проктопластикаси (ОПП) клиниканинг модификациясида (ихтирога патент 04799; 12/17/2013) № IAP 04799; 17.12.2013г.)	56	23,8
3.	Олд сагитал аноректопластикаси (ОлСАРП)	10	4,2
4.	Олд сагитал аноректопластикаси (ОлСАРП) А.И. Ленюшкин модификациясида	25	10,6
5.	Орка сагитал аноректопластикаси (ОрСАРП)	21	8,9
6.	Мини орка сагитал аноректопластикаси (МОрСАРП)	18	7,6
7.	Ромуальди Корин-оралик проктопластикаси (ҚОПП)	22	9,4
8.	Ленюшкин модификациясида Ромуалди-Ребейн бўйича комбинацияланган интраректал қорин-оралик проктопластикаси (ҚОПП)	37	15,7
9.	Уретрал фистулани ораликдан бартараф этиш	2	0,8
10.	Ленюшкин усулида окманинг инвагинацион бартараф этиш	4	1,7
11.	Соломон оралик проктопластикаси (ОПП)	7	3
12.	Соломон-Ленюшкин оралик проктопластикаси (ППП)	10	4,2
Жами (n= 235)		235	100

Иккала гуруҳ беморлари умумий клиник, махсус ва проктологик текширув усулларидан ўтдилар. Текширувлар доираси, шунингдек уларнинг тартиби ва кетма-кетлиги патология турига ва беморларнинг ёшига қараб аниқланди. (5-жадвалга қаранг).

**Жадвал 5**

**Текширувларнинг умумий клиник, махсус ва проктологик усуллари**

Текширув усуллари	Текширувлар сони
Умумий клиник	
Лаборатор	2472
ЭКГ(ЭХОКГ)	309
НСГ(нейросонография)	218
Рентгенография (кукрак қафаси)	129
Ички аъзоларнинг УТТ	300
Махсус	
Корин бушлиги тасфирий рентгенография	102
Ирригография (проктография)	227
Экскретор урография	37
Цистография	14
Колоноскопия (ректоскопия)	48
Проктологик	
УТТ (кичик чанок)	272
МРТ ва КТ (кичик чанок)	31
Колостография(стомография)	154
Фистулоирригография	309
Сфинктерометрия	108
Rinitala R.J. шкаласи бўйича баҳолаш	200
Морфологик текширув	37
Дефекография	13
Оқмани калибрлаш(бужлаш)	1236
Жами	6216

Аноректал малформацияга чалинган болаларни текшириш пайтида 79 (25,6%) беморда хамроҳ аномалиялар ва тугма нуқсонлар аниқланди. Ушбу гуруҳда ҳар учинчи болада битта ёки бир нечта тугма нуқсонлари ва тизимларнинг аномалиялари комбинацияси мавжудлиги аниқланди (6-жадвалга қаранг).

Жадвал 6.

**Аноректал нуқсонларни бошқа аъзолар ва тизимларнинг ривожланиш аномалиялар билан хамрохлиги.**

Тизимлар аномалияси	Ривожланиш нуқсонлар ва аномалиялар турлари			Жами
Уро-нефрологик	буйраклар аплазияси (гипоплазияси)- 2 Удвоение почек и мочеточников- 2	Туғма гидронефроз-5 Уретра стенози -2 Қовуқ сийдик найи рефлюкси-4	Мегауретер-3 Нейроген қовуқ-6	24 (30,4%)
Юрак-қон томир	Қоринчалараро туғма нуқсон-5	Булмачалараро туғма нуқсон -3	Тетрада Фалло-3	11 (13,9%)
Ошқозон-ичак	Кизилунгач атрезияси-3	Эмбрионал чурраси-2	Ледд синдроми -3	8 (10,1%)
Генитал	Крипторхизм-4 Гипоспадия-1	Вагина тусиғи-2	Вагина атрезияси-4	11 (13,9%)
Неврологик	Гидроцефалия (микроцефалия)-3	Орқа мия чурраси-4	Парезлар Плегиялар-3	10 (12,7%)
Хромосомли	Даун синдроми-4	Поланд синдроми-1	Курарино синдроми	5 (6,3%)
Сенсор	Куз аномалияси-2	Нейросенсор карлик-1	-	3 (3,8%)
Суяклар	Думгаза агенезияси - 4	Полидактилия-2	Оёқ-қўллар аплазияси -1	7 (8,9%)
Жами	30	26	23	79(100%)

Кўпроқ сийдик тизимининг хамрох патологияси 24 болада (30,4%) аниқланди: буйрак аплазияси (гипоплазияси)- 2 та, буйрак ва уретраларнинг иккиланиши - 2 та, туғма гидронефроз - 5 та, уретрал стеноз - 2 та, везикоуретерал рефлюкс - 4 та, мегауретер - 3 та, нейроген қовуқ-6 та болада.

Тадқиқот натижаларини статистик қайта ишлашда «Statistica for Windows 7.0» шахсий компьютер учун амалий дастурлар пакетидан фойдаланилди.

Диссертациянинг учинчи бобида: "**Болаларда аноректал нуқсонларнинг оқмали шаклларида бирламчи-радикал операцияларнинг асоратларини таҳлил қилиш**", операциядан кейинги асоратларнинг сони ва турига қараб ОПП ва ҚОПП умумий қабул қилинган усулларда бажарилгандан кейинги натижалар таҳлил қилинди.

Биринчи кичик бобда "Болаларда АРМнинг оқмали шакллари учун бирламчи - радикал жарроҳлик амалиети асоратларининг сони ва турлари" ретроспектив таҳлил қилинди, 137 (36,8%) болада яшаш жойи буйича шифохоналарида ва бизнинг клиникамизда 2009 йилдан 2015 йилгача бўлган даврда ўтказилган операциядан кейинги асоратлар сабаблари аниқлаштирилди. Назорат гуруҳидаги беморларнинг умумий сонидан (n=137) 39 (28,5%) операция қилинган болаларда асоратлар аниқланди. Ануснинг олд

эктопияси 11 (8%) болада, 9 (6,6%) беморда тўғри ичакнинг ретракцияси, 10 (7,3%) ва 9 (6,6%) беморда окма рецидив ва сфинктердан ташқари тўғри ичакнинг чиқиши қайд этилган. (7-жадвалга қаранг).

### Жадвал 7

#### Жарроҳлик усулига қараб операциядан кейинги даврнинг асоратларининг сони ва турлари (назорат гуруҳ, n=137).

№	Асоратлар Операциялар	Олд анус эктопияси	Ичак ретракция си	Окма рецидиви	Сфинктерд ан ташқари чиқиши	Жами n= 137
1.	Стоун-Бенсон ОПП n= 69 (100%)	3(4,3%)	2(2,9%)	2(2,9%)	3(4,3%)	10(14,5%)
2.	Рена ОрСАРП n= 11(100%)	-	2(18,2%)	-	1 (9,1%)	3(27,3%)
3.	Rizolli ОлСАРП n= 15 (100%)	2(13,3%)	1(6,7%)	1(6,7%)	2(13,3%)	6(40%)
4.	Соломон ОПП n= 14 (100%)	3(21,4%)	1(7,1%)	1(7,1%)	2(14,3%)	7(50%)
5.	Ленюшкин усулида окмани инвагинацион бартараф этиш n= 7 (100%)	-	-	4(57,1%)	-	4(57,1%)
6.	Ромуалди ҚОПП ректоуретрал окмани резекцияси билан n=7 (100%)	1(14,3%)	1(14,3%)	2(28,6%)	-	4(57,1%)
7.	Ромуалди ҚОПП ректовезикал окмани резекцияси билан n=4 (100%)	1(25%)	1 (25%)	-	-	2(50%)
8.	Ромуалди ҚОПП стомали ичакнинг тушириши билан n=10 (100%)	1(10%)	1(10%)	-	1(10%)	3(30%)
Жами: n= 137		11(8%)	9(6,6%)	10(7.3%)	9(6,6 %)	39(28,5%)

Стоун-Бенсон оралик проктопластика операциясидан сўнг (n = 69) 10 (7.3%) болада асоратлар аниқланди, ануснинг олд эктопияси 3 (4.3%) да, 2 (2.9%) да тўғри ичакнинг ретракцияси, 2(2.9%) да окма рецидиви, сфинктердан ташқари чиқиши 3 (4,3%) операция қилинган болаларда топилган.

Пена ОрСАРПдан кейин (n=11) 2та (18.2%) болада тўғри ичакнинг ретракцияси, 1та (9.1%) операция қилинган болада тўғри ичакни сфинктердан ташқари жойга чиқиши каби асоратлар аниқланди.

Ризолли (n =15) томонидан ОлСАРП операцияси қилинган беморларнинг таҳлилида 6 (4,4%) болада асоратлар қайд этилди: 2 (13,3%) болада ануснинг олд эктопияси, 1 (6,7%) да тўғри ичакнинг ретракцияси, 1 (6,7%) да окмани

қайталаниши ва 2 (13,3%) болада тўғри ичакни сфинктердан ташқари жойга чиқиши.

Соломон усулида ОПП (n =14) сўнг, қуйидаги асоратлар топилди: 3 болада (21,4%) орқа чиқариш тешиги олд эктопияси, 1 (7,1%) ичак ретракцияси, 1 (7,1%) окма рецидив ва 2(1,5%) операция булган беморда тўғри ичакни сфинктердан ташқари жойга чиқиши кузатилди.

Ленюшкин (n =7) усулида окмани инвагинацион бартафр этишдан сўнг 4 (57.1%) болада операциядан кейинги эрта даврда окмани қайталаниши кузатилди.

Операциядан кейинги даврнинг бевосита натижаларини солиштирилганда, ОрСАРП операциясидан кейин болаларнинг назорат гуруҳида ичакнинг ретракцияси сезиларли даражада кўп бўлганлиги қайд этилди (18.2% v. s. 5.5% p<0.05).

Ромуалди ҚОПП усулида ректоуретрал окмасини бартафр этишдан кейин (n =7) 4 (57,1%) беморда асоратлар аниқланди: 1 (14,3%) болада ануснинг олд эктопияси, 1 (14,3%) ректуретрал ичакнинг ретракцияси ва ректуретрал окмани қайталаниши 2 (28,6%) кузатилди.

Ромуалди ҚОПП усулида ректовезикал окмасини бартафр этишдан кейин (n = 4) 2 (50%) болада асоратлар аниқланди: 1 (25%) болада ануснинг олд эктопияси ва 1 (25%) да тўғри ичакнинг ретракцияси кўринишидаги асорат аниқланди.

Операциядан кейинги узоқ даврнинг асосий асоратлари ануснинг чандикли стенози ва анал инконтиненцияси деб аниқланди (8-жадвалга қаранг).

#### Жадвал 8

#### Жарроҳлик усулига қараб операциядан кейинги узоқ давр асоратларининг сони ва турлари (назорат гуруҳ) (n=137).

№	Асоратлар	Орқа чиқариш тешиги стенози	Анал инконтиненцияси	Жами n= 137
	Операциялар			
1.	Стоун-Бенсон ОПП n= 69 (100%)	6(8,7%)	4(5,8%)	10(14,5%)
2.	Рена ОрСАРП n= 11(100%)	1(9,1%)	2(18,2%)	3(28,3%)
3.	Rizolli ОлСАРП n=15(100%)	2(13,3%)	3(20%)	5(33,3%)
4.	Соломон ОПП n= 14(100%)	2(14,3%)	2(14,3%)	4(28,6%)
5.	Ромуалди ҚОПП ректоуретрал окмани резекцияси билан n=7(100%)	1(14,2%)	1(14,2%)	2(28,5%)
6.	Ромуалди ҚОПП ректовезикал окмани резекцияси билан n=4(100%)	-	1(25%)	1(25,0%)
7.	Ромуалди ҚОПП стомали ичакнинг тушириши билан n=10(100%)	3(30%)	1(10%)	4(40%)
Жами: n= 137		15(13,0%)	14(10,2%)	29(21,2%)

Операциядан кейинги узоқ давр асоратлари частотаси ва турларини ўрганиш таҳлили шуни кўрсатдики, жарроҳлик усулидан қатъий назар, узоқ

давр асоратларининг асосий тури ануснинг чандикли стенози бўлиб, у 15 (13,0%) болаларда топилган, шунингдек 14 (10,2%) болаларда анал инконтиненцияси аниқланган.

Стоун-Бенсон оралик проктопластика операциясидан кейин 69 (100%) боладан 6 (8,7%) болада ануснинг стенози ва 4 (5,8%) болада анал инконтиненция қайд этилган. Пена ОрСАРПдан кейин 11 (100%) боладан 1 (9,1%) болада анал инконтиненция ташхиси қўйилган, 2 (18,2%) болада ануснинг стенози юзага келган. Rizolli ОлСАРПни 15(100%) болада бажаргандан сўнг 2 (13,3%) болада ануснинг стенози, 3 (20%) болада анал инконтиненция кузатилган. Соломон проктопластикадан сўнг 2 (14,3%) операция қилинган болаларда ануснинг стенози, 2 (14,3%) беморда анал инконтиненция аниқланди.

Ромуалди ҚОПП ректоуретрал окмани резекциясидан сўнг, 1 (14,2%) беморда орқа чиқариш тешиги стенози ва 1 (14,2%) беморда анал инконтиненция кузатилди. Ромуалди ҚОПП ректовезикал окмани бартараф этишдан кейин, 1 (25%) болада анал инконтиненция аниқланди. Превентив стомали ичакнинг тушириш билан жинсий йўллар окмаларини бартараф этишдан сўнг, 3 (30%) беморда анус стенози ва 1 (10%) болада нажас тутаолмаслиги қайд этилди.

Операциядан кейинги узок даврнинг натижаларини такқослашда, ОПП ва ҚОПП операцияларидан кейин болаларнинг назорат гуруҳида анал инконтиненция ва анус стенози кўринишидаги асоратлар тенг миқдорда (13,1% v.s. 12,4%  $p < 0,05$ ) сезиларли даражада қайд этилганлиги аниқланди.

Иккинчи кичик бобда болалардаги аноректал нуқсонларнинг окмали шаклларида бирламчи-радикал операцияларнинг асоратлари сабаблари таҳлил қилинди. Стоун-Бенсон операциясидан кейин 6 (8,7%) болаларда анал стенози кўринишидаги асорат, операциядан кейинги эрта даврда тўғри ичакнинг олд ретраксияси оқибати бўлиб намоён даражаси тўғри пропорционал эди. 2 (2,9%) қиз болаларда операция кесими кирраларининг очилиб кетиши ва вестибуляр оқмани қайталанишига операциядан кейинги кесимнинг инфекция зарарланиши ва ичакнинг туширишдаги техник хатолар сабаб бўлган. Операциядан кейинги эрта даврда 4 (5,8%) беморда неоанус этишмовчилиги қайд этилди, бу бизнинг фикримизча, мушак деворисиз оқмани тушириш билан боғлиқ эди.

ОлСАРП (13,3%) ва ОрСАРП (18,2%) операциялардан кейин неоанус жойидан олдинга сурилиши ва оқмани қайтаналиши асоратларни юқори фоизини биз кенг кесим натижасида сфинктерни тўлиқ олд ва орқа, қисмини кесилиши билан боғлиқ деб хисоблаймиз, бу эса 22,4% чандик хосил булишига ва сфинктер функцияси камайишига олиб келди, сфинктерометрия утказилган пайтида аниқ намоён булди.

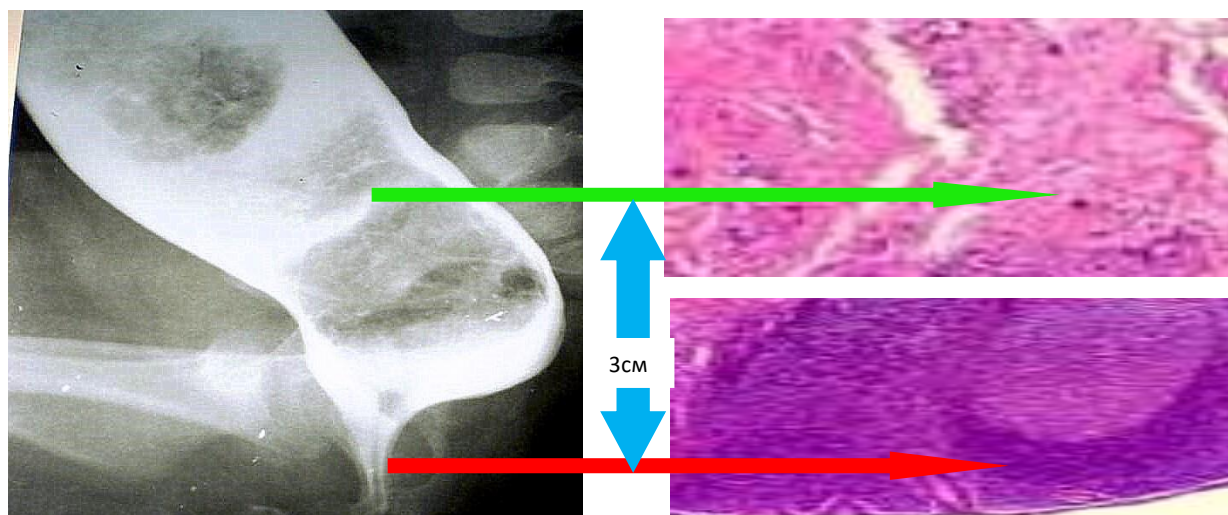
Ромуалди ҚОПП ректоуретрал оқмани резекциясидан сўнг уретра дивертикули шаклланишини олдини олиш натижасида уретрага "эхтимоли булган" зарар етказилиши қайд этилди. Кейинчалик 2 болаларда анастомоз соҳасидаги уретрал стеноз (купрок простата қисмида) бартараф этилди.

Ромуалди ҚОПП ректовезикал окмани резекциясидан кейин, ичак фистуласининг сийдик пуфаги Лиетто учбурчаги проекциясида бирикиши

булганда қисқа муддатли сийдик тутаолмаслик (10 кун), шубхасиз сийдик пуфагининг шикастланиши ва қисман денервацияси билан боғлиқдир .

Шуни таъқидлаш керакки, бизнинг фикримизча операциялар ҳар қандай усулларда бажарилганда ҳам юқорида қайд этилган асоратларнинг сабаби: ичакнинг тулиқ булмаган мобилизацияси, морфологик нуқсонли ичакнинг туширилиши ва операциян яра четларининг зарарланиши бўлиши мумкин.

Учинчи кичик бобда 37 боладаги ичакнинг атрезиясида дистал сегментларининг морфологик манзараси таҳлил қилинди. Атрезияда ичак "конуси"нинг тузилиши, оқма ва пешоб йўли билан боғланган, ҳамда эркин осилиб турган ичак чултоғининг деворлари тузилиши ўрганилди. Морфологик таҳлил шуни кўрсатдики, атрезияланган туғри ичак девори ва оқмани дистал қисмларининг тузилиши чуқурроқ мобилизация зарурлигини белгилайди (камида 3-4 см.) ва туғри ичакни янги ҳосил бўлган анусдан нуқсонли ичак деворларини чегарасидан ташқарига чиқаришни асослайди. Бу операциядан кейинги анал инконтиненция ва неоанус торайиш куринишдаги асоратларни олдини олишни, ичакнинг адекват ишлайдиган дистал сегментини яратиш имконини беради. (1-расмга қаранг).



**Расм-1. Ректовестибуляр оқмада ичак "конуси"нинг морфологик тузилиши.  
(Бемор С.Д. 8 ой к/т № 328/456)**

**Кизил стрелка** – Оқма жойида жиддий қон тўлиқлиги аниқланади, бўйлама ва думалоқ мушак қатламлари орасидаги веноз ва артериал турғунлик билан тавсифланади.

**Яшил стрелка** - Оқма йулидан 3 см. юқурироқ мушак девори ва йўгон ичакнинг дистал қисмларида ўзгаришлар камроқ аниқланди (нормал ҳолатга яқинроқ).  
Гематоксилин-эозин билан бўйаш. (Катталаштириш 120x80.)

Диссертациянинг тўртинчи бобида: "Болаларда АРМнинг оқмали шаклларида ОПП ва ҚОПП усуларини танлаш"да учта энг тан олинган Стоун-Бенсон, Пена, Ризолли оралик проктопластикалари ва Ромуалди қорин-оралик проктопластикаси операцияларининг натижалари ректооралик, ректовагинал, ректовестибуляр ва ректоуретрал АРМ оқмали шаклларида нисбатан асосий гуруҳини ташкил этган 235 беморда таҳлили утказилган. Шу билан бирга, у ёки бу операцияни бажаришда туширилган ичакни морфологик жиҳатдан

тўлиқ соғлом сегментигача чуқурроқ мобилизация қилиш асосий ҳисобланади. Сигмасимон ичакнинг алоҳида икки поғонали превентив стомияси ҳам операцияни танлаш учун зарур шарт сифатида тан олинган.

Биринчи кичик бобда: "АРМнинг паст оқмали бўлган шаклларида болаларда оралиқ аноректопластиканинг модификациялари", оралиқ проктопластиканинг юқоридаги асоратларини ҳисобга олган ҳолда биз АРМнинг паст ва оралиқ шаклларида оралиқ аноректопластиканинг қуйидаги модификацияларини ишлаб чиқдик (Услубий тавсиянома:"Болаларда аноректал малформациянинг паст оқмали шакллари жарроҳлик даволаш". (Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги томонидан тасдиқланган № 8 н-р/160, 19.04.2019 й.): - Пена томонидан орқа сагитал аноректопластиканинг бир варианты сифатида" мини кириш " режалаштирилган ануснинг проекциясидан олдин 1-1,5 см га етмасдан ва ташқи сфинктер толаларини кесиб ўтмасдан;

- А.И. Ленюшкин (1990) томонидан таклиф этилган Ризолли бўйича ОлСАРП операциясининг модификацияси биз томонимиздан ректоанал бурчакнинг маълум даражада сақланиб қолишига имкон берадиган орқа деворга эмас, балки тўғри ичакнинг олдинги деворини чуқурроқ мобилизация қилиш билан тўлдирилди.

- Модификацияланган Стоун-Бенсон ОПП операция усули оқмани тери ости бўйлаб, ҳосил бўлган ректал каналга чиқариш билан олдинги сагитал чизиқни кенг ажратмасдан бажарилган, ичак мобилизацияси асосан олдинги девори буйлаб, ичак чултоғининг қолдириш билан бажарилган. (2-расмга қаранг).

Модификациялаштирилган операция усули ихтиросига патент олинган Ихтиро учун Патент № IAP 04799, 17.12.2014й. (2-расмга қаранг)



**Расм 2.** Ихтиро учун Патент №. IAP 04799. Болаларда ректовестибуляр оқма билан анал атрезияни жарроҳлик даволаш усули. Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк агентлигида рўйхатга олинган (17.10.2014 й.)



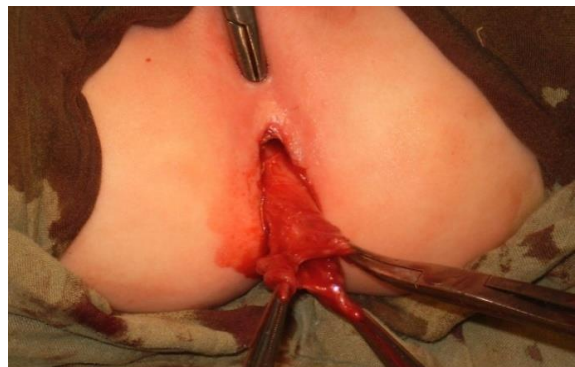
Вестибуляр оқма билан ануснинг атрезияси.



Ташқи сфинктер ва унинг ички ҳалқасини оқим кучи 10-20 мА бўлган монокаутер ёрдамида аниқлаш.



Оқманинг орқа деворини ажратиш ва олд деворни мобилизация қилиш босқичлари. Оқма орқали киритилган қисқич тугри ичакда проекцияланади.



Ичакнинг олд ва орқа деворларини ажратишдан кейинги ҳолат. 3-4 см. гача эркин осилган ичак.



2,5-3см. мобилизация чегарали орқасига, оралиқ терисига тугунли тикилган эркин осилиб турувчи ортиқча ичакни (чултоқни) қолдириш. (А.И. Лёнюшкин).



Анопластиканинг 2-босқичидан кейинги ҳолат- эркин осилиб турувчи ортиқча ичакни (чултоқни) (операциядан 2 кун ўтгач).

**Расм-3. Болаларда АРМни пастки оқмали шаклларида модификациялашган ОПП операцияси босқичлари (Бемор Н.Р. 6 ой к/т № 212/431)**

Операциялар натижаларини баҳолашда биз "яхши", "қониқарли" ва "қониқарсиз", субъектив ва баъзан ноаниқ мезонларига эътибор қаратмадик, даволанишнинг объектив мезонлари сифатида асоратларнинг сони ва турларига эътибор беришни мақсадга мувофиқ деб ҳисобладик (9-жадвалга қаранг).

### Жадвал 9.

#### Модификациялаштирилган ОПП операциядан кейинги яқин давр асоратларининг сони ва турлари (асосий гуруҳ n= 105)

№	Операция усули	Асоратларнинг сони ва турлари				Жами
		Анус олд эктопияси	Ичак ретракцияси	Окма рецидиви	Сфинктердан ташқари тушириш	
1.	Стоун-Бенсон операция модификацияси n= 48(100%)	1(2,1 %)	2(4,2 %)	1(2,1 %)	-	4(3,8%)
2.	Пена ОрСАРП "Мини" кириш n= 18(100%)	-	1(5,5 %)	-	1(5,5 %)	2(1,9%)
3.	Ризолли ОлСАРП модификацияси n=25(100%)	2(8 %)	-	-	1(4 %)	3(2,8%)
4.	Ленюшкин усулида окмани инвагинацион баргараф этиш n= 4(100%)	-	-	2(50 %)	-	2(1,9%)
5.	Соломон-Ленюшкин ОПП n= 10(100%)	1(10 %)	1(10 %)	-	-	2(1,9%)
Жами: n= 105		4 (3,8%)	4(3,8%)	3(2,8%)	2(1,9%)	13(12,4%)

P <0.01 назорат гуруҳидаги асоратларнинг сони ва турлари билан таққослаганда.

Асосий гуруҳдаги беморларнинг умумий сонидан (n= 235) анъанавий операциялар юқоридаги модификациялар билан ўтказган 105 болада асоратларнинг турлари ва учраш сони ўрганилди. Операциядан кейинги эрта даврда 13 (12,4%) операция қилинган болаларда асоратлар аниқланди. Ануснинг олд эктопияси 4 (3,8%) болада, тўғри ичакнинг ретракцияси 4 (3,8%), окма рецидиви 3 (2,8%) ва тўғри ичакни сфинктердан ташқари жойга чиқиши 2 (1,9%) беморда қайд етилган.

Бизнинг модификациямизда Стоун-Бенсон оралик проктопластика операциядан кейинги 48 (100%) боладан: 4 (8.4%) болада асоратлар аниқланди, 1 (2.1%) болада ануснинг олд эктопияси, 2(4.2%) да тўғри ичакнинг ретракцияси, фақат 1 (2,1%) беморда окма қайталаниши шаклида асоратлар пайдо бўлди.

Пена ОрСАРП "Мини" киришдан сўнг n= 18(100%) болалар орасида мос равишда 1 (5.5%) болада тўғри ичакнинг ретракцияси (5.5%) ва 1 (5.5%) болада тўғри ичакни сфинктердан ташқари жойга чиқиши каби асоратлар аниқланди.

Модификациялашган Ризолли ОлСАРП усули билан операция қилинган 25 (100%) болалар натижаларни таҳлил қилганда, 3 (12%) болаларда асоратлар қайд этилди: 2 (8%) болаларда ануснинг олд эктопияси ва 1 (4%) операция қилинган болада тўғри ичакни сфинктердан ташқари жойга чиқиши.

Асосий гуруҳдаги беморларнинг умумий сонидан Соломон-Ленюшкин ОПП операциясини ўтказган 10 (100%) боладан 2 болада асорат аниқланган: 1 (10%) болада ануснинг олд эктопияси ва 1 (10%) болада тўғри ичакнинг ретракцияси.

Жарроҳлик усулига қараб модификацияланган ОППдан кейинги узоқ муддатли операциядан кейинги давр асоратларининг сони ва турлари таҳлил қилиш уларнинг сезиларли даражада пасайишини кўрсатди (10-жадвалга қаранг).

#### Жадвал 10

**Жарроҳлик усулига қараб модификациялаштирилган ОПП дан кейинги узоқ муддатли операциядан кейинги даврнинг асоратларининг сони ва турлари(асосий гуруҳ n = 101).**

№	Асоратлар	Орқа чиқариш тешиги стенози	Анал инконтиненция	Жами n= 101
	Операциялар			
1.	Стоун-Бенсон операция модификацияси n= 48(100%)	3(6,2%)	2(4,2%)	5(4,9 %)
2.	Пена ОрСАРП "Мини" кириш n= 18(100%)	-	1(5,5%)	1(1%)
3.	Ризолли ОлСАРП модификацияси n=25(100%)	1(4 %)	2(8 %)	3(2,9%)
4.	Соломон-Ленюшкин ОПП n= 10(100%)	1(10 %)	1(10 %)	2(1,9%)
Жами: n= 101		5(4,9 %)	6(5,9%)	11(10,8%)

Эслатма. Назорат гуруҳидаги асоратларнинг сони ва турлари билан таққослаганда  $P < 0.01$

Таҳлиллар шуни кўрсатдики, назорат гуруҳида каби узоқ муддатли операциядан кейинги давр асоратларининг асосий тури 5 (4,9%) да чандикли анал стенози, ҳамда 6 (5,9%) операция қилинган болаларда анал инконтиненция аниқланган.

АРМ паст оқмали шакллари жарроҳлик даволашнинг модификациялаштирилган усуллари ОППнинг анъанавий қабул қилинган усуллари билан фарқ қилади, чунки асосан ичакнинг олд девори мобилизация қилинади, бу эса ичакнинг атрезиясининг морфологик жиҳатдан етишган конусини орқа вагинал кисми даражасига самарали скелетлаш имконини беради. Ташқи сфинктер толаларини тикув чокларига туширмасдан, туширилган ичакни терига тикиш жуда муҳим аҳамиятга эга. Шу билан бирга, электрография ёрдамида операция пайтида ушлаб турувчи аппаратнинг мушакларини аниқлаш асосий ҳал қилувчи омили. Ичакнинг орқа деворини камроқ тушириш сфинктер аппаратининг асосий компоненти - пуборектал мушакнинг ҳалқаси ва ректо-анал бурчакнинг камроқ текисланиши хавфсизлигини таъминлади. Бу эса операциядан кейинги даврда анал

инконтиненция частотасини сезиларли даражада камайтирди. Биз фойдаланган модификацияланган техниканинг асосий афзалликлари қуйидагилардан иборат еди: тушураладиган ичакни мобилизация қилиш ораликнинг яхлитлигини сақлаб, электромиостимуляция назорати остида табиий анал канал орқали амалга оширилади, олд деворнинг дастлабки ажралиши ва окмани ичкаридан чиқариб юбориш натижасида, окма ҳажмига мос келадиган деффект окма очилиши ўрнига ҳосил бўлади, бу деформацияни ва қин томонидан чандиқ пайдо бўлишини олдини олади; чоксиз анастомоз ҳосил бўлгандан кейин сақланиб қолган мушак девори ичак чултогининг колдириш ва унинг туширилган ичакнинг табиий тортилиши учун маълум бир захира ҳосил қилади ва тери-ичак тикув чизигининг зарарланишини сезиларли даражада камайтиради; оралик, пуборектал ҳалқа, мушак тузилмалари ва сфинктер бутунлигини сақлаб қолиш эса янги ҳосил бўлган ануснинг олдга сурилишини, қин дахлизига кўчишини ҳамда окманинг жинсий аъзолар тизимга қайталаниш хавфини олдини олади.

Иккинчи кичик бобда "АРМни оқмали шакллари бўлган болаларда қорин-оралик аноректопластика натижалари" урогенитал фистулалар билан асосий гуруҳнинг 59 (100%) бирламчи даволанган болаларининг натижалари таҳлил қилинди. Улардан ректоуретрал фистула билан 22 (37,3%), ректовезикал 12 (20,3%), ректовагинал фистула 16 (27,1%), анус нормал ривожланишида ректовестибуляр фистула билан 4 (6,8%) ва анус нормал ривожланишида ректовагинал фистула билан 6 (10,2%) болаларда.

Таҳлил шуни кўрсатдики, купинча АРМ ўрта оқмали шаклларида асосиз оралик проктопластикадан фойдаланиш, шунингдек операциядан кейинги асоратларни ривожланишидан кейин реаноректопластика мақсадида фойдаланиш натижа бермайди, тўғри ичак ретракциясига окибатида стенозга, иккиламчи мегаколон ва анал инконтиненция ривожланишига олиб келади. Бу тугри ичакнинг кенгайган, ўзгарган бўлимлари ва қувурли тугри ичак стенозларни резекция қилишда қорин-оралик аноректопластика (ҚОАРП) ни танлаш кўрсатмаларини аниқлайди. Шу билан бирга, пуборектал мушак ва ташқи сфинктер кесмасдан оралик аноректопластика бўйича юқоридаги барча тавсиялар қорин-оралик аноректопластика учун мутлақо кўрсатма деб ҳисоблаймиз.

Деярли барча ҚОАРПлар превентив икки ковузлокли ажратилган сигмастома ёки Гартман усулида битта ковузлокли колостомия билан бажарилган.

ҚОАРП натижаларини объектив баҳолаш учун биз худди ОППдек операциядан кейинги асоратларга эътибор қаратдик (11-жадвалга қаранг).

## ҚОППдан кейинги операциядан кейинги даврнинг асоратлари

№	Операция	Яралинг зарарланиши ва очилиб кетиши	Туширилган ичакнинг ретракцияси	окманинг рецидиви	Ичак чултоги некрози	Уретранинг шикастланиши	Жами n=59 (100%)
1.	Ромуалди ҚОПП n=22(100%)	4 (18,1%)	3 (13,6%)	1 (4,5%)	2 (9%)	3 (13,6%)	13 (22%)
2.	Ленюшкин модификациясида Ромуалди-Ребейн бўйича интраректал ҚОПП n=37(100%)	2 (5,4%)	-	-	1 (2,7%)	2 (5,4%)	5 (8,4%)
Жами n=59(100%)		6(10,2%)	3(5,1%)	1(1,7%)	2(3,4%)	3(5,1%)	18(30,5%)

Эслатма. Назорат гуруҳидаги асоратларнинг частотаси ва турлари билан таққослаганда  $P < 0.01$

Ромуалди ҚОПП ва Ленюшкин модификациясида Ромуалди-Ребейн бўйича интраректал ҚОПП дан кейин (n=59) бевосита операциядан кейинги даврда асоратларнинг умумий сони 18 (30,5%) ни ташкил этди. 22 (100%) болада.

Ромуалди ҚОПП бажарилгандан сўнг асорат даражаси 22% ни ташкил этди. Яралинг зарарланиши ва очилиб кетиши 4 (18,1%) да, туширилган ичакнинг ретракцияси 3 (13,6%) да, окманинг рецидиви 1 (4,5%) да, 2(9%) да ичак чултоги некрози ва уретранинг шикастланиши 3 (13,6%) беморларда қайд этилди.

37 (100%) болаларда Ленюшкин модификациясида Ромуалди-Ребейн бўйича интраректал ҚОПП дан кейин асорат даражаси 8,4% ни ташкил этди. Яралинг зарарланиши ва очилиб кетиши 2 (5,4%), 1 (2,7%) беморларда ичак чултоги некрози ва 2 (5,4%) беморларда уретранинг шикастланиши қайд этилди.

Статистик жиҳатдан аҳамиятли (22 % vs 8,4%  $p < 0.01$ ) асосий гуруҳда Ленюшкин модификациясида Ромуалди-Ребейн бўйича интраректал ҚОПП ни қўллаш Ромуалди ҚОПП умумий қабул қилинган вариантыда асоратларининг частотаси ва табиатига нисбатан катта устунликка эга булди.

ҚОППдан кейинги узоқ муддатли операциядан кейинги даврнинг асоратлари таҳлили ҳам ўтказилди (12-жадвалга қаранг).

**ҚОПП операциясидан кейин узок муддатли асоратлар**

№	Операция	Анал Инконтинен ция	Орқа чиқариш тешиги стенози	Оқмани рецидив	Жами n=59 (100%)
1.	Ромуалди ҚОПП n=22(100%)	5 (22,7%)	6 (27,3%)	2 (9,1%)	13 (22 %)
2.	Ленюшкин модификациясида Ромуалди-Ребейн бўйича интраректал ҚОПП n=37(100%)	3 (8,1%)	4 (10,8%)	-	7 (11,9%)
Жами=59(100%)		8(13,5%)	10(16,9%)	2(3,4%)	20(33,9%)

Эслатма.  $P < 0,01$  Назорат гуруҳидаги асоратларнинг частотаси ва табиати билан таққослаганда.

Операциядан кейинги узок муддатли даврнинг асосий асоратлари анал стеноз ва анал инконтиненция эди. Ромуалди ҚОПП ни бажаргандан сўнг 6 (27.3%) беморларда анал стенози, 5 (22.7%) беморларда анал инконтиненция ва 2 (9.1%) беморларда окма рецидиви аниқланди.

Ленюшкин модификациясида Ромуалди-Ребейн бўйича интраректал ҚОПП дан кейин 4 (10.8%) болада анал стенози ва 3 (8.1%) беморда анал инконтиненцияси кузатилган. Окма рецидиви аниқланмади.

Операциядан кейинги узок муддатли давр асоратларининг частотаси ва табиатини таҳлил қилиш, Ромуалди ҚОППси устидан Ленюшкин модификациясида Ромуалди-Ребейн бўйича интраректал ҚОППнинг сезиларли (22 % vs 11,9%  $p < 0,05$ ) устунлигини кўрсатди, бу эса асоратларни ривожланишини асосий гуруҳда 10,1% га камайтиришга имкон берди.

Учинчи кичик бобда "Таҳлилнинг назорат ва асосий гуруҳларида АРМ оқмали шакллари жарроҳлик даволаш натижаларини муҳокама қилиш", Пена ОрСАРП, Стоун-Бенсон, Ризолли ОлСАРП ва Ромуальди назорат ва асосий гуруҳларда анъанавий ва шунингдек уларнинг тавсия этилган модификация усуллари ёрдамида операциялар ўтказилган даволаш натижаларини қиёсий таҳлил қилиш, биз томонимиздан ишлаб чиқилган ва амалга оширилган "Болаларда аноректал нуқсонларнинг пастки оқмали шакллари жарроҳлик даволаш натижаларини баҳолаш дастури"асосида ўтказилган (№ DGU 02820, 28.10.2014 й.) (4 Расмга каранг).



**Расм 4. Электрон дастурни расмий рўйхатдан ўтказиш тўғрисидаги гувоҳнома:" Болаларда аноректал нуқсонларнинг пастки оқмали шаклларида жарроҳлик даволаш натижаларини баҳолаш" № DGU 02820. Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк агентлигида рўйхатга олинган(28.10.2014 й.)**

Болалардаги аноректал нуқсонларнинг оқмали шакллари оралик ва қорин-оралик проктопластикаси жарроҳлик даволаш натижаларини баҳолаш дастури шикоятлар, анамнез, клиник ва рентгенологик кўринишларни батафсил ўрганишга, шунингдек Rinitala R.J.(1995) шкаласи ва сфинктерометрия кўрсаткичлари бўйича болаларнинг нажасни ушлаб туриш функцияси ва ҳаёт сифатини баҳолашга асосланган (13,14-жадвалга қаранг).

**Жадвал 13**

**ОПП ва ҚОПП анъанавий қабул қилинган усуллари операциялардан кейин Ринитала шкаласи бўйича нажасни ушлаб туриш функциясини баҳолаш**

Анал сфинктернинг етишмовчилиги	Стоун-Бенсон ОПП n=18	Пена ОрСАРП n=15	Ризолли ОлСАРП n=13	Соломон ОПП n=5	Ромуалди ҚОПП n=19
Яхши (16-20 балл)	16±1,45 n=6(33,3%)	17±1,07 n=7(46,7%)	16±1,37 n=4(30,8%)	16±1,07 n=3(60%)	-
Қониқарли (10-15 баллов)	13±2,08 n=7(38,9%)	15±1,18 n=5(33,3%)	14±1,05 n=6(46,1%)	13±1,72 n=2(40%)	11±1,18 n=12(63%)
Қониқарсиз (10 балдан кам)	7±1,65 n=5(27,8%)	7±1,66 n=3(20%)	6±1,51 n=3(23,1%)	-	8±1,65 n=7(27%)

**ОПП ва ҚОПП модификация қилинган усуллари операциялардан кейин Ринитала шкаласи бўйича нажасни ушлаб туриш функциясини баҳолаш**

Анал сфинктернинг этишмовчилиги	Стоун-Бенсон ОПП модификацияси n=27	Пена ОрСАРП "Мини" кириш n=16	Ризолли ОлСАРП модификацияси n=19	Соломон-Ленюшкин ОПП n=7	Ленюшкин модификациясида Ромуалди-Ребейн интраректал ҚОПП n=19
Яхши(16-20 баллов)	18±1,16 n=15(56%)	19±1,13 n=8(50%)	18±1,26 n=9(47,4%)	17±1,14 n=4(57%)	16±1,45 n=10(52,6%)
Қониқарли (10-15 баллов)	15±1,18 n=12(44%)	15±1,09 n=6(38%)	14±1,07 n=7(36,8%)	14±1,72 n=3(43%)	12±1,17 n=7(36,8%)
Қониқарсиз (10 балдан кам)	-	8±1,58 n=2(12%)	7±1,31 n=3(15,8%)	-	9±1,36 n=2(10,5%)

Эслатма. P <0,01 Анъанавий ва модификация операция гуруҳларидаги натижаларни таққослаганда.

Операциялар натижаларини ўрганиш учун анал сфинктернинг функционал ҳолатини ҳар томонлама баҳолаш жуда муҳимдир. Шу муносабат билан биз "Болаларда оралик проктопластикадан кейин анал сфинктернинг функционал ҳолатини баҳолаш дастури"ни ишлаб чиқдик ва амалга оширдик (№ DGU 02555, 16.07.2012й.) (5 Расмга қаранг).



**Расм 5.** Электрон дастурни расмий рўйхатдан ўтказиш тўғрисидаги гувоҳнома: "Болаларда оралик проктопластикадан кейин анал сфинктернинг функционал ҳолатини баҳолаш. (№ DGU 02555; Ўзбекистон Республикаси Адлия вазирлиги интеллектуал мулк агентлигида рўйхатга олинган (16.07.2012 й.)

Сфинктерометрия кўрсаткичларининг қиёсий таҳлили Пена ОрСАРП, Стоун-Бенсон, Ризолли ОлСАРП ва Ромуалди назорат ва асосий гуруҳларда анъанавий ва шунингдек уларнинг тавсия этилган модификация усуллари ёрдамида операциялар бажарилган гуруҳларда ҳам утказилди (15-жадвалга қаранг).

Анъанавий усуллар ёрдамида ва тавсия этилган модификацияларда ОПШни ва ҚОПШни бажарган болаларда сфинктерометрия кўрсаткичларини узоқ муддатда қийсий баҳолаш (норма: тинч холатда 21-23 МА, иродавий кискариш билан 51-54 МА).

№	Операция усули	Анал сфинктернинг етишмовчилиги									
		I даража (МА)		II даража (МА)		III даража (МА)		тинч холатда		иродавий кискариш	
		тинч холатда	иродавий кискариш	тинч холатда	иродавий кискариш	тинч холатда	иродавий кискариш	тинч холатда	иродавий кискариш	тинч холатда	иродавий кискариш
1.	Стоун-Бенсон ОПШ n= 18	14,1±1,8** n= 6(33,3%)	41,3±1,6**	13,5±1,8*	33,3±1,6*	9,7±2,3**	23,3±2,5**				
2.	Стоун-Бенсон операция модификацияси n= 27	17,6±1,2** n= 8(42,5%)	46,6±2,1**	14,7±2,2**	37,4±1,3**						
3.	Пена ОрСАРП n= 15		n= 3 (20%)		n= 4(26,7%)		n= 8(53,3%)				
4.	Пена ОрСАРП "Мини" кириш n= 16	15,7±2,3** n= 8(50%)	43,3±2,5**	13,6±1,2	34,1±2,1	10,2±2,1*	25,2±2,1*				
5.	Ризолли ОлСАРП n= 13	16,3±2,1** n= 4(30,8%)	46,1±1,2**	14,5±1,8	37,4±1,8	11,1±2,1	27,3±1,2				
6.	Ризолли ОлСАРП модификацияси n= 19	15,3±2,2 n= 9(47,4%)	44,2±2,2	13,4±1,9	37,3±1,5	10,2±2,2	24,8±1,9				
7.	Соломон ОПШ n= 5	17,9±1,8** n= 3(60%)	46,4±1,6**	15,4±2,1*	36,4±1,7*	13,9±1,8	26,4±1,6				
8.	Соломон-Ленюшкин ОПШ n= 7	15,2±2,3 n= 4(57,1%)	45,2±2,1			10,1±2,2	25,1±2,1				
9.	Ромуалди- интраректал ҚОПШ n=19	17,3±2,1 n= 4(21,1%)	45,1±1,2	13,5±1,8	36,4±1,8						
10	Ленюшкин модификациясида Ромуалди-Ребейн бўйича интраректал ҚОПШ n=19	14,1±1,8 n= 14(73,7%)	41,3±1,6	13,5±1,8	14,1±1,8	9,2±1,2	23,2±1,9				
	Эслатма. P <0,01 Анъанавий ва модификация операция гуруҳларидаги нагизжаларни таққослаганда.	16,5±1,2**	46,6±2,1**	14,7±2,2	16,5±1,2						

Йўғон ичакнинг терминал қисмининг ҳолатини объектив баҳолаш учун аноректал бурчак ва ичак кенглигини аниқлаш учун рентген текшируви (ирригоскопия) ўтказилди. Аноректал бурчакни (АБ) ва тугри ичакнинг энг катта кенглигини (туширилган ичакнинг максимал диаметри) аниқлаш мақсадида 10 болада операциядан кейин барий эритмаси билан текшириш ўтказилди. ОППдан кейин АБ даражаси  $115 \pm 20,3$  градусни, ҚОППдан кейин –  $160 \pm 27,5$  ташкил этди.

Тўртинчи кичик бобда "Аноректал малформацияли болаларда превентив колостомиянинг роли ва аҳамияти", Болаларда АРМ оқмали шаклларида бирламчи-радикал операциялар натижаларининг превентив колостомия ёрдамида бир ёки икки босқичли жарроҳлик тактикасига боғлиқлиги таҳлили ўтказилди (16-жадвалга қаранг).

### Жадвал 16.

#### Беморларни колостомия тури ва аноректал малформация шакли бўйича тақсимлаш (n=154)

Колостома тури АРМ шакли	Назорат гуруҳи			Асосий гуруҳ		Жами n=154 (100%)
	Гирда ладзе	Осмали	Сигма стома	Икки ковузлокли ажратилган сигмастома	Гартман турида дистал сигмастома	
Вестибуляр фистула n=60(100%)	2(3,3%)	3(5%)	5(8,3%)*	36(60%)	14 (23,3%)	60(38,9%)
Ректоуретрал фистула n=30(100%)	2(6,7%)	3(10%)	2(6,7%)*	14(46,7%)	9(30%)	30(19,4%)
Ректовезикал фистула n=16(100%)	-	1(6%)	3(18,7%)	7(4,4%)	5(3,1%)	16(10,4%)
Ректовагинал фистула n=26(100%)	2(7,7%)	3(11,5%)	5(19,2%)	13(50%)	3(11,5%)	26(16,9%)
Н- фистула n=17(100%)	-	1(5,9%)	4(23,5%)	12(70,6%)*	-	17(11%)
Vacterl ассоциация n=5(100%)	-	-	1(20%)	3(60%)	1(20%)	5(3,2%)
Жами n=154(100%)	6(16,2%)	11(29,7%)	20(54%)	85(72,6%)	32(27,4%)	154(100%)
	37(24%)			117(76%)		

Изоҳ: \* - назорат ва асосий гуруҳлардаги сезиларли фарқ-  $p < 0,05$ .

Превентив колостомиясиз дан кейин асоратлар 37,7% кузатилди. Превентив колостомиясиз ҚОПП дан сўнг, асоратлар 45,9% ни ташкил этди. ОПП ва ҚОППдан олдин превентив колостомия қўлланилгандан сўнг, асоратлар фақат 16,4% ҳолларда қайд этилган.

Бизнинг тадқиқотларимиз натижалари аноректал малформацияда Гартман турида дистал сигмастома терига ҳалқа чиқиши гофрировка қилинган ҳолда ёки икки ковузлокли ажратилган сигмастома кулланиши афзалроқ эканлигига ишониш учун асос беради. (Услубий тавсиянома: "Болаларда аноректал малформациялар учун колостомия усулини танлаш" (ССВ №8, н-р/585, 17.12.2020 й., қарори билан тасдиқланган) тўғри чиқарилган превентив колостомалар нафақат парастомик чуррани, доимий ифлосланишни ва

периколостомик зонаси мацерациясини олдини олиш имконини беради, балки уларнинг асосий афзаллиги ичакнинг тушириш йўллари ва колоанал анастомоз бузулмаслиги ҳисобланади (№ DGU 11952, 23.07.2021й.). (6 Расмга каранг).



**Расм 6.** Электрон дастурни расмий рўйхатдан ўтказиш тўғрисидаги гувоҳнома: "Болаларда аноректал нуқсонларни аниқлашда профилактик колостомиялар функциясининг самарадорлигини баҳолаш" № DGU 11952. Ўзбекистон Республикаси Адлия вазирлигининг интеллектуал мулк агентлигида рўйхатга олинган (23.07.2021 й.).

Бешинчи кичик бобда: " Болаларда аноректал нуқсонларнинг оқмали шакллари учун жарроҳлик усулини танлаш алгоритми", болаларда АРМ оқмали шакллари учун бирламчи-радикал операциялар натижаларини таҳлил қилиш асосида ОПП ва ҚОПП усулини танлаш алгоритми келтирилган (7 Расмга каранг).



**Расм 7.** Аноректал малформацияни оқмали шаклларида жарроҳлик усулини танлаш алгоритми

Диссертациянинг бешинчи боби материаллари "АРМда операция қилинган болаларни операциядан кейинги реабилитацияси" аноректал малформацияга чалинган болаларни реабилитация қилиш уларнинг операциядан кейинги текшируви ва даволанишининг барча босқичларида ўтказилиши кераклигини аниқлашга имкон берди. Шу муносабат билан, ўз кузатувларимиз натижалари асосида, биз операциядан кейинги реабилитация протоколи ишлаб чиқдик ва амалга оширдик (услубий тавсия: "аноректал малформация болаларда реабилитация чора-тадбирлар" (ССВ томонидан тасдиқланган №8 н-р/161 от 19.04.2019й.) (17-жадвалга қаранг).

### Жадвал 17.

#### Операциядан кейинги реабилитация протоколи.

Реабилитация усули	Терапия даврлари				
	1-3 ой	3-6 ой	6-12 ой	1-1,5 йил	2йилдан ошик
Ануса стенозида Электрофорез лидаза билан	-	№7-10	№7-10	№7-10	-
Чандикли сохаларни Ультратовуш кавитацияси	№7	№7	№7	-	-
Лазеротерапия; УФО	Операциядан кейинги эрта даврда иккиламчи жароҳатни битишини олдини олиш № 5-7				
Оралик сохага Синусоид- моделлаш ган тоқлар (СМТ)	-	№ 10	№ 10	№ 10	№ 10
Гегара кенгайтирувчилар ердамида бужлаш	Операциядан кейинги 20 кундан бошлаб хар куни	2-3 кунда бир марта	Назорат бужлаш хафтада 1 марта	Курсатма буйича	Курсатма буйича
Неоанусни бармок билан массаж қилиш	Операциядан кейинги 20 кундан бошлаб хар куни	Хар куни	2-3 кунда бир марта	хафтада 1 марта	хафтада 1 марта
Сфинктер Электростимуляци яси	ойига 2 марта	ойига 1 марта	2 ойда 1 марта	Хар 2 ойда	Кайта операциядан кейин
Машк хукналари 1% NaCl эримасидан бошлаб аста-аста 5% эритмасигача олиб борилади	-	Хар 2 ойда	Хар 3 ойда	Бир йилда 2 марта	Бир йилда 1 марта
Тозаловчи хукналар (рефлекс ривожланиши)	Хар куни	Эргалаб хар куни	Хар 2 ойда 2 хафта	1 йилда 4 марта	Курсатма буйича
Неоанус реффлектор- сегменар зонасига қаратилган ЛФК+массаж	-	Хар ойда 1 марта (№ 10)	Хар 2 ойда 1 марта (№ 10)	Хар 3 ойда 1 марта (№ 10)	Бир йилда 1 марта (№ 10)

Жарроҳлик усулидан қатъий назар, биз томондан ишлаб чиқилган ва амалга оширилган аноректопластика ўтказган болаларни босқичма-босқич реабилитация даволаш протоколининг самарадорлиги аноректал малформацияларни жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилашда операциядан кейинги асоратларнинг табиати ва частотасини камайтиришда, даволаш вақтини камайишида намоён бўлди, бу эса реабилитация даволаш натижаларига таъсирини акс этди. (18-жадвалга қаранг).

## Жадвал 18

### АРМ болаларда операциядан кейинги реабилитация натижалари

Баҳолаш мезони	Реабилитация даврлари		Stoun-Benson	ОлСАРП	ОрСАРП	КОПП
Сфинктеро метрия	Реабилитациядан олдин	тинч ҳолатда	12,4±1,6	13,1±1,72	12,6±1,2*	11,9±1,7*
		иродавий кискариш	27,3±1,4	8,5±1,5**	28,2±2,1*	26,7±1,7*
	Реабилитациядан кейин	тинч ҳолатда	17,2±1,7	17,9±1,4	19,1±1,2*	17,6±1,8*
		иродавий кискариш	47,5±1,5	47,6±1,2**	48,3±1,3*	46,4±1,1*
Нажасни ушлаб туриш даражаси	Реабилитациядан олдин		*Н-2 дар.	*Н -2дар.	*Н-1 дар.	*Н-3 дар.
	Реабилитациядан кейин		*Н - N	*Н - 1 дар.	*Н - N	*Н-1 дар.
Ринитал шкаласи	Реабилитациядан олдин		11 бал	10 бал	13 бал	9 бал
	Реабилитациядан кейин		16 бал	15 бал	17 бал	13 бал
Анткеа	Реабилитациядан олдин		Коник.	Коникарсиз	Коник.	Коникарсиз.
	Реабилитациядан кейин		Яхши	Яхши	Яхши	Коник

Изоҳ: Реабилитация гуруҳлар ўртасидаги сезиларли фарқ \* P<0,05, \*\* P < 0.01.

Реабилитация чоралари ишлаб чиқилган протоколга мувофиқ неоануснинг нормал функционал ҳолатига келгунига қадар доимий ва тўлиқ хажмда амалга оширилган гуруҳда натижалар яхшироқ бўлиб чиқди.

Шундай қилиб, модификациялашган ОПП ва ҚОПП усулларининг натижаларини қиёсий таҳлил қилиш, оралик ва корин-оралик проктопластика анъанавий бажариш натижаларига нисбатан уларнинг кўрсаткичларида бир қатор афзалликларни кўрсатди. Такдим этилган модификацияланган усуллардан фойдаланиш оқибатида: аноректал нуқсонлари паст окмали шакли бўлган болаларни жарроҳлик даволаш натижалари 30,8% га яхшиланди; (Амалиётга татбиқ этиш Уз.Р. ССВ. №8 н-д/122, 22.05.2019 йил хулосаси). Операциядан кейинги эрта даврда асоратлар частотасининг 16,1% га, узоқ муддатда эса 14,7% га, яъни 2,5 баравар пасайишига олиб келди. Даволаш муддатлари 14,4% га камайтирилди; (Услубий тавсиянома Уз.Р. ССВ. № 8 н-р/160 04.19.2019 йил). Болаларни даволаш ва реабилитация қилиш харажатлари 2 баравар камайтирилди; (Услубий тавсиянома Уз.Р. ССВ. № 8 н-р/161 04.19.2019 йил).

Болаларда аноректал малформациянинг окмали шаклларида бирламчи-радикал операцияларни такомиллаштириш даволаш натижаларини яхшилаш,

ногиронлар сонини сезиларли даражада камайтириш, иқтисодий самарадорлик, ҳаёт сифатини ошириш ва болаларнинг ижтимоий мослашиш имконини берган.

## ХУЛОСА

"Болаларда аноректал малформациянинг оқмали шаклларида бирламчи-радикал операцияларни такомиллаштириш" мавзусидаги тиббиёт фанлари доктори (DSc) диссертацияси буйича олиб борилган тадқиқотлар асосида куйдаги хулосалар тақдим этилди:

1. Болаларда АРМда бирламчи-радикал ОПП, ОлСАРП ва ОрСАРП операциялардан кейинги асосий асоратлари: неоануснинг олдинга силжиши (8%), ичакнинг ретракцияси (6,6%), оқманинг сфинктердан ташқари тушиши (6,6%) ва оқма рецидиви (7,3%) бўлиб, улар ичакнинг олд деворининг етарли даражада мобилизация қилинмаслиги ва морфологик атрезия нуқсонли ичак конусини тушириш сабаби билан боғлиқдир.

2. Операциядан кейинги даврнинг бевосита натижаларини солиштирганда, болаларнинг назорат гуруҳида Пена ОрСАРП операциясидан кейин туширилган ичакнинг ретракцияси сезиларли даражада тез-тез учраганлиги (18,2% v.s. 5,5%  $p < 0,05$ ) қайд этилди. Операциядан кейинги даврнинг узок муддатли натижаларини таққослаганда, ОПП ва ҚОПП операцияларидан кейин болаларнинг назорат гуруҳида анал инконтиненция ва неоанус стенози кўринишидаги асоратлар сони тенг миқдорда (13,1% v.s. 12,4%  $p < 0,05$ ) сезиларли даражада қайд этилди.

3. АРМда босқичма-босқич жарроҳлик тактикасида превентив колостомияларни қўллаш операциядан кейинги асоратлар сони ва оғирлигини сезиларли даражада 67,2% ( $p < 0,05$ ) га камайтиради, ОППдан кейин 37,7% дан 6,6% ( $p < 0,05$ ) гача ва ҚОППдан кейин 45,9% дан 9,8% ( $p < 0,05$ ) гача. Гартман туридаги терминал сигмастомани шакллаш афзалроқдир.

4. АРМда 79 (25,6%) беморда хамроҳ аномалиялар ва нуқсонлар аниқланди. Кўпинча (30,4% гача) пешоб ажратиш тизими патологияси аниқланиб, бу жиддий прогрессив таркибий-функционал ўзгаришларга олиб келади. "Клиник доминант"ни ҳисобга олган ҳолда кутиш тактикаси аниқланди ва бирламчи-радикал операциялар ўтказиш вақти белгиланди.

5. "Мини-кириш" билан бажарилган ОрСАРП пуборектал мушакни ажратмасдан оқмани ажратишга имкон берди, ташқи сфинктер толаларини чокларга тушиб қолишини истисно қилди. ОлСАРП кириш модификацияси асосан ичакнинг олд деворини камида 4-5 см. мобилизация қилиш билан олд леватор ва аноректал бурчакни сақлаш ва ушлаб туриш функциясини таъминлашга имкон берди. Стоун-Бенсон усулининг модификацияси афзаллиги ташқи сфинктернинг мушак толаларини сақлаб қолиниши булди.

6. Модификациялашган операцияларни амалга ошириш (ихтиро учун патент № IAP 04799) операциядан кейинги умумий асоратлар сонини 44,9% га камайтириш имкон берди Стоун-Бенсон модификациясини танлашда операциядан кейинги асоратлар сони ва турларини 10,7% ( $p < 0,05$ ) га, ОлСАРП – 16,2% ( $p < 0,05$ ) га ва ОрСАРП "мини-киришда" – 18% ( $p < 0,05$ ) га.

Тугри ичакнинг атрезия булган учини чуқурроқ демукозация қилиш уретрал ва везикал оқмаларни олиб ташлашда, уретрал дивертикулни қолиб кетиши ва сийдик пуфаги иннервациясига зарар етказмаслик имконини берди.

7. Асосий гуруҳда операциядан кейинги узок муддатли давр асоратларининг сони ва турларини таҳлил қилиш Ромуалди-Ребейн бўйича интраректал ҚОППни Ленюшкин модификациясида бажариш Ромуалди бўйича ҚОППга нисбатан сезиларли (22 % v.s 11,9%  $p < 0,05$ ) устунлигини кўрсатди.

8. Атрезия булган тугри ичакнинг девори ва оқманинг дистал бўлимлари морфологик тузилишини таҳлили қилиш янада сезиларли даражада мобилизациясини (камида 3-4 см.) ва янги ҳосил бўлган анусдан ташқарига туширилган тугри ичакни морфологик нуқсонли ичак деворларини чиқариб қуйишни заруриятини аниқлади.

9. Болаларда АРМнинг оқмали шакллари учун жарроҳлик усулини танлаш бўйича таклиф қилинган алгоритм операциядан кейинги даврда асоратларнинг сонини ва турларини таҳлил қилишни ҳисобга олган ҳолда, умумий қабул қилинган бирламчи-радикал операциялар ва уларнинг модификацияларини кўрсаткичларини асосланган фарқлашга имкон берди.

10. Болаларда АРМнинг оқмали шаклларини даволашнинг узок давр натижаси ишлаб чиқилган протоколга мувофиқ амалга ошириладиган реабилитация тадбирларининг ҳажми ва муддати билан белгиланади, бу даволаш натижаларини 30,8% га яхшилади (ОлСПП дан кейин – 10,8%га, ОрСПП – 16,4%га, ҚОПП дан кейин – 3,6%га), даволаниш муддатини 14,4% га қисқартирди, шунингдек ушбу патологияда болаларнинг ҳаёт сифати ва ижтимоий мослашуви яхшиланди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/01.02.2022.Tib.147.01  
ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ  
НАЦИОНАЛЬНОМ ДЕТСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ  
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

---

**НАРБАЕВ ТЕМУР ТУРАЕВИЧ**

**"СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПЕРВИЧНО-РАДИКАЛЬНЫХ  
ОПЕРАЦИЙ ПРИ СВИЩЕВЫХ ФОРМАХ АНОРЕКТАЛЬНОЙ  
МАЛЬФОРМАЦИИ У ДЕТЕЙ"**

**14.00.35-Детская хирургия**

**АВТОРЕФЕРАТ**

**ДОКТОРСКОЙ (DSc) ДИССЕРТАЦИИ**

**ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

**ТАШКЕНТ – 2022**

**Тема диссертации доктора медицинских наук (DSc) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № В 2019.3.DSc/Tib250.**

Диссертация выполнена в Ташкентском педиатрическом медицинском институте.

Автореферат диссертации на двух языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета ([www.bmtm.uz](http://www.bmtm.uz)) и Информационно-образовательного портала «Ziyonet»([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

**Научный консультант:**

**Алиев Махмуджан Муслимович**  
доктор медицинских наук, профессор

**Официальные оппоненты:**

**Смирнов Алексей Николаевич**  
доктор медицинских наук, профессор (РФ)

**Акилов Хабибулла Атауллаевич**  
доктор медицинских наук, профессор

**Эргашев Бахтиер Бердалиевич**  
доктор медицинских наук, профессор

**Ведущая организация:**

**Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова (Республика Казахстан)**

Защита диссертации состоится «\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 г. в \_\_ часов на заседании Научного совета DSc.04/01.02.2022.tib.147.01 при Национальном детском медицинском центре (Адрес: г. Ташкент, Яшнабадский р-он, ул. Паркентская, 294, (Национальный детский медицинский центр) Тел/факс(+99855) 503-03-66, e-mail: [ilmiy.kengash@bmtm.uz](mailto:ilmiy.kengash@bmtm.uz)).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Национального детского медицинского центра (зарегистрирована за № \_\_\_\_). Адрес: 140100, г. Ташкент, Яшнабадский р-он, ул. Паркентская, 294, Тел./факс: (+99855) 503-03-66.

Автореферат диссертации разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 года.

(Реестр протокола рассылки № \_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 года).

**А.М. Шарипов**

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

**Ф.М. Курбонов**

Ученый секретарь Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор философии (PhD) по медицинским наукам

**Н.Ш. Эргашев**

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

## **ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора медицины (DSc))**

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** Аноректальные мальформации (АРМ) – один из наиболее часто встречающихся пороков развития у детей. Частота возникновения АРМ за последние годы не имеет тенденции к снижению и по данным различных авторов, колеблется в пределах 1 на 4000-5000 живорожденных. Свищевые формы встречаются гораздо чаще, чем бессвищевые, составляя 71% из общего числа АРМ, из которых около 50% приходится на девочек. У мальчиков чаще встречается атрезия с ректоуретральным свищом, у девочек - с ректовестибулярным свищом. По данным международного регистра ВОЗ, смертность при АРМ у детей колеблется от 4 до 29%. В резолюции о врожденных дефектах, принятой 63 сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения (2010 г.), государства-члены договорились содействовать первичной профилактике, усилить исследования основных врожденных дефектов, содействовать международному сотрудничеству в борьбе с ними и тем самым улучшить здоровье детей с врожденными аномалиями<sup>1</sup>.

Проблема хирургического лечения изучаемого порока развития до сих пор не утратила своей актуальности и продолжает оставаться одной из окончательно нерешенных проблем колопроктологии детского возраста. Об этом свидетельствует большое количество работ, в которых много внимания уделяется тактике и выбору метода лечения этих больных. Немаловажную роль играет и то обстоятельство, что нет единого мнения в вопросах точной диагностики пороков развития, предоперационного ведения и выбора тактики лечения. Это в свою очередь приводит к тому, что многие практикующие врачи допускают большое количество диагностических, тактических и технических ошибок.

При неудачных исходах первичной хирургической коррекции наблюдаются вторичные, нередко более сложные, чем изначальное поражение аноректальной зоны, окружающих органов и тканей. Неудовлетворительные результаты лечения аноректальных пороков развития остаются высокими и составляют 10-60%. Серьезные дополнительные проблемы, не способствующие благоприятным функциональным результатам первичной хирургической коррекции аноректальных аномалий, создают сопутствующие поражения смежных органов, главным образом мочеполовой системы. Показания к операциям, сроки их выполнения, объем оперативных вмешательств, доступы и оценка эффективности повторных оперативных пособий - остаются предметом дискуссии как отечественных, так и зарубежных специалистов<sup>2</sup>.

Таким образом, анализ научно-медицинской литературы показал, что несмотря на длительную историю лечения АРМ у детей проблема лечения детей с аноректальными пороками развития остается одной из самых обсуждаемых тем среди детских хирургов. При изучении вопросов лечения

---

<sup>1</sup> World Health Organization. Congenital anomalies. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/birth-defects>

<sup>2</sup> Pena A, Levitt M.A. /Anorectal Malformations. In Pediatric Surgery. - Philadelphia: Mosby Elsevier, 2006.

аноректальных аномалий было предложено множество методов их коррекции, но до сих пор разноречивы мнения об оптимальных сроках оперативной коррекции и методах операций при различных формах АРП. Остаются спорными и не полностью разработанными вопросы послеоперационной реабилитации детей с АРМ<sup>3</sup>.

Диссертационное исследование преследует цели по выполнению задач определенных Указом Президента Республики Узбекистан УП-№5590 от 7 декабря 2018 года «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан». Постановлением Президента Республики Узбекистан №ПП-3071 от 20 июня 2017 года «О мерах по дальнейшему развитию оказания специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан в 2017-2021 годах». Постановлением Президента Республики Узбекистан ПП- № 3440 от 25 декабря 2017 г. «Врожденные и наследственные заболевания у детей в 2018-2022 гг. И в рамках реализации основных задач, определенных Постановлением Президента Республики Узбекистан № ПП-60 от 28 января 2022 года для достижения одной из главной задач: «...повышение качества оказания квалифицированных услуг населению в первичном медико-санитарном звене...»<sup>4</sup>, «Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы», а также других нормативно-правовых документов, принимаемых в медицинской сфере.

**Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики.** Диссертационная работа выполнена в соответствии с приоритетным направлением реформ Здравоохранения, развития науки и технологий: VI «Медицина и фармакология», которые плодотворно осуществляются в Республике Узбекистан.

#### **Обзор зарубежных научных исследований по теме диссертации.**

Научные исследования, направленные на улучшение результатов хирургического лечения свищевых форм аноректальных мальформаций у детей путем совершенствования диагностики и выбора метода первично-радикальных вмешательств, проводятся в ряде научных центров и высших учебных заведений мира, в том числе: University Hospital Schleswig-Holstein (Германия); King's College London University of Sao Paulo (Великобритания); University of Michigan; University of Washington, University of Cornell; University of California (США); University of Louisville (Германия); Sichuan University (Китай); University Vita-Salute, University of Pavia (Италия); Federal University of Santa Catarina (Бразилия); University of Sydney (Австралия); Oswaldo Cruz Institute; University of Lviv, Dnipropetrovsk Medical Academy, University of Ternopil State Medical; Ukrainian Medical Stomatological Academy

---

<sup>3</sup> Тараканов В.А., Стрюковский А.Е., Старченко В.М., и др. Послеоперационная реабилитация детей, перенёвших операции на толстой кишке и аноректальной зоне.// Кубанский научный медицинский вестник. 2018. Т. 25. № 4. С. 85-89.

<sup>4</sup> Указ Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года № УП-60 « О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026годы».

(Украина); Ташкентская медицинская академия (Узбекистан); Ташкентский педиатрический медицинский институт (Узбекистан)<sup>5</sup>.

Анализ зарубежных научных исследований направленных на совершенствование первично-радикальных операций при свищевых формах аноректальной мальформации у детей показал, что постоянно проводятся исследования по следующим приоритетным вопросам: изучение частоты и причины неудовлетворительных результатов первично-радикальных операций при аноректальной мальформации у детей; определение зависимости результатов первично-радикальных операций от одно- или двухэтапной хирургической тактики с применением превентивной колостомии; роли и значения сопутствующих пороков и аномалий развития в выборе тактики и метода первично-радикальной коррекции АРМ у детей; разработки модифицированных методов операций при низких свищевых формах аноректальной мальформации у детей в зависимости от анатомо-функционального состояния толстой кишки; изучение морфологической картины каудальной части атрезированной кишки, соустья свища, прилегающих органов и сфинктерного аппарата прямой кишки; разработки алгоритма выбора метода операции при свищевых формах аноректальной мальформаций у детей; создания и внедрения усовершенствованной программы реабилитации детей с низкими и высокими формами АРМ<sup>6</sup>.

**Степень изученности проблемы.** АРМ – это врожденный порок развития, заключающийся в незавершенности формирования наружной клоаки и сфинктерного аппарата прямой кишки, ведущих к образованию разных форм пороков и аномалий развития прямой кишки и заднего прохода.

Проблема хирургической коррекции аноректальных аномалий не теряет актуальности. Несмотря на определенные успехи в этой области, до настоящего времени не существует методики, которая обеспечивала бы надежные анатомо-функциональные результаты, определяющие социальную адаптацию пациентов, многие из которых остаются тяжелыми инвалидами. Продолжаются исследования, направленные на совершенствование тактики, методик и способов лечения аноректальной патологии в детском возрасте [Рена А.1988 г., Эргашев Н.Ш. 2018 г., Алиев М.М. 2019 г.].

Восстановление топографо-анатомических соотношений при хирургическом вмешательстве в аноректальной зоне не всегда устраняет функциональные нарушения. Операция в свою очередь является лишь этапом в комплексном лечении детей с пороками развития аноректальной области. Правильный выбор метода вмешательства и идеальное исполнение, отсутствие послеоперационных осложнений, безусловно, способствуют

---

<sup>5</sup> Обзор зарубежных научных исследований по теме диссертации: [www.unimelb.edu.au](http://www.unimelb.edu.au), [www.universityofcalifornia.edu](http://www.universityofcalifornia.edu), [www.augusta.edu](http://www.augusta.edu), [www.utk.edu](http://www.utk.edu), [www.uni-leipzig.de](http://www.uni-leipzig.de), [www.nationwidechildrens.org](http://www.nationwidechildrens.org), [www.uv.es](http://www.uv.es), [www.tau.ac.il](http://www.tau.ac.il), [www.upatras.gr](http://www.upatras.gr), [www.ui.edu.ng](http://www.ui.edu.ng), [www.until.ch](http://www.until.ch), [www.lu.se](http://www.lu.se), [www.tashpmi.uz](http://www.tashpmi.uz)

<sup>6</sup> Турчинец А.И., Хмельницкая А.В., Сулавко Я.П., Ионов А.Л., и др. Отдаленные результаты хирургической коррекции Н-фистул у девочек при нормально сформированном анусе. //Хирургия. Журнал им. НИ Пирогова, 2021. (4), С. 39-45.

достижению хороших функциональных результатов [Смирнов А.Н. 2018 г., Атакулов Д. О. 2017 г., Комиссаров И.А. 2019 г., Хамраев А.Ж.2021 г.].

Методики, предложенные А. Pena (1984 год) под названием заднесагиттальная (ЗСАРП) и Rizzoli (1956 год) переднесагиттальная (ПСАРП) промежностная аноректопластика (ПАРП), брюшно-промежностная проктопластика (БППП) по Ребейн (Ромуальди) (1959 год) широко внедренные другими авторами и последователями их модификации, находят применение практически при всех видах аноректальных аномалий. Однако с накоплением опыта выявились определенные негативы этих методик, требующих поиска новых, более совершенных и малотравматичных способов коррекции АРМ [Дегтярев Ю. Г., Никифоров А.Н. 2017 г.].

Многолетние исследования показали, что конечный результат в большей степени определяется качеством и сроками реабилитационных мероприятий в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде, которые должны проводиться без перерыва до достижения нормальной функции вновь сформированной прямой кишкой [Шамсиев А. М. 2019 г. Отамурадов Ф.А.2022 г.].

Тщательный выбор метода лечения, разработка совершенных модификаций первично-радикальных операций и программ реабилитации позволят значительно сократить частоту осложнений и ранней инвалидизации детей, а также повысят экономическую эффективность хирургической помощи детям со свищевыми формами аноректальных мальформаций.

Многие вопросы хирургического лечения АРМ требуют специального и глубокого изучения, что и положено в основу данного исследования.

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационная работа соответствует государственной программе ИТД-11: «Охрана здоровья населения за счет разработки новых технологий и методов диагностики, лечения и профилактики врождённых заболеваний». Выполнена по плану научно-исследовательских работ Ташкентского педиатрического медицинского института в рамках прикладного гранта АДСС-30.6 (2012-2014 гг.) «Оптимизация хирургического лечения и реабилитации детей с низкими формами аноректальных пороков развития» и научно-исследовательского проекта № 01980006703 «Совершенствование диагностики, лечения и методов профилактики врожденных и приобретенных заболеваний у детей» (2018-2022 гг.).

**Цель исследования** заключается в улучшении результатов хирургического лечения свищевых форм АРМ у детей путем выбора метода первично-радикальных вмешательств.

**Задачи исследования:**

изучить и систематизировать характер, частоту и причины послеоперационных осложнений в зависимости от метода первично-радикальных операций при свищевых формах АРМ у детей;

уточнить зависимость результатов первично-радикальных операций от одно- или двухэтапной хирургической тактики с применением превентивной колостомии;

определить роль и значение сопутствующих пороков и аномалий развития в выборе тактики и метода первично-радикальной коррекции свищевых форм АРМ у детей;

разработать и внедрить модифицированный метод операции при низких свищевых формах АРМ у детей в зависимости от анатомо-функционального состояния толстой кишки;

изучить морфологическую картину каудальной части атрезированной кишки, соустья свища, прилегающих органов у детей со свищевой формой АРМ;

разработать алгоритм выбора метода операции при свищевых формах АРМ у детей;

создать и внедрить усовершенствованный протокол реабилитации детей с низкими и высокими свищевыми формами АРМ.

**Объектом исследования** явились 372 ребенка с низкими и высокими свищевыми формами аноректальной мальформации в возрасте от 3 месяцев до 14 лет, находившихся на обследовании и оперативном лечении в хирургических отделениях клиники ТашПМИ за период с 2009 по 2021 гг.

**В качестве предмета исследования** и для решения поставленных задач проведен анализ диагностики и применения общепринятых и новых модифицированных методов оперативных вмешательств у детей с аноректальной мальформацией. С целью совершенствования первично-радикальных операций при аноректальной мальформациях у детей, пациенты распределены на 2 группы анализа. Первую контрольную группу составили 137 детей поступившие с ранее перенесенными хирургическими вмешательствами на местах и в нашей клинике за период с 2009 по 2015 г.г., по результатам которых проанализированы осложнения первично-радикальных операций при АРМ. Вторую основную группу составили 235 детей оперированных за период с 2016 по 2021г.г., только в нашей клинике которым выполнен детерминированный выбор и модифицированные методы коррекции АРМ.

**Методы исследования.** Всем детям наряду с общеклиническими методами обследования проведены фистулоирригография, экскреторная урография, цистография, УЗИ промежности (малого таза), сфинктерометрия, измерение давление в ампуле прямой кишки, морфологические исследования дистальных участков прямой кишки и сфинктерного аппарата и статистические методы.

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

уточнены и систематизированы причины неудовлетворительных результатов операций промежностной и брюшно-промежностной проктопластики при АРМ у детей;

разработана тактика лечения детей с низкими и высокими свищевыми формами АРМ с учетом сопутствующих пороков и аномалий развития;

предложен и внедрен в практику модифицированный метод промежностной проктопластики при низких свищевых формах АРМ, который позволяет без повреждения мышечных волокон наружного сфинктера добиться хорошего функционального и косметического эффекта;

разработан дифференцированный подход к хирургической тактике в зависимости от морфологической картины атрезированной кишки, свища и прилегающих органов при АРМ у детей;

определены показания к применению одно- или двухэтапной операций и необходимости превентивной колостомии у детей с АРМ;

разработаны и зарегистрированы программы для оценок результатов хирургического лечения и функционального состояния анального сфинктера после промежностной проктопластики у детей;

разработан и внедрен в клиническую практику алгоритм выбора метода операций и протокол послеоперационных реабилитационных мероприятий направленных на сокращение числа инвалидов и уточнение показаний к повторно-корректирующим вмешательствам среди детей и подростков;

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

уточнены и систематизированы причины неудовлетворительных результатов операций промежностной и брюшно-промежностной проктопластики, которые следует учитывать при выполнении первично-радикальных вмешательств;

в практику отделений детской хирургии (колопроктологии) внедрен усовершенствованный, модифицированный метод промежностной проктопластики без рассечения сагиттальной линии;

разработан алгоритм выбора метода операции при свищевых формах аноректальной мальформаций у детей;

разработана и внедрена в практику программа реабилитационных мероприятий позволяющая снизить количество осложнений и улучшить качество жизни детей.

**Достоверность результатов исследования подтверждена** применением теоретических подходов и использованием современных методов, методологической правильностью, и адекватностью количества обследованных больных, используемые в исследованиях современные дополнительные клинические, а также морфологическими, рентгенологическими, функциональными, инструментальными и статистическими методами исследования. Методика разработки основывались на сравнении с международным и отечественным опытом, а заключение и полученные результаты были одобрены уполномоченными органами.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.**

Научная значимость результатов исследования заключается в том, что сравнительный анализ причин неудовлетворительных результатов промежностной и брюшно-промежностной проктопластики при свищевых формах АРМ у детей выполненных общеизвестными и модифицированными методами операций позволил разработать тактику лечения с учетом сопутствующих пороков и аномалий развития; разработать и внедрить в практику модифицированный метод промежностной проктопластики; установить выбор метода хирургической коррекции в зависимости от морфологической картины атрезированной кишки, свища и прилегающих органов при АРМ у детей; определить показания к превентивной колостомии; разработать алгоритм выбора метода операции при свищевых формах АРМ у детей; разработать протокол послеоперационных реабилитационных

мероприятий направленных на совершенствование первично-радикальных операций при свищевых формах АРМ у детей.

Практическая значимость результатов исследования заключается в том, что результаты внедрения модификаций, алгоритма выбора метода операций, применения превентивной колостомии, протокола реабилитации и программы для оценок результатов хирургического лечения и функционального состояния неоануса при свищевых формах АРМ у детей позволили снизить количество осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде в 3 раза, уменьшить число рецидивов и реопераций, Экономическая эффективность проявилась снижения стоимости лечения и в сокращении сроков пребывания (койка-дней) больного в стационаре в среднем на 5,0 дней. Сократить кратность и продолжительность госпитализации и реабилитации. Уменьшить уровень инвалидизации и улучшить качество жизни детей.

**Внедрение результатов исследования.** На основе полученных результатов по совершенствованию первично-радикальных операций при свищевых формах АРМ у детей:

разработаны и внедрены методические рекомендации «Хирургическое лечение низких свищевых форм аноректальной мальформации у детей» (заключение Министерства здравоохранения №8 н-р/160 от 19 апреля 2019 года). Результаты внедрения позволили снизить количество осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде, число рецидивов и реопераций, сократить продолжительность госпитализации и реабилитации;

разработаны и внедрены методические рекомендации «Реабилитационные мероприятия у детей с аноректальной мальформацией». (заключение Министерства здравоохранения №8 н-р/161 от 19 апреля 2019 года). Полученные результаты позволили уменьшить уровень инвалидизации и улучшить качество жизни детей. Экономическая эффективность проявилась в сокращении сроков пребывания и снижения стоимости лечения больного в стационаре;

разработаны и внедрены методические рекомендации «Выбор метода колостомии при аноректальной мальформациях у детей» (заключение Министерства здравоохранения №8 н-р/585 от 17 декабря 2020 года). Повышение эффективности колостомии подтвердилось уменьшением количества осложнений в 3 раза, нормализацией функции низведенной кишки в короткие сроки, отсутствием рецидивов и реопераций по сравнению с детьми которым пришлось проводить операции без превентивного стомирования, что способствовало сокращению количества койка-дней в среднем на 5,0 дней;

Результаты исследований, направленных на совершенствование первично-радикальных операций при аноректальной мальформациях у детей, внедрены в практическое здравоохранение, в частности Каракалпакского Республиканского детского многопрофильного медицинского центра г. Нукуса, ГКДХБ №2 г. Ташкента (заключение Министерства здравоохранения №8 н-д/122 от 22 мая 2019 года), Андижанского областного детского многопрофильного медицинского центра (заключение Министерства здравоохранения № 305 от 28 октября 2020 года).

**Апробация результатов исследования.** Результаты данного исследования были обсуждены на 9 научно-практических конференциях, в

том числе, на 3-х Международных и 6 Республиканских с международным участием.

**Опубликованность результатов исследований.** По теме диссертации опубликовано 45 научных работ, в том числе 17 журнальных статей (из них 2 включенных в базу данных Scopus, 1 - Web of Science), 14 в научных изданиях входящих в рекомендованный перечень Высшей аттестационной комиссии Республики Узбекистан, в том числе 9 в нашей Республике и 5 в зарубежных журналах, более 20 тезисов, 3 методические рекомендации, 1 патент (IAP) на изобретение, 3 свидетельства (DGU) на электронные программы. Проведено грантовое прикладное исследование: «Оптимизация хирургического лечения и реабилитации детей с низкими свищевыми формами аноректальных пороков развития» (АДСС-30.6). Полученные результаты продемонстрированы на VI Республиканской ярмарке инновационных идей, технологий и проектов.

**Структура и объем диссертации.** Структура диссертации состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Объем диссертации составил 184 страницы.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

**Во введении** обоснованы актуальность и необходимость проведенного исследования, описаны цель и задачи, материал и методы исследования, показано соответствие исследования приоритетам науки и техники республики. Описаны научная новизна и практические результаты исследования, раскрыта научная и практическая значимость полученных результатов, представлены сведения о внедрении результатов исследования в практику, опубликованные работы и структура диссертации.

В первой главе диссертации **«Современные представления об этиопатогенезе, клинике, диагностике и лечении аноректальных мальформаций у детей» (Обзор литературы)** проведен подробный анализ современной отечественной и зарубежной литературы посвященной аноректальным мальформациям у детей. Обобщены и систематизированы современные понятия и нерешенные вопросы касательно этиопатогенеза, клиники, диагностики и лечения аноректальных мальформаций у детей. Определены перспективные направления, свидетельствующие о целесообразности совершенствования первично-радикальных операций при свищевых формах аноректальной мальформации у детей.

Вторая глава диссертации: **«Материал и методы исследования»** содержит сведения о клиническом материале и методах исследования, а также сопутствующих аномалиях и пороках развития у детей со свищевыми формами аноректальных мальформаций.

В основу работы положены результаты оперативного лечения 372 детей со свищевыми формами аноректальной мальформации в отделениях хирургии клиники Ташкентского педиатрического медицинского института за период с 2009 по 2021 годы (см. табл. 1).

Таблица 1

**Распределение детей с аноректальной мальформацией в зависимости от пола и возраста (n=372)**

Пол ребенка		Возраст больных (в годах)					Всего
		0-1	1-3	4-7	8-11	12-15	
мальчики	абс	34	36	20	5	4	99*
	%	9,1	9,7	5,4	1,3	1,1	26,6
девочки	абс	94	131	29	12	7	273*
	%	25,3	35,2	7,8	3,2	1,9	73,4
Итого	абс	128	167	49	17	11	372
	%	34,4	44,9	13,2	4,6	2,9	100%

Примечание: \* - Достоверное различие количества мальчиков и девочек в сравнение -  $p < 0,05$ .

Характер и частота свищевых форм аноректальной мальформации у детей представлены согласно Крекенбекской классификации принятой консенсусом детских колопроктологов на «Международной конференции по развитию стандартов в лечении аноректальных мальформаций» в г. Крекенбек (Германия 2005 г.). (см. табл. 2).

Таблица 2

**Распределение больных со свищевыми формами аноректальных мальформаций соответственно Крекенбекской классификации (n=372)**

Большие клинические группы	Количество детей	Редкие/ региональные варианты	Количество детей
Перинеальная фистула	81	Ректовагинальная фистула	26
Вестибулярная фистула	200	Н – фистула Вестибулярная Вагинальная	17 9 8
Ректоуретральная фистула	30	Другие формы: -ректомошоночная фистула	2
Простатическая	18		
Бульбарная	12		
Ректовезикальная фистула	16		
Всего	327		45
Итого	372		

В ходе диссертационного исследования пациенты распределены на 2 группы анализа: Первую контрольную группу составили 137 (36,8%) детей поступившие с ранее перенесенными вмешательствами на местах и в нашей клинике за период с 2009 по 2015 г.г., по результатам которых проанализированы осложнения первично-радикальных операций при АРМ. (см. табл. 3).

Таблица 3

**Операции выполненные в контрольной группе анализа.**

№	Методика операции	Кол-во	%
1.	Промежностная проктопластика (ППП) по Стоун-Бенсон	69	50,4
2.	Переднесагитальная аноректопластика (ПСАРП)	15	10,9
3.	Заднесагитальная аноректопластика (ЗСАРП)	11	8
4.	Брюшно-промежностная проктопластика (БППП) по Ромуальди	21	15,3
5.	Инвагинационное иссечение свища по Лёнюшкину	7	5,1
6.	Промежностная проктопластика (ППП) по Соломон	14	10,2
Всего n=137		137	100

Вторую основную группу составили 235 (63,2%) детей оперированных за период с 2016 по 2021г.г. в нашей клинике, которым выполнены детерминированные и модифицированные методы хирургической коррекции АРМ. (см. табл. 4).

Таблица 4

**Операции выполненные в основной группе анализа.**

№	Методика операции	Кол-во	%
1.	Промежностная проктопластика (ППП) по Стоун-Бенсону	23	9,7
2.	Промежностная проктопластика (ППП) по Стоун-Бенсону в модификации клиники (Патент на изобретение № IAP 04799; 17.12.2013г.)	56	23,8
3.	Переднесагитальная аноректопластика (ПСАРП)	10	4,2
4.	Переднесагитальная аноректопластика (ПСАРП) в модификации А.И.Ленюшкина	25	10,6
5.	Заднесагитальная аноректопластика (ЗСАРП)	21	8,9
6.	Минимальная заднесагитальная аноректопластика (МЗСАРП)	18	7,6
7.	Брюшно-промежностная проктопластика (БППП) по Ромуальди	22	9,4
8.	Комбинированная интратректальная Брюшно-промежностная проктопластика (БППП) по Ромуальди- Ребейну в модификации Ленюшкина	37	15,7
9.	Промежностное иссечение уретрального свища	2	0,8
10.	Инвагинационное иссечение свища по Лёнюшкину	4	1,7
11.	Промежностная проктопластика (ППП) по Соломон	7	3
12.	Промежностная проктопластика (ППП) по Соломон-Ленюшкину	10	4,2
Всего (n= 235)		235	100

Пациентам обеих групп были проведены общеклинические, специальные и проктологические методы обследования. Объем исследований,

а также их порядок и очередность определялись в зависимости от типа патологии и возраста больных. (см. табл. 5).

**Таблица 5**

**Общеклинические, специальные и проктологические методы исследования**

Методы исследования	Количество исследований
<b>Общеклинические</b>	
Лабораторные	2472
ЭКГ(ЭХОКГ)	309
НСГ(нейросонография)	218
Рентгенография (гр.клетки)	129
УЗИ внутр. органов	300
<b>Специальные</b>	
Обзорная рентгенография брюшной полости	102
Ирригография (проктография)	227
Экскреторная урография	37
Цистография	14
Колоноскопия (ректоскопия)	48
<b>Проктологические</b>	
УЗИ промежности (малого таза)	272
МРТ и КТ малого таза	31
Колостография(стомография)	154
Фистулоирригография	309
Сфинктерометрия	108
Оценка по шкале Rinitala R.J.	200
Морфологические исследования	37
Дефекография	13
Калибровка свища(бужирование)	1236
Всего	6216

В ходе обследования детей с аноректальной мальформацией сопутствующие аномалии и пороки развития удалось обнаружить у 79 (25,6%) пациентов. В этой группе у каждого третьего ребёнка выявлены несколько видов врожденных пороков одного органа или сочетание аномалий нескольких систем.

Наиболее часто выявляли сопутствующую патологию мочевыделительной системы, которая имела место у 24 детей (30,4%). Почечная аплазия (гипоплазия)- у 2, удвоение почек и мочеточников- у 2, врождённый гидронефроз- у 5, стеноз уретры- у 2, пузырно-мочеточниковый

рефлюкс- у 4, мегауретер- у 3, нейрогенный мочевого пузыря-у 6 детей. (см. табл. 6).

**Таблица 6**

**Сочетание аноректальных пороков с аномалиями развития других органов и систем**

Аномалии по системам	Виды аномалий и пороков развития			Всего
Уро-нефрологические	Почечная аплазия (гипоплазия)- 2 Удвоение почек и мочеточников- 2	Врожденный гидронефроз-5 Стеноз уретры-2 ПМР-4	Мегауретер-3 Нейрогенный мочевого пузыря-6	24 (30,4%)
Сердечно-сосудистые	ДМЖП-5	ДМПП-3	Тетрада Фалло-3	11 (13,9%)
Желудочно-кишечные	Атрезия пищевода-3	Эмбриональная грыжа-2	Синдром Ледда-3	8 (10,1%)
Генитальные	Крипторхизм-4 Гипоспадия-1	Перегородка влагалища-2	Атрезия вагины-4	11 (13,9%)
Неврологические	Гидроцефалия (микроцефалия)-3	Спинальная грыжа-4	Парезы Плегии-3	10 (12,7%)
Хромосомные	Синдром Дауна-4	Синдром Поланда-1	Синдром Курарино	5 (6,3%)
Сенсорные	Пороки развития глаз-2	Нейросенсорная глухота-1		3 (3,8%)
Скелетные	Агенезия копчика-4	Полидактилия-2	Аплазия конечностей-1	7 (8,9%)
Всего	30	26	23	79(100%)

При статистической обработке результатов исследования использовался пакет прикладных программ для персонального компьютера «Statistica for Windows 7.0».

В третьей главе диссертации:«**Анализ осложнений первично - радикальных операций при свищевых формах аноректальных мальформаций у детей**», проанализированы результаты общепринятых методов ППП и БПП, опираясь на частоту и характер послеоперационных осложнений.

В первой подглаве проведен ретроспективный анализ «**частоты и характера осложнений первично - радикальных операций при свищевых формах аноректальной мальформации у детей**», уточнены причины послеоперационных осложнений у 137 детей (36.8 %), выполненных на местах и в нашей клинике за период с 2009 по 2015 г. Из общего количества (n=137) пациентов контрольной группы, осложнения выявлены у 39 (28,5%) оперированных детей. Передняя эктопия ануса отмечена у 11(8%) детей,

ретракция низведенной кишки у 9(6,6%), рецидив свища у 10(7,3%) и внесфинктерное низведение у 9(6,6%) пациентов. (см. табл. 7).

**Таблица 7**

**Частота и характер осложнений ближайшего послеоперационного периода зависимости от метода операции (контрольная группа, n=137).**

№	Осложнения	Передняя эктопия ануса	Ретракция кишки	Рецидив свища	Внесфинктерное низведение	Всего n= 137
	Операции					
1.	ППП по Стоун-Бенсон n= 69 (100%)	3(4,3%)	2(2,9%)	2(2,9%)	3(4,3%)	10(14,5%)
2.	ЗСАРП по Пена n= 11(100%)	-	2(18,2%)	-	1 (9,1%)	3(27,3%)
3.	ПСАРП по Rizolli n= 15 (100%)	2(13,3%)	1(6,7%)	1(6,7%)	2(13,3%)	6(40%)
4.	ППП по Соломон n= 14 (100%)	3(21,4%)	1(7,1%)	1(7,1%)	2(14,3%)	7(50%)
5.	Инвагин. свища по Ленюшкину n= 7 (100%)	-	-	4(57,1%)	-	4(57,1%)
6.	БППП по Ромуальди с иссечением ректоуретр. свища n=7 (100%)	1(14,3%)	1(14,3%)	2(28,6%)	-	4(57,1%)
7.	БППП по Ромуальди с иссечением ректовезик. свища n=4 (100%)	1(25%)	1 (25%)	-	-	2(50%)
8.	БППП по Ромуальди с низведением стомированной кишки n=10 (100%)	1(10%)	1(10%)	-	1(10%)	3(30%)
Итого: n= 137		11(8%)	9(6,6%)	10(7.3%)	9(6,6 %)	39(28,5%)

После операции промежностной проктопластики по Стоун-Бенсон (n= 69) у 10 (7,3%) детей выявлены осложнения в виде передней эктопии ануса, которая отмечена у 3 (4,3%), ретракция низведенной кишки у 2 (2,9%), рецидив свища у 2 (2,9%) пациентов. внесфинктерное низведение обнаружено у 3 (4,3%) оперированных детей.

После ЗСАРП по Пена (n=11) выявлены такие осложнения как ретракция низведенной кишки у 2 (18,2%) детей, внесфинктерное низведение кишки у 1(9,1%) оперированного ребенка.

При анализе пациентов оперированных ПСАРП по Rizolli (n=15) у 6(4,4%) детей отмечены осложнения: передняя эктопия ануса у 2(13,3%) детей, ретракция низведенной кишки у 1(6,7%), рецидив свища у 1(6,7%) и внесфинктерное низведение кишки у 2(13,3%) оперированных детей.

После ППП по Соломон (n=14) обнаружены: передняя эктопии ануса у 3(21,4%), ретракция низведенной кишки у 1(7,1%), рецидив свища у 1(7,1%) пациентов и внесфинктерное низведение у 2(1,5%) оперированных детей.

После инвагинационного иссечения свища по Ленюшкину (n=7) у 4(57,1%) детей в раннем послеоперационном периоде отмечен рецидив свища.

При сравнении ближайших результатов послеоперационного периода отмечено, что в контрольной группе детей после операции ЗСАРП по Пена достоверно чаще отмечалась ретракция низведенной кишки (18,2% v.s. 5,5% p<0,05).

После БППП по Ромуальди с иссечением ректоуретрального свища (n=7) осложнения выявлены у 4(57,1%) пациентов: у 1(14,3%) ребенка выявлена передняя эктопия ануса, ретракция низведенной кишки у 1(14,3%), рецидив свища у 2(28,6%) пациентов.

После БППП по Ромуальди с иссечением ректовезикального свища (n=4) осложнения выявлены у 2(50%) детей: у 1(25%) ребенка выявлено осложнение в виде передней эктопии ануса и ретракция низведенной кишки у 1(25%).

Значимыми осложнениями отдаленного послеоперационного периода, оказались рубцовый стеноз ануса и анальную инконтиненцию (см. табл. 8).

**Таблица 8**

**Частота и характер осложнений отдаленного послеоперационного периода в зависимости от метода операции (контр. группа)(n=137).**

№	Осложнения	Рубцовый стеноз ануса	Анальная инконтиненция	Всего n= 137
	Операции			
1.	ППП по Стоун-Бенсон n= 69 (100%)	6(8,7%)	4(5,8%)	10(14,5%)
2.	ЗСАРП по Пена n=11(100%)	1(9,1%)	2(18,2%)	3(28,3%)
3.	ПСАРП по Rizolli n=15(100%)	2(13,3%)	3(20%)	5(33,3%)
4.	ППП по Соломон n= 14(100%)	2(14,3%)	2(14,3%)	4(28,6%)
5.	БППП по Ромуальди с иссечением ректоуретрального свища n=7(100%)	1(14,2%)	1(14,2%)	2(28,5%)
6.	БППП по Ромуальди с иссечением ректовезикального свища n=4(100%)	-	1(25%)	1(25,0%)
7.	БППП по Ромуальди с низведением стомированной кишки n=10(100%)	3(30%)	1(10%)	4(40%)
Итого: n= 137		15(13,0%)	14(10,2%)	29(21,2%)

Анализ изучения частоты и характера осложнений отдаленного послеоперационного периода показал, что в независимости от метода операции основным типом осложнений отдаленного послеоперационного периода явились рубцовый стеноз анального отверстия, который обнаружен у 15(13,0%) детей, а также анальная инконтиненция выявленная у 14(10,2%) оперированных ранее детей.

Из 69(100%) детей после операции промежностной проктопластики по Стоун-Бенсон рубцовый стеноз ануса обнаружен у 6(8,7%) детей и анальная инконтиненция отмечена у 4(5,8%) детей. После ЗСАРП по Пена из 11(100%) детей, анальная инконтиненция диагностирована у 1(9,1%), рубцовый стеноз

ануса имел место у 2(18,2%) детей. После выполнения ПСАРП по Rizolli из 15(100%) детей, у 2(13,3%) детей отмечен рубцовый стеноз ануса, анальная инконтиненция у 3(20%) детей. После проктопластики по Соломон рубцовый стеноз ануса выявлен у 2(14,3%), анальная инконтиненция у 2(14,3%) оперированных детей.

После БППП по Ромуальди с иссечением ректоуретрального соустья у 1(14,2%) пациента обнаружен рубцовый стеноз ануса и у 1(14,2%) анальная инконтиненция. После ликвидации ректовезикального свищей БППП по Ромуальди у 1(25%) ребенка наблюдалась анальная инконтиненция. После брюшно- промежностной ликвидации половых свищей с низведением превентивно стомированной кишки у 3(30%) пациентов отмечен стеноз ануса и у 1(10%) недержание кала.

При сравнении отдаленных результатов послеоперационного периода, отмечено что в контрольной группе детей после операций ППП и БППП осложнения в виде анальной инконтиненции и стеноза ануса отмечены достоверно в равных количествах (13,1% vs 12,4%  $p < 0,05$ ).

**В второй подглаве приведен анализ причин осложнений** первично - радикальных операций при свищевых формах аноректальной мальформаций у детей. После операции по Stone - Benson осложнение в виде стеноза анального отверстия у 6(8,7%) детей явилось следствием и была прямо пропорциональна уровню предшествовавшей ретракции низведенной кишки в раннем послеоперационном периоде. Расхождение краев раны и рецидив вестибулярного свища у 2(2,9%) девочек были обусловлены инфицированием послеоперационной раны и техническими погрешностями при низведении кишки. У 4(5,8%) пациентов в раннем послеоперационном периоде отмечалась недостаточность неоануса, что, на наш взгляд, было обусловлено низведением свищевого хода не имеющей мышечной стенки.

Высокий процент осложнений после операций ПСАРП (13,3%) и ЗСАРП (18,2%) в виде смещения неоануса кпереди и рецидивы свища мы связывали с широким разрезом, при котором полностью пересекается сфинктер спереди и сзади, что в 22,4% привело к рубцеванию и снижению функции сфинктера, наглядно прослеженное при проведении сфинктерометрии.

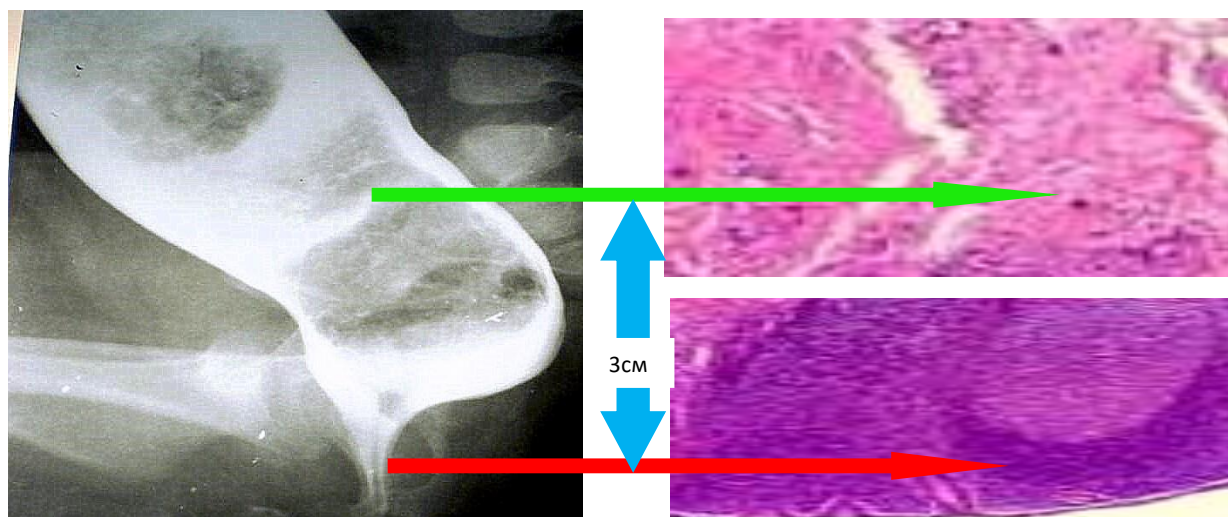
После БППП по Ромуальди с иссечением ректоуретрального свища при отделении интимно спаянного свищевого хода от уретры отмечены «ожидаемое» повреждение уретры вследствие избежания оставления дивертикула уретры. В дальнейшем у 2 детей стеноз уретры на месте анастомоза (чаще простатической части) был скорректирован.

После БППП по Ромуальди с иссечением ректовезикального свища, при соустье кишечной фистулы с мочевым пузырем в проекции треугольника Льетто отмечено краткосрочное (10 дней) недержание мочи, обусловленное, очевидно, травмой пузыря и частичной денервацией.

Необходимо отметить тот факт, что причиной выше указанных осложнений при выполнении любого из методов операции, на наш взгляд, могут быть: недостаточная мобилизация кишки, низведение морфологически неполноценной кишки и инфицирование краев раны.

**В третьей подглаве проанализирована морфологическая картина** дистальных отрезков атрезированной кишки у 37 детей. Изучены

особенностей строения «конуса» атрезированной кишки, фистулы и соустья с мочеполовым трактом, а также стенки свободно висящей кишечной культи. Морфологический анализ показал, что структура дистальных отделов атрезированной стенки прямой кишки и свищевого отверстия определяет необходимость более глубокой мобилизации (не менее 3-4см.) и низведение прямой кишки с выведением структурно неполноценных стенок кишки за пределы вновь сформированного анального отверстия. Это позволяет создать адекватно функционирующий дистальный отрезок низведенной кишки, предупредить послеоперационные осложнения в виде анальной инконтиненции и стеноза неоануса. (См. рис. 1).



**Рис. 1. Морфологическое строение "конуса" кишки при вестибулярном свище.  
(Пациент С.Д. 8 мес. и/б № 328/456)**

**Красная стрелка** - Определяется выраженное полнокровие, характеризующиеся венозным и артериальным стазом между продольным и круговым мышечным слоями.

**Зелёная стрелка** - Выше уровня свищевого хода более чем на 3 см. определялись менее выраженные изменения в мышечной стенке и дистальных отделов низводимой толстой кишки (ближе к норме). Окраска гематоксилин-эозином. (Увеличение 120x80).

В четвертой главе диссертации: «**Выбор метода ППП и БППП при свищевых формах АРМ у детей**» проанализированы результаты трех наиболее признанных операций промежностных проктопластик Stoun-Benson, Pena, Rizolli и брюшно-промежностной проктопластики по Romualdi применительно к ректопромежностным, ректовагинальным, ректовестибулярным и ректоуринарным свищевым формам АРМ у 235 пациентов, которые составили основную группу анализа. При этом основополагающим при выполнении той или иной операции считали более глубокую мобилизацию низводимой кишки до ее морфологически полноценного отрезка. Так же обязательным условием при выборе операции было признано превентивное раздельное двухствольное стомирование сигмовидной кишки.

В первой подглаве: «**Модификации промежностной аноректопластики у детей с низкими свищевыми формами АРМ**», с

учетом выше приведенных осложнений промежностной проктопластики нами разработаны следующие модификации промежностной аноректопластики при низких и межучочных формах АРМ (Методическая рекомендация: «Хирургическое лечение низких свищевых форм аноректальной мальформации у детей» (Утверждена в Министерстве здравоохранения № 8 н-р/160 от 19.04.2019г.):

- «мини доступ» как вариант заднесагитальной аноректопластики по Рена не доходящего на 1–1,5 см. до проекции планируемого ануса и без пересечения волокон наружного сфинктера;

- модификация операции ПСАРП по Rizolli, предложенная А.И. Ленюшкиным (1990) дополнена нами более глубокой мобилизацией не задней, а передней стенки низводимой кишки, что позволяло в известной степени сохранять ректоанальный угол;

- модифицированный метод операции Stoun-Benson осуществляли без широкого рассечения передней сагитальной линии с подкожным выделением свищевого хода, который выводили в сформированный ректальный канал, низводимую кишку мобилизовали преимущественно по передней стенке с оставлением висячей культи. (См. рис. 2).



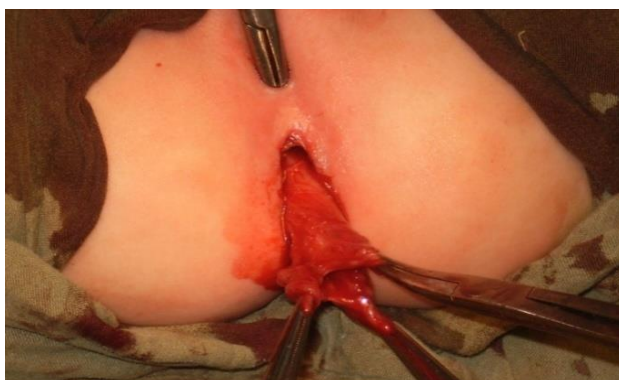
Атрезии заднего прохода с вестибулярным свищем.



Определение наружного сфинктера и его внутреннего кольца с помощью монокаутера с силой тока 10-20 мА.



Рассечение задней стенки свищевого хода и этапы мобилизации передней стенки. Зажим введенный через свищ проецируется в просвете прямой кишки.



Состояние после отделения передней и задней стенки кишки. Свободно висячая культи до 3-4 см.



Оставление свободно висящего избытка кишки (культы) фиксированного к коже промежности узловыми швами, выступающего за пределы мобилизации на 2,5-3см. (по А.И. Лёнюшкину).

Состояние после 2 этапа анопластики– иссечение культы (2 сутки после операции).

**Рис.2. Этапы операции модифицированной ППП при низкой свищевой форме АРМ у детей (Пациент Н.Р. 6 мес. и/б № 212/431)**

На модифицированный способ операции получен Патент на изобретение № IAP 04799. От 17.10.2014 г. (См. рис. 3).



**Рис 3. Патент на изобретение № IAP 04799. Способ хирургического лечения атрезии анального отверстия с ректовестибулярным свищём у детей. Зарегистрирован в Агентстве интеллектуальной собственности Республики Узбекистан (17.10.2014г.)**

При оценке результатов операций мы не ориентировались на субъективные и порой расплывчатые критерии «хороший», «удовлетворительный» и «неудовлетворительный», а считали целесообразным обращать внимание на частоту и характер осложнений, как объективные критерии лечения (см. табл. 9).

Таблица 9

**Частота и характер осложнений ближайшего послеоперационного периода после модифицированных ППП (основная группа n= 105)**

№	Метод операции	Частота и характер осложнений				Всего
		Передняя эктопия ануса	Ретракция низведенной кишки	Рецидив свища	Внесфинктерное низведение	
1.	Модификация операции Stoun-Benson n= 48(100%)	1(2,1 %)	2(4,2 %)	1(2,1 %)	-	4(3,8%)
2.	«Мини» доступ ЗСАРП по Рена n= 18(100%)	-	1(5,5 %)	-	1(5,5 %)	2(1,9%)
3.	Модификация операции ПСАРП по Rizolly n=25(100%)	2(8 %)	-	-	1(4 %)	3(2,8%)
4.	Инвагинация свища по Ленюшкину n= 4(100%)	-	-	2(50 %)	-	2(1,9%)
5.	ППП по Соломон-Ленюшкину n= 10(100%)	1(10 %)	1(10 %)	-	-	2(1,9%)
Итого:n= 105		4 (3,8%)	4(3,8%)	3(2,8%)	2(1,9%)	3(12,4%)

Прим.  $p < 0.01$  в сравнении с частотой и характером осложнений в контрольной группе.

Из общего количества (n= 235) пациентов основной группы, изучены характер и частота осложнений у 105 детей которым выполнены общепринятые операции с вышеизложенными модификациями. В раннем послеоперационном периоде осложнения выявлены у 13(12,4%) оперированных детей. Передняя эктопия ануса отмечена у 4 (3,8%) детей, ретракция низведенной кишки у 4 (3,8%), рецидив свища у 3(2,8%) и внесфинктерное низведение 2(1,9%) пациентов.

Из 48 (100%) детей после операции: промежностной проктопластики по Stoun-Benson в нашей модификации выявлены осложнения у 4 (8,4%) детей в виде передней эктопии ануса у 1(2,1 %) ребенка, ретракция низведенной кишки у 2(4,2 %), рецидив свища лишь у 1(2,1 %) пациента.

После «мини доступа» ЗСАРП по Рена среди 18 (100%) детей выявлены такие осложнения как ретракция низведенной кишки у 1 (5,5%) и внесфинктерное низведение кишки у 1 (5,5%) ребенка соответственно.

При анализе результатов у 25(100%) детей, оперированных модифицированным методом ПСАРП по Rizolli, у 3(12 %) детей отмечены осложнения: передняя эктопия ануса у 2 (8%) детей, и внесфинктерное низведение кишки у 1 (4 %) оперированного ребенка.

Из общего количества пациентов основной группы у 10 (100%) детей, которым выполнена операция Соломон в модификации Ленюшкина, осложнения отмечены у 2 детей: передняя эктопия ануса у 1(10%) и ретракция низведенной кишки у 1(10 %) ребенка.

Анализ частоты и характера осложнений отдаленного послеоперационного периода после модифицированных ППП в зависимости от метода операции показал значительное их снижение (см. табл. 10).

Таблица 10

**Частота и характер осложнений отдаленного послеоперационного периода после модифицированных ППП в зависимости от метода операции (Основная группа n= 101).**

№	Осложнения	Рубцовый стеноз ануса	Анальная инконтиненция	Всего n= 101
	Операции			
1.	Модификация операции Stoun-Benson= 48(100%)	3(6,2%)	2(4,2%)	5(4,9 %)
2.	«Мини»доступ ЗСАРПпо Рена n= 18(100%)	-	1(5,5%)	1(1%)
3.	Модификация операции ПСРАП по Rizollyn=25(100%)	1(4 %)	2(8 %)	3(2,9%)
4.	ППП по Соломон- Ленюшкину n= 10(100%)	1(10 %)	1(10 %)	2(1,9%)
Итого: n= 101		5(4,9 %)	6(5,9%)	11(10,8%)

Прим.  $p < 0.01$  в сравнении с частотой и характером осложнений в контрольной группе

Анализ показал, что, как и в контрольной группе, основным типом осложнений отдаленного послеоперационного периода явились рубцовый стеноз анального отверстия, который обнаружен у 5(4,9 %), а также анальная инконтиненция выявленная у 6(5,9%) оперированных детей.

Модифицированные методы оперативного лечения низких свищевых форм АРМ отличаются от общепринятых методов ППП тем, что преимущественно мобилизуется передняя стенка кишки, что позволяет эффективно скелетизировать морфологически зрелый конус атрезированной кишки до уровня заднего свода влагалища. Не менее важным считаем подшивание низведенной кишки к коже без захвата в шов волокон наружного сфинктера. При этом определяющим моментом служили дифференцированная в ходе операции идентификация мышц удерживающего аппарата с помощью элетрографии. Меньшая мобилизация задней стенки кишки обеспечивала сохранность главного компонента сфинктерного аппарата - петли пуборектальной мышцы и меньшее сглаживание ректо-анального угла. Последнее в значительной степени сокращало частоту анальной инконтиненции в послеоперационном периоде. Основными преимуществами использованной нами модифицированной методики явились: мобилизация низводимой кишки проводится через естественный анальный канал под контролем электромиостимуляции с сохранением целостности промежности, в результате первоначального отделения передней стенки и иссечение свища изнутри на месте свищевого отверстия образуется дефект размером соответствующий размеру свища, что предотвращает деформацию и наличие рубца со стороны влагалища; оставление свободно висячей культи с сохранной мышечной стенкой и иссечение его после образования бесшовного анастомоза создает определенный резерв для естественной ретракции низведенной кишки и значительно уменьшает инфицирование линии кожно-кишечных швов; сохранение целостности промежности, мышечных структур, как сфинктера, так и пуборектальной

петли предотвращает смещение вновь сформированного заднего прохода кпереди, к преддверию влагалища, а также риск рецидива свища в половую систему.

Во второй подглаве «**Результаты брюшно-промежностной аноректопластики у детей со свищевыми формами АРМ**» проанализированы результаты первично обратившихся 59 (100%) детей основной группы с урогенитальными фистулами. Из них с ректоуретральной фистулой 22(37,3%), ректовезикальной 12 (20,3%), ректовагинальной фистулой 16 (27,1%), ректостебелчатой фистулой при нормальном анусе 4 (6,8%) и ректовагинальной фистулой при нормальном анусе у 6 (10,2%) детей.

Анализ показал, что часто необоснованное применение промежностных проктопластик при межзачаточных свищевых формах АРМ, а также в качестве реаноректопластик после развития послеоперационных осложнений не дает эффекта и приводит к ретракции низводимой кишки и как следствие развитию стенозов, вторичного мегаколона и анальной инконтиненции. Это определяет показания к выбору брюшно-промежностной аноректопластики (БПАРП) с резекцией расширенных, измененных отделов низводимой кишки и тубулообразных стенозов прямой кишки. При этом, все вышеуказанные рекомендации для промежностных аноректопластик без пересечения пуборектальной мышцы и наружного сфинктера считаем абсолютно показанными и к брюшно-промежностной аноректопластике.

Практически все БПАРП выполнены с превентивной двойной отдельной сигмостомой или одноствольной колостомой по Гартману.

С целью объективной оценки результатов БПАРП мы также как и при ППП ориентировались на послеоперационные осложнения (см. табл. 11).

**Таблица 11**

**Осложнения ближайшего послеоперационного периода после БППП**

№	Операция	Инфицирование и расхождение раны	Ретракция низводимой кишки	Рецидив свища	Некроз выведенной культи	Повреждение уретры	Всего n=59 (100%)
1.	БППП по Ромуальди n=22(100%)	4 (18,1%)	3 (13,6%)	1 (4,5%)	2 (9 %)	3 (13,6%)	13 (22%)
2.	Инtrarектальная БППП по Ромуальди-Ребейну в модификации Ленюшкина n=37(100%)	2 (5,4%)	-	-	1 (2,7%)	2 (5,4%)	5 (8,4%)
	Всего n=59(100%)	6(10,2%)	3(5,1%)	1(1,7%)	2(3,4%)	3(5,1%)	18(30,5%)

Прим.  $p < 0.01$  в сравнении с частотой и характером осложнений в контрольной группе

После проведения БППП по Ромуальди и комбинированной интаректальной БППП по Ромуальди-Ребейну в модификации Ленюшкина

(n=59), общее количество осложнений в ближайшем послеоперационном периоде составило 18(30,5%).

После выполнения БППП по Ромуальди у 22(100%) детей частота осложнений составила 22%. Инфицирование и расхождение раны отмечено у 4(18,1%), ретракция низведенной кишки у 3(13,6%), рецидив свища у 1(4,5%), некроз выведенной культи у 2(9%) и повреждение уретры у 3(13,6%) пациентов.

После проведения комбинированной интраректальной БППП по Ромуальди-Ребейну в модификации Ленюшкина у 37 (100%) детей частота осложнений составила 8,4 %. Инфицирование и расхождение раны отмечено у 2 (5,4%), некроз выведенной культи у 1 (2,7%) и повреждение уретры у 2 (5,4%) пациентов.

Статистически достоверно (22 % vs 8,4% p<0.01) в основной группе применение модифицированной комбинированной интраректальной БППП по Ромуальди-Ребейну имело большое преимущество по сравнению с частотой и характером осложнений БППП по Ромуальди в общепринятом варианте.

Также проведен анализ осложнений отдаленного послеоперационного периода после БППП (см. табл. 12).

**Таблица 12**  
**Осложнения в отдаленные сроки после операции БППП**

№	Операция	Анальная инконтиненция	Рубцовый стеноз ануса	Рецидив свища	Всего n=59(100%)
1.	БППП по Ромуальди n=22(100%)	5 (22,7%)	6 (27,3%)	2 (9,1%)	13 (22 %)
2.	Интраректальная БППП по Ромуальди-Ребейну в модификации Ленюшкина n=37(100%)	3 (8,1%)	4 (10,8%)	-	7 (11,9%)
Всего n=59(100%)		8(13,5%)	10(16,9%)	2(3,4%)	20(33,9%)

Прим. p <0.01 в сравнении с частотой и характером осложнений в контрольной группе

Основными осложнениями отдаленного послеоперационного периода явились стеноз ануса и анальная инконтиненция. После выполнения БППП по Ромуальди стеноз ануса выявлен у 6(27,3%), анальная инконтиненция у 5(22,7%) и рецидив свища у 2(9,1%) пациентов.

После проведения комбинированной интраректальной БППП по Ромуальди-Ребейну в модификации Ленюшкина у 4(10,8%) детей отмечен стеноз ануса и у пациентов 3(8,1%) анальная инконтиненция. Рецидива свища не отмечено.

Анализ частоты и характера осложнений отдаленного послеоперационного периода также показал достоверное (22 % vs 11,9% p<0,05) преимущество интраректальной БППП по Ромуальди-Ребейну в модификации Ленюшкина перед БППП по Ромуальди, что позволило уменьшить развитие осложнений на 10,1% в основной группе.

В третьей подглаве «Обсуждение результатов хирургического лечения свищевых форм АРМ в контрольной и основной группах анализа» проведен сравнительный анализ результатов лечения в контрольной и основной группах где выполнены операции общепринятыми методами ЗСАРП по Pena, Stoun-Benson, ПСАРП по Rizoly и Romualdi, а также их модификации по разработанной и внедренной нами «Программе для оценки результатов хирургического лечения низких свищевых форм аноректальных мальформаций у детей» (№ DGU 02820 от 28.10.2014г.) (См. рис. 4).



Рис. 4. Свидетельство об официальной регистрации электронной программы: «Оценка результатов хирургического лечения низких свищевых форм аноректальных мальформаций у детей» № DGU 02820. Зарегистрирована в Агентстве интеллектуальной собственности Республики Узбекистан (28.10.2014г.)

Электронная программа для оценки результатов хирургического лечения свищевых форм аноректальных мальформаций у детей основана на тщательном изучении жалоб, анамнеза, клинико-рентгенологических проявлений, а также оценки функции держания кала и качества жизни детей по шкале Rinitala R.J.(1995) и показателей сфинктерометрии после промежностной и брюшно-промежностной проктопластики (см. табл. 13,14).

**Таблица 13**  
**Оценка функции держания по шкале Rinitala после ППП и БППП общепринятыми методами операций**

Недостаточность анального сфинктера	ППП по Стоун-Бенсон n=18	ЗСАРП по Пена n=15	ПСАРП по Ризоли n=13	ППП по Соломон n=5	БППП по Ромуальди n=19
Хорошие (16-20 баллов)	16±1,45 n=6(33,3%)	17±1,07 n=7(46,7%)	16±1,37 n=4(30,8%)	16±1,07 n=3(60%)	-
Удовлетворительные (10-15 баллов)	13±2,08 n=7(38,9%)	15±1,18 n=5(33,3%)	14±1,05 n=6(46,1%)	13±1,72 n=2(40%)	11±1,18 n=12(63%)
Неудовлетворительные менее 10 баллов	7±1,65 n=5(27,8%)	7±1,66 n=3(20%)	6±1,51 n=3(23,1%)	-	8±1,65 n=7(27%)

Таблица 14

**Оценка функции держания по шкале Rinitala после ППП и БППП модифицированными методами операций**

Недостаточность анального сфинктера	Модификация Стоун-Бенсон n=27	«Миним.» ЗСАРП по Пена n=16	Модификация ПСАРП по Ризоли n=19	ППП по Соломон-Ленюшкину n=7	Интраректальная БППП по Ромуальди-Ребейну в модификации Ленюшкина n=19
Хорошие(16-20 баллов)	18±1,16 n=15(56%)	19±1,13 n=8(50%)	18±1,26 n=9(47,4%)	17±1,14 n=4(57%)	16±1,45 n=10(52,6%)
Удовлетворительные (10-15 баллов)	15±1,18 n=12(44%)	15±1,09 n=6(38%)	14±1,07 n=7(36,8%)	14±1,72 n=3(43%)	12±1,17 n=7(36,8%)
Неудовлетворительные(менее10 баллов)	-	8±1,58 n=2(12%)	7±1,31 n=3(15,8%)	-	9±1,36 n=2(10,5%)

Прим. p <0.01

Также проведен сравнительный анализ показателей сфинктерометрии в группах где выполнены операции общепринятыми методами ЗСАРП по Рена, Stoun-Benson, ПСАРП по Rizoly, ППП по Соломон и БППП по Romualdi, а также их модификации (см. табл. 15).

Для изучения результатов операций очень важное значение имеет комплексная оценка функционального состояния анального сфинктера. В связи этим нами разработана и внедрена электронная «Программа для оценки функционального состояния анального сфинктера после промежуточной проктопластики у детей» (№ DGU 02555 от 16.07.2012г.) (См. рис. 5).



Рис.5. Свидетельство об официальной регистрации электронной программы: «Оценка функционального состояния анального сфинктера после промежуточной проктопластики у детей № DGU 02555; Зарегистрирована в агентстве интеллектуальной собственности Министерства Юстиции Республики Узбекистан (16.07.2012 г.)

Для объективной оценки состояния терминального отдела толстой кишки проведено рентгенологическое обследование (ирригоскопия) с определением аноректального угла и ширины просвета кишки. Исследование с бариевой взвесью было проведено после операции у 10 детей с определением аноректального угла (АУ) и наибольшей ширины прямой кишки (максимального поперечника низведенной кишки). Величина АУ после ППП была  $115 \pm 20,3$  градуса, после БППП –  $160 \pm 27,5$ .

В четвертой подглаве «Роль и значение превентивной колостомии у детей с аноректальной мальформацией» проведен анализ зависимости результатов первично-радикальных операций при свищевых формах АРМ от одно- или двухэтапной хирургической тактики с применением превентивной колостомии у детей (см. табл. 16).

**Таблица 16**

**Распределение больных по типу колостомии и форме аноректальной мальформаций (n=154)**

Типы колостом / Форма АРМ	Контрольная группа			Основная группа		Всего n=154 (100%)
	По Гирдалде	Подвесные	Сигмастома	Раздельная двухствольная сигмастома	Дистальная сигмастома по типу Гартмана	
Вестибулярная фистула=60(100%)	2(3,3%)	3(5%)	5(8,3%)*	36(60%)	14 (23,3%)	60(38,9%)
Ректоуретральная фистула=30(100%)	2(6,7%)	3(10%)	2(6,7%)*	14(46,7%)	9(30%)	30(19,4%)
Ректовезикальная фистула=16(100%)	-	1(6%)	3(18,7%)	7(4,4%)	5(3,1%)	16(10,4%)
Ректовагинальная фистула=26(100%)	2(7,7%)	3(11,5%)	5(19,2%)	13(50%)	3(11,5%)	26(16,9%)
Н- фистула n=17(100%)	-	1(5,9%)	4(23,5%)	12(70,6%)*	-	17(11%)
Vacterl ассоциация n=5(100%)	-	-	1(20%)	3(60%)	1(20%)	5(3,2%)
Итого n=154(100%)	6(16,2%)	11(29,7%)	20(54%)	85(72,6%)	32(27,4%)	154(100%)
	37(24%)			117(76%)		

Примечание: \* - Достоверное различие в контрольной и основной группах -  $p < 0,05$ .

После ППП без превентивной колостомы осложнения наблюдались в 37,7% случаях. После БППП без предварительной стомы осложнения составили 45,9%. Тогда как после применения превентивной колостомы как до ППП, так и БППП осложнения отмечены только в 16,4% случаев.

Результаты наших исследований дают основание полагать, что при аноректальной мальформации предпочтительно формирование, либо дистальной сигмастомы по типу Гартмана с гофрированием выводимой на кожу петли, либо раздельной двухствольной сигмастомы. (Методическая рекомендация: «Выбор метода колостомии при аноректальной

мальформациях у детей» (Утверждена в Мин.Здрав., №8 н-р/585 от 17.12.2020г.). Правильно наложенные превентивные колостомы позволяют избежать не только эвагинации стомированной кишки, парастомических грыж, постоянного загрязнения и мацерации периколостомической зоны, но и главным преимуществом их является интактность путей низведения кишки и колоанального анастомоза. (№ DGU 11952 от 23.07.2021г.). (См. рис. 6).



Рис. 6. Свидетельство об официальной регистрации электронной программы: «Оценка эффективности функции превентивных колостом при определении аноректальных мальформаций у детей» № DGU 11952. Зарегистрирована в агентстве интеллектуальной собственности Министерства Юстиции Республики Узбекистан (23.07.2021г.)

В пятой подглаве : «Алгоритм выбора метода операции при свищевых формах аноректальной мальформаций у детей» на основании анализа результатов первично-радикальных операций при свищевых формах АРМ у детей представлен алгоритм выбора метода ППП и БПП ( рис. 7).

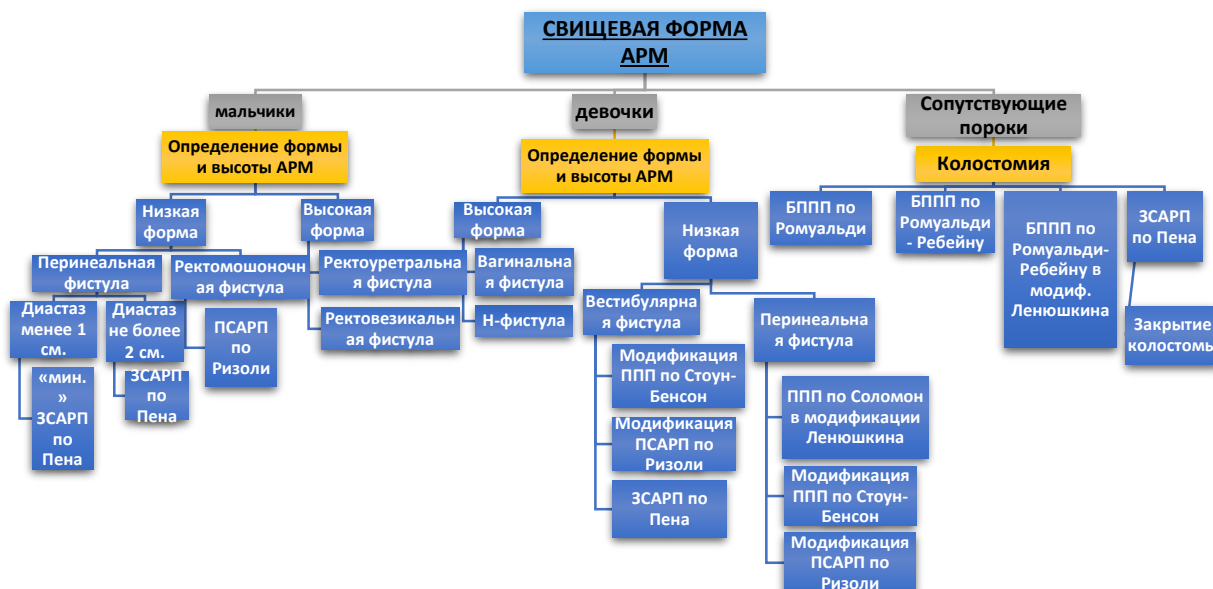


Рис. 7 Алгоритм выбора метода операции при свищевых формах аноректальной мальформаций у детей

Материалы пятой главы диссертации «Послеоперационная реабилитация детей оперированных по поводу аноректальных

**мальформаций»** позволили выяснить, что реабилитация детей с аноректальной мальформацией должна проходить на протяжении всех этапов их послеоперационного обследования и лечения. В связи с чем по результатам собственных наблюдений нами разработан и внедрен протокол послеоперационной реабилитации (Методическая рекомендация: «Реабилитационные мероприятия у детей с аноректальной мальформацией» (Утверждена в Мин.Здрав. №8 н-р/161 от 19.04.2019г.) (см. табл. 17).

**Таблица 17**

**Протокол послеоперационной реабилитации.**

Метод реабилитационной терапии	Сроки терапии				
	1-3 мес	3-6 мес	6-12 мес	1-1,5 года	Более 2 лет
Электрофорез с лидазой при стенозе ануса	-	№7-10	№7-10	№7-10	-
Ультразвуковая кавитация рубцовых зон	№7	№7	№7	-	-
Лазеротерапия; УФО	Всем в раннем послеоперационном периоде с целью профилактики вторичного заживления раны № 5-7				
Синусоидно-моделированные токи (СМТ) на перианальную зону	-	№ 10	№ 10	№ 10	№ 10
Бужирование расширителем Гегара	Начиная с 20 дня после операции ежедневно	Один раз в 2-3 дня	Контрольное бужирование 1 раз в 2-3 недели	По показаниям	По показаниям
Пальцевой массаж неоануса	После 20 дня ежедневно	ежедневно	Один раз в 2-3 дня	1 раз в неделю	1 раз в неделю
Электростимуляция сфинктера	2 раза в месяца	1 раз в месяца	1 раз в 2 месяца	Каждые 2 месяца	После повторной операции
Тренировочные клизмы. Начинать с 1% NaCl раствора и постепенно довести до 5% раствора	-	Каждые 2 месяца	Каждые 3 месяца	2 раза в год	1 раз в год
Очистительные клизмы (разработка рефлекса)	ежедневно	Утренние клизмы ежедневно	Каждые 2 месяца по 2 недели	4 раза в год	По показаниям
ЛФК+массаж рефлекторно-сегментарной зоны неоануса	-	1 раз в месяц (№ 10)	1 раз в 2 месяца (№ 10)	1 раз в три месяца (№ 10)	1 раз в год (№ 10)

Эффективность разработанного и внедрённого нами протокола этапного реабилитационного лечения детей перенесших аноректопластику, независимо от метода операции, проявилась в улучшении результатов хирургического лечения аноректальной мальформаций в виде уменьшения характера и частоты послеоперационных осложнений, сокращения сроков лечения, что отразилось на результатах реабилитационного лечения (см. табл. 18).

Таблица 18

## Результаты послеоперационного реабилитационного лечения детей с АРМ

Методы оценки	Этапы реабилитации		Stoun-Benson	ПСАРП	ЗСАРП	БППП
Сфинктерометрия	До реабилитации	В покое	12,4±1,6	13,1±1,72	12,6±1,2*	11,9±1,7*
		сокращения	27,3±1,4	8,5±1,5**	28,2±2,1*	26,7±1,7*
	После реабилитации	В покое	17,2±1,7	17,9±1,4	19,1±1,2*	17,6±1,8*
		сокращения	47,5±1,5	47,6±1,2**	48,3±1,3*	46,4±1,1*
Степень удержания	До реабилитации		*Н-2 ст.	*Н -2ст.	*Н-1 ст.	*Н-3 ст.
	После реабилитации		*Н - N	*Н - 1 ст.	*Н - N	*Н-1 ст.
Шкала Ринитала	До реабилитации		11 баллов	10 баллов	13баллов	9 баллов
	После реабилитации		16 баллов	15 баллов	17 баллов	13баллов
Анкета	До реабилитации		Удовлет.	Неудовл.	Удовлет.	Неудовл.
	После реабилитации		Хорошие	Хорошие	Хорошие	Удовлет.

Прим. Достоверное различие групп до и после реабилитации \* P<0,05\*\*, P < 0.01

Результаты оказались лучше той группе где реабилитационные мероприятия выполнялись по разработанному протоколу последовательно и в полном объеме до достижения нормального функционального состояния неануса.

Таким образом, сравнительный анализ результатов модифицированных методов ППП и БППП показал ряд преимуществ перед результатами промежуточных и брюшно-промежностных проктопластик в общепризнанном их выполнении. Применение модифицированных методов обеспечило: Улучшение результатов хирургического лечения детей низкими формами аноректальных пороков – на 30,8%; (Заключение по практическому внедрению Мин.Здрав Р.Уз. №8 н-д/122 от 22.05.2019г.). Уменьшение частоты осложнений в раннем послеоперационном периоде на 16,1%, а в отдаленные сроки на 14,7% т.е. в 2,5 раза. Сокращение сроков лечения на 14,4%; (Методические рекомендации № 8 н-р/160 от 19.04.2019г.). Сокращение расходов на лечение и реабилитацию детей в 2 раза. (Методические рекомендации №8 н-р/161 от 19.04.2019г.).

Совершенствование первично-радикальных операций при свищевых формах аноректальной мальформации у детей позволило улучшить результаты лечения, значительно сократить количество осложнений и число инвалидов, повысить экономическую эффективность, качество жизни и социальную адаптацию детей с данной патологией.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основе анализа проведенных исследований, выполненных по теме: «Совершенствование первично-радикальных операций при свищевых формах аноректальной мальформации у детей», по диссертации доктора медицинских наук (DSc), представлены следующие выводы:

1.Основными послеоперационными осложнениями первично-радикальных операций ППП, ПСАРП и ЗСАРП при АРМ у детей явились: смещение неануса кпереди (8%), ретракция кишки (6,6%), внесфинктерное низведение (6,6%) и рецидив свища (7,3%), которые обусловлены недостаточной мобилизацией передней стенки низводимой

кишки и низведением морфологически неполноценного конуса атрезированной кишки.

2. При сравнении ближайших результатов послеоперационного периода отмечено, что в контрольной группе детей после операции ЗСАРП по Пена достоверно с большей частотой отмечена ретракция низведенной кишки (18,2% v.s. 5,5%  $p < 0,05$ ). При сравнении отдаленных результатов послеоперационного периода, отмечено что в контрольной группе детей после операций ППП и БППП частота осложнения в виде анальной инконтиненции и стеноза неоануса отмечены достоверно в равных количествах (13,1% vs 12,4%  $p < 0,05$ ).

3. Применение поэтапной хирургической тактики при АРМ с наложением превентивных колостом достоверно сокращает число и тяжесть послеоперационных осложнений на 67.2% ( $p < 0,05$ ), при ППП с 37.7% до 6,6% ( $p < 0,05$ ), при БППП с 45,9% до 9,8 % ( $p < 0,05$ ). Предпочтительнее формирование терминальной сигмастомы по типу Гартмана.

4. У 79 (25,6%) пациентов с АРМ удалось обнаружить сопутствующие аномалии и пороки развития. Наиболее часто (до 30,4%) выявляемая сопутствующая патология МВС нередко приводит к тяжелым прогрессирующим структурно-функциональным изменениям. С учетом «клинической доминанты» определены выжидательная тактика и сроки первично-радикальных операций.

5. ЗСАРП выполненная «мини-доступом» позволила выделить свищ без рассечения пуборектальной мышцы, исключив захватывание в шов волокон наружного сфинктера. Модификация ПСАРП с мобилизацией преимущественно передней стенки низводимой кишки не менее чем на 4-5 см. позволила сохранить передний леватор и аноректальный угол. Преимуществом модифицированного способа Стоун-Бенсон явилось сохранение мышечных волокон наружного сфинктера,

6. Модифицированные операции (патент на изобретение № IAP 04799) основной группы позволили сократить частоту послеоперационных осложнений на 44,9% в целом, при модификации метода Стоун-Бенсон на 10,7 % ( $p < 0,05$ )., ПСАРП – на 16,2% ( $p < 0,05$ )., и ЗСАРП с «мини-доступом» – на 18%. ( $p < 0,05$ ). Углубленная демукозация атрезированного конца прямой кишки, позволила иссечь уретральные и везикальные свищи избегая оставления уретрального дивертикула и повреждения иннервации пузыря.

7. Анализ частоты и характера осложнений отдаленного послеоперационного периода в основной группе показал достоверное (22 % v.s. 11,9%  $p < 0,05$ ) преимущество интраректальной БППП по Ромуальди-Ребейну в модификации Ленюшкина перед БППП по Ромуальди.

8. Морфологический анализ структуры дистальных отделов атрезированной стенки прямой кишки и свищевого отверстия определил необходимость более значительной мобилизации (не менее 3-4см.) и низведения прямой кишки с выведением морфологически неполноценных стенок кишки за пределы вновь сформированного анального отверстия.

9. Предложенный алгоритм выбора метода операции свищевых форм АРМ основанный на результатах анализа частоты и характера осложнений в послеоперационном периоде позволяет

дифференцированно определять показания к общепринятым первично-радикальным операциям и их модификациям.

10. Отдаленные результаты лечения свищевых форм АРМ у детей определены объемом и сроками реабилитационных мероприятий, выполненных по разработанному протоколу, что улучшает результаты лечения на 30,8% (после ПСПП – на 10,8%, ЗСПП – на 16,4%, БППП – на 3,6%), сокращает сроки лечения на 14,4% и повышает качество жизни и социальную адаптацию детей с данной патологией.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/01.02.2022.Tib.147.01  
ON AWARDING OF SCIENTIFIC DEGREES AT THE NATIONAL  
PEDIATRIC MEDICAL CENTER**

---

**TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL INSTITUTE**

**NARBAEV TEMUR TURAEVICH**

**IMPROVEMENT OF PRIMARY RADICAL OPERATIONS IN  
FISTULOUS FORMS OF ANORECTAL MALFORMATION IN  
CHILDREN**

**14.00.35-Pediatric surgery**

**DISSERTATION ABSTRACT OF DOCTOR OF  
SCIENCE (DSc) ON MEDICAL SCIENCE**

**TASHKENT-2022**

**The theme of doctoral dissertation is registered at the Supreme Attestation Commission at the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan in № B 2019.3.DSc/Tib250.**

The dissertation is carried out at Tashkent pediatric medical institute

Abstract of dissertation in three languages (Uzbek, Russian and English (resume)) is placed on the web page of Scientific Council ([www.bmtm.uz](http://www.bmtm.uz)) and in information-educational portal «Ziyonet» ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

**Scientific consultant:**

**Aliev Mahmudjan Muslimovich**  
doctor of medical sciences, professor

**Official opponents:**

**Smirnov Aleksey Nikolaevich**  
doctor of medical sciences, professor (RF)

**Akilov Xabibulla Ataulloevich**  
doctor of medical sciences, professor

**Ergashev Baxtiev Berdalievich**  
doctor of medical sciences, professor

**Leading organization:**

**Kazakhstan National Medical  
University named after S.D.  
Asfendiyarov (Republic of Kazakhstan)**

The defense of the dissertation will be held on « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022 at \_\_\_\_ at the meeting of the Scientific Council DSc.04/01.02.2022.Tib.147.01 at the National pediatric medical center (Address 294 Parkent Street, 140100 Tashkent. Tel/Fax: (+99855) 503-03-66, e-mail: [ilmiy.kengash@bmtm.uz](mailto:ilmiy.kengash@bmtm.uz)).

The dissertation can be found in the Information Resource Center of the National pediatric medical center (registered under № \_\_\_\_), ( Address 294 Parkent Street, 140100 Tashkent. Tel/Fax: (+99855) 503-03-66

Abstract of dissertation sent out on « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022 year  
(mailing report № \_\_\_\_ on « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022 year)

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

**F.M. Qurbanov**  
Scientific Secretary of the Scientific Council for the Award of  
Scientific Degrees, Doctor of Philosophy (PhD)  
in Medical Sciences

**N.Sh. Ergashev**  
Chairman of the Scientific Seminar at the Scientific Council for  
the Award of Scientific Degrees, Doctor of Medical  
Sciences, professor

## INTRODUCTION (abstract of DSc dissertation)

**The purpose of the study:** Improving the results of surgical treatment of fistulous forms of anorectal malformations in children by improving the diagnosis and choosing the method of primary radical interventions.

**Research object:** 372 children with low and high fistulous forms of anorectal malformation aged from 3 months to 14 years, who were examined and treated in surgical departments of the Tashkent Pediatric Medical Institute clinic for the period from 2009 to 2021.

**The scientific novelty of the research is:**

the reasons for unsatisfactory results of perineal and abdominal-perineal proctoplasty operations in children with ARM are clarified and systematized;

the tactics of treatment of children with low and high fistula forms of anorectal malformations, taking into account concomitant malformations and developmental anomalies, has been developed;

a modified method of perineal proctoplasty for low fistulous forms of anorectal malformation has been proposed and put into practice, which allows achieving a good functional and cosmetic effect without damaging the muscle fibers of the external sphincter;

a differentiated approach to surgical tactics has been developed depending on the morphological picture of the atresized intestine, fistula and adjacent organs in anorectal malformation in children;

indications for the use of one- or two-stage operations and the need for preventive colostomy in children with anorectal malformation have been determined;

programs have been developed and registered to evaluate the results of surgical treatment and the functional state of the anal sphincter after perineal proctoplasty in children;

a protocol of postoperative rehabilitation measures aimed at reducing the number of disabled people and clarifying indications for repeated corrective interventions among children and adolescents has been developed and introduced into clinical practice.

**Introduction of research results:**

Based on the results obtained to improve primary radical operations for fistulous forms of anorectal malformation in children, methodological recommendations have been developed and approved:

"Surgical treatment of low fistulous forms of anorectal malformation in children" (reference No. 8 n-r/160 dated 04/19/2019 Ministry of Health). The results of the implementation made it possible to reduce the number of complications in the immediate and long-term postoperative period, the number of relapses and reoperations, reduce the duration of hospitalization and rehabilitation.

"Rehabilitation measures in children with anorectal malformation". (reference No. 8 n-r/161 dated 04/19/2019 of the Ministry of Health). The results obtained made it possible to reduce the level of disability and improve the quality of life of

children. Economic efficiency was manifested in reducing the length of stay and reducing the cost of treating a patient in a hospital.

"The choice of the method of colostomy in anorectal malformations in children" (reference No. 8 n-r/585 of 17.12.2020 of the Ministry of Health). The increase in the effectiveness of colostomy was confirmed by a 3-fold decrease in the number of complications, normalization of the function of the reduced intestine in a short time, the absence of relapses and re-operations compared to children who had to undergo operations without pre-stomy, which contributed to a reduction in the number of bed days by an average of 5.0 days.

The results of research aimed at improving primary radical operations for anorectal malformations in children were introduced into practical healthcare, including clinical practice, of the Karakalpak Republican Children's Multidisciplinary Medical Center of Nukus, GKDHB No. 2. Tashkent (reference No. 8 n-d/122 of the Ministry of Health dated 22.05.2019), Andijan regional Children's Multidisciplinary Medical Center (reference No. 305 of the Ministry of Health dated 28.10.2020).

**The structure and scope of the dissertation.** The structure of the dissertation consists of an introduction, five chapters, conclusions, conclusions, practical recommendations and a list of references. The volume of the dissertation was 184 pages.

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

**I бўлим (I часть; I part)**

1. Алиев М. М., Нарбаев Т. Т. Двухмоментная анопластика у детей с аноректальной мальформацией. //Журнал «Вестник экстренной медицины». Научно-практический журнал. Ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана. г.Ташкент №3 2009 г. Стр.34-36 (14.00.00. № 11).
2. Алиев М. М., Нарбаев Т. Т., Юлдашев А.Ю., Гришаев В.В. Морфологическая характеристика аноректальных мальформаций у детей. //Журнал Проблемы биологии и медицины Самарканд № 2 (61) 2010 г. Стр.19-22 (14.00.00. № 19).
3. Алиев М. М., Тураева Н. Н., Нарбаев Т. Т., Теребаев Б. А. «Результаты первично-радикальной коррекции детей с аноректальной мальформацией» Научно-практический журнал Педиатрия №1-2 Ташкент-2012 г. Стр. 60-63 (14.00.00. № 16).
4. Алиев М. М., Тураева Н. Н., Теребаев Б. А., Нарбаев Т. Т. Новый День в Медицине. Послеоперационная реабилитация детей с аноректальными пороками развития. Научно-реферативный журнал Новый День в Медицине №4 2014(8) Ташкент стр. 24-28 (14.00.00. № 22).
5. Алиев М. М., Нарбаев Т. Т., Тураева Н. Н., Теребаев Б. А. Модифицированная промежностная проктопластика по Стоун-Бенсону при низких формах аноректальной мальформации у детей. Научно-практический журнал Хирургия Узбекистана. 2016;(2) стр.13–18 (14.00.00.№ 9).
6. Алиев М. М., Нарбаев Т. Т., Тураева Н. Н., Чулиев М. С., Насыров М. М. Выбор метода и уровня колостомы у детей с болезнью Гиршпрунга и аноректальной мальформацией. Журнал Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. 2016;(2):стр.95–99 (14.00.00. № 17).
7. Алиев М. М., Нарбаев Т. Т., Тураева Н. Н., Тилавов У.Х., Носиров М.М. Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения свищевых форм аноректальной мальформаций у детей. Медицинский журнал Узбекистана. 2016; (6):стр.53–55 (14.00.00. № 8).
8. Алиев М. М., Нарбаев Т. Т., Джалалов М.Д., Холметов Ш.Ш. Сопутствующие аномалии и пороки развития при аноректальной мальформации у детей. Научно-практический журнал Педиатрия №3 2017 стр. 6-9 (14.00.00. № 16).
9. Narbayev T. T., Tilavov U. Kh., Turaeva N. N., Terebaev B. A., Chuliev M.S., Nasirov M.M. Modified Stone Benson's Perineal Proctoplastics in Low Forms of Anorectal Malformation in Children. J. American Journal of Medicine and Medical Sciences. 2018; 8(4):66–70 (14.00.00. № 2).
10. Narbayev T. T., Tilavov U. Kh., Turaeva N. N., Terebaev B. A., Arifdjanova J.F., Yuldasheva N.D., Nasirov M.M. «Rehabilitation of Children with Anorectal

Malformations. J. Progressing Aspects In Pediatrics And Neonatology USA». 2018, ISSN: 2637-47221(5):1–5, P. 16-20 (14.00.00).

11. Нарбаев Т. Т., Алиев М. М., Тураева Н.Н. Результаты хирургического лечения аноректальной мальформации у детей. Медицинский научно-инновационный журнал Евразийский вестник педиатрии 2019 1(1) стр.136-143(14.00.00. №2).

12. Нарбаев Т. Т., Алиев М. М., Особенности колостомии при аноректальной мальформациях у грудных детей. Журнал Теоретической и клинической медицины №5 2019 стр. 191-194 (14.00.00. № 3).

13. Алиев М. М., Разумовский А. Ю., Нарбаев Т. Т. Модифицированный способ промежностной проктопластики при аноректальной мальформации у детей. Журнал «Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии». РФ г.Москва 2019; 9(3):33–42.( 14.00.00. № 121).

14. Narbaev T.T. Vacterl anomalies with anorectal malformations // European Journal of Molecular & Clinical Medicine, 2020, Volume 07, Issue 02, December 2020 4827-4834, (14.00.00). (**Scopus-0,6**).

15. Нарбаев Т.Т., Бозоров Ш.Т., Юлдашев М.А. Болаларда аноректал мальформацияларни жаррохлик йўли билан даволаш асоратларида колостомия ўрнатиш Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp.92-97 (14.00.00. № 24).

16. Нарбаев Т.Т., Алиев М.М. Юлдашев А.Ю., Тураева Ж.Т. Морфологические критерии хирургического лечения аноректальной мальформаций у детей. Журнал «Хирургии им. Н.И. Пирогова, РФ г.Москва 2021; 9(3):33–42.(14.00.00.№151). (**Scopus-0,4, Web of Science**).

17. Temur T. Narbaev; Mahmud M. Aliev; Shovkat T. Bozorov; Jasmin T. Turaeva; Muzaffar A. Yuldashev Results of Colostomy Use in Children with Anorectal Malformation Journal Revista geintec-gestao inovacao e tecnologias vol. 11 no. 2 (2021)17-28. (14.00.00) (**Web of Science**).

## II бўлим (II часть; II part)

18. Нарбаев Т. Т., Тураева Н. Н., Теребаев Б. А. Совершенствование промежностной проктопластики у детей с аноректальной мальформацией. II Центрально-Азиатская конференция по пластической хирургии «Актуальные проблемы пластической хирургии» Сборник тезисов. 12-14 май 2010 г. г.Ташкент Стр.118-119.

19. Алиев М. М., Тураева Н. Н., Нарбаев Т. Т., Теребаев Б. А., Халиков А.Э. Сравнительная характеристика результатов первично-радикальных операций у детей с низкими свищевыми формами аноректальной мальформации у детей. Сборник тезисов II съезда детских хирургов Республики Узбекистан. 5-6-октября 2011 г. г.Ташкент Стр.60-62.

20. Алиев М. М., Нарбаев Т. Т., Тураева Н. Н., Теребаев Б. А. Характеристика ранних и поздних осложнений проктопластик у детей с аноректальной мальформацией. Сборник Материалов XIX Конгресса детских

гастроэнтерологов России и стран СНГ. «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». Москва 2012 г. Стр. 209-211.

21. Алиев М. М., Тураева Н. Н., Нарбаев Т. Т., Теребаев Б. А. Функциональная оценка промежуточных проктопластик у детей с аноректальной мальформацией. Материалы Научно-практической конференции «Новые технологии в детской хирургии, урологии, анестезиологии и реаниматологии». Журнал Проблемы биологии и медицины 3-4 сентябрь 2012 г. №3(70) Самарканд Стр-7-8.

22. Aliev M. M., Narbayev T. T., Turaeva N. N., Terebaev B. A. Early and complications of proctoplasty in children with low anorectal type of malformation. International congress of Pediatrics . The 27th Congress of the International Pediatrics Association. 24–29 august 2013; Melbourne, Australia p. 665–666.

23. Aliev M. M., Narbayev T. T., Turaeva N. N., Terebaev B. A. Comparion of rectoplasty in girls with lower form of anorectal malformation. WOFAPS 2013; Berlin 12–16 October 21/8 p.

24. Алиев М.М., Тураева Н.Н., Теребаев Б.А., Тилавов У.Х., Нарбаев Т.Т. Повторно-корректирующие операции при низких свищевых формах аноректальной мальформации у детей. Научно-практический журнал Педиатрии и детской хирургии Таджикистана г. Душанбе №1(21) 2014 стр. 26-32.

25. Алиев М. М., Нарбаев Т. Т., Тураева Н. Н. Модификация операции Stoune-Venson у детей с низкими формами аноректальной мальформации “Современные технологии диагностики и лечения в детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии” Научно-практическая конференция Андижан 25-26 апрель 2014, стр.175-176.

26. Нарбаев Т. Т., Тураева Н. Н., Теребаев Б. А., Чулиев М.С. Морфологическая картина аноректальных мальформаций у детей. Современная педиатрия: актуальные задачи и пути их решения. Республиканская научно-практическая конференция. Ташкент 20 ноябрь 2015 г. Стр.182-183.

27. Тураева Н. Н., Алиев М. М., Теребаев Б. А., Нарбаев Т. Т. Сравнительная оценка результатов хирургического лечения низких свищевых форм аноректальной мальформации у детей. Современная педиатрия: актуальные задачи и пути их решения. Республиканская научно-практическая конференция. Ташкент 20 ноябрь 2015 г. Стр.235-236.

28. Нарбаев Т. Т., Тураева Н. Н., Холметов Ш.Ш., Расулов М.М. Анализ послеоперационных осложнений у детей с аноректальной мальформацией. Современная педиатрия: актуальные задачи и пути их решения. Республиканская научно-практическая конференция. Ташкент 20 ноябрь 2015 г.Стр.182-183.

29. Алиев М.М., Нарбаев Т. Т., Тураева Н.Н., Тилавов У.Х., Абдукодиров О.А. Модификация операции Стоун-Бенсона при низких формах аноректальной мальформации у детей. Журнал Хирургия Узбекистана № 3 2016 г.Стр.7-8.

30. Нарбаев Т. Т., Нарбаев Т. Т., Тураева Н. Н., Теребаев Б. А. Тактика колостомии при высокой формах аноректальной мальформаций у детей. V Республиканская научно-практическая конференция с международным

участием «Актуальные вопросы детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии» 10-11 ноябрь 2017 Ташкент Стр-19.

31. Нарбаев Т. Т., Тураева Н. Н., Теребаев Б. А. Особенности лечения при высокой формах аноректальной мальформаций у детей. V Республиканская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии» 10-11 ноябрь 2017 Ташкент Стр-19-20.

32. Нарбаев Т.Т., Алиев М.М., Тураева Н.Н., Тилавов У.Х. Уринарные фистулы у детей с аноректальной мальформациями. Международная научно-практическая онлайн конференция: “Анестезия и интенсивная терапия в педиатрии и детской хирургии” 1 июнь 2020 г. Ташкент Стр-18-20.

33. Нарбаев Т.Т., Алиев М.М., Тураева Ж.Т. Морфологические критерии выбора методов хирургического лечения аноректальных мальформаций у детей. Международная онлайн конференция: “Современные аспекты диагностики и лечения хирургических заболеваний у детей. 25 сентябрь 2020 г. Ташкент Стр-72-74.

34. Narbaev T.T., Nosirov A.A., Terebaev B.A., Turaeva N.N., Tilavov U.K., Bayakhmedov F.F., Sobitov I.Z. Assessment of the State of the Rectal Sphincter Apparatus in Anal Incontinence in Children after Surgery. // Journal of Advanced Medical and Dental Sciences. Research. 2020;8 (9):6973.2.

35. Нарбаев Т.Т., Алиев М.М., Тураева Ж.Т. Сопутствующие аномалии мочевыделительной системы у детей с аноректальными мальформациями. Научная конференция с международным участием “Актуальные проблемы детской нефрологии” Ташкент 5 февраль 2021 г.Стр. 66-67.

36. Нарбаев Т.Т., Тураева Ж.Т. Опыт применения новой методики операции при аноректальной мальформациях у детей. Proceedings of the multi-disciplinary scientific-practical conference, International scientific forum. Tashkent. Uzbekistan. 22.06.2022/1008-1011.

37. Нарбаев Т.Т., Тураева Ж.Т., «Особенности лечения уринарных мальформаций при сопутствующих аномалиях и пороках развития у детей Scientific collection «interconf» I-International Scientific and Practical Conference Science in the environment of rapid changes. September 6-8, 2022 Brussels, Belgium; №123,Р. 217-225.

38. Алиев М.М., Тураева Н.Н., Нарбаев Т.Т., Теребаев Б.А. Прикладной грант: АДСС-30.6 «Оптимизация хирургического лечения и реабилитации детей с низкими свищевыми формами аноректальных пороков развития». VI Республиканская ярмарка инновационных идей, технологий и проектов. Стр. 175-176 (2012-2014гг.).

39. Алиев М. М., Нарбаев Т. Т. «Хирургическое лечение низких свищевых форм аноректальной мальформации у детей». Методическая рекомендация; 21 стр. Ташкент 2019 г. (утверждено в Министерстве здравоохранения №8 н-р/160 от 19.04.2019г.) Стр.1-21.

40. Алиев М. М., Нарбаев Т.Т. «Реабилитационные мероприятия у детей с аноректальной мальформацией». Методическая рекомендация; 32 стр. г.

Ташкент 2019 г. (утверждено в Министерстве здравоохранения №8 н-р/161 от 19.04.2019 г.) Стр.1-32.

41. Бозоров Ш.Т., Алиев М. М., Нарбаев Т.Т. «Выбор метода колостомии при аноректальной мальформациях у детей». Методическая рекомендация; г.Ташкент 2020 г. (утверждено в Министерстве здравоохранения №8 н-р/585 от 17.12.2020 г.)

42. Алиев М. М., Тураева Н. Н., Нарбаев Т. Т., Теребаев Б. А. Свидетельство об официальной регистрации электронной программы № DGU 02555. «Программа для оценки функционального состояния анального сфинктера после промежуточной проктопластики у детей». Зарегистрирован в Государственном реестре программ для электронно-вычислительных машин Республики Узбекистан в г. Ташкенте (16.07.2012г.).

43. Алиев М. М., Тураева Н. Н., Саъдуллаев М.С., Оллабергенов О.Т. Нарбаев Т. Т., Теребаев Б. А. Патент на изобретение № IAP 04799. «Способ хирургического лечения атрезии анального отверстия с ректовестибулярным свищём у детей». Зарегистрирован в Государственном реестре изобретений Республики Узбекистан в г. Ташкенте (17.12.2013 г.).

44. Алиев М. М., Тураева Н. Н., Теребаев Б. А., Нарбаев Т. Т. Свидетельство об официальной регистрации электронной программы № DGU 02820. «Программа для оценки результатов хирургического лечения низких свищевых форм аноректальных мальформаций у детей». Зарегистрирован в Государственном реестре программ для электронно-вычислительных машин Республики Узбекистан в г. Ташкенте (28.10.2014 г.).

45. Бозоров Ш.Т., Алиев М.М., Гафуров А.А., Нарбаев Т.Т. Свидетельство об официальной регистрации электронной программы № DGU 11952. «Программы оценки эффективности функции превентивных колостом при определении аноректальных мальформаций у детей». Зарегистрирован в агентстве интеллектуальной собственности Министерства Юстиции Республики Узбекистан (23.07.2021г.).

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси» журнали таҳририясида таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларида матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

Босишга рухсат этилди: 09.12.2022 йил  
Бичими 60x84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>. «Times New Roman»  
гарнитурда рақамли босма усулда чоп этилди.  
Шартли босма табағи 5. Адади 100. Буюртма № 269

“Fan va ta’lim poligraf” MChJ босмахонасида чоп этилди.  
Тошкент шаҳри, Дўрмон йўли кўчаси, 24-уй.