

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

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

САГИРАЕВ НОДИР ЖУМАКУЛОВИЧ

**БОЛАЛАРДА ҚИЗИЛЎНГАЧ КУЙИШИНИ ДАВОЛАШДА
ХИРУРГИК ТАКТИКА**

14.00.35-Болалар хирургияси

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

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Сагираев Нодир Жумакулович Болаларда қизилўнгач куйишини даволашда хирургик тактика.....	3
Сагираев Нодир Жумакулович Хирургическая тактика лечения ожогов пищевода у детей.....	27
Sagiraev Nodir Jumakulovich Surgical treatment tactics Burns of the esophagus in children.....	51
Эълон қилинган ишлар рўйхати Список опубликованных работ List of published works.....	55

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

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

САГИРАЕВ НОДИР ЖУМАКУЛОВИЧ

**БОЛАЛАРДА ҚИЗИЛЎНГАЧ КУЙИШИНИ ДАВОЛАШДА
ХИРУРГИК ТАКТИКА**

14.00.35-Болалар хирургияси

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

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2022.4.PhD/Tib3231 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Самарқанд давлат тиббиёт университетида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифасида (www.sammu.uz) ва «ZiyoNet» Ахборот таълим порталида (www.ziynet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:

Шамсиев Азамат Мухитдинович
Тиббиёт фанлари доктори, профессор.

Расмий оппонентлар:

Подкаменев Алексей Владимирович
тиббиёт фанлари доктори, профессор.

Ахмедов Юсуф Махмудович
тиббиёт фанлари доктори, профессор.

Етакчи ташкилот:

Киров давлат тиббиёт университети

Диссертация ҳимояси Самарқанд давлат тиббиёт университети ҳузуридаги илмий даражалар берувчи DSc.04/30.12.2019.Tib/102/01 рақамли Илмий кенгашнинг 2024 йил «--»-- куни соат --:-- даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: Самарқанд шаҳри, М.Улуғбек кўчаси, 70А- уй, СамДТУ ихтисослаштирилган болалар хирургик клиникаси, Тел/факс: 0(366)-233-58-92, 233- 79-03, e-mail: shodikulovagulandom@mail.ru).

Диссертация билан Самарқанд давлат тиббиёт университети Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (№ ---- рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 140100, Самарқанд ш., Амир Темура кўчаси 18. Тел./факс: (99866) 233 -07-66).

Диссертация автореферати 2024-йил «» ой куни тарқатилди.

(2024-йил «_» _____даги рақамли реестр баённомаси).

Н.М. Шавази

Илмий даражалар бериш бўйича илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Г.З. Шодиқулова

Илмий даражалар бериш бўйича илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Ж.О. Атакулов

Илмий даражалар бериш бўйича илмий кенгаш ҳузуридаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертациясининг автореферати)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурияти. Дунёда болаларда қизилўнгачнинг куйиши болалар жарроҳлигининг долзарб муаммоси бўлиб қолмоқда. Сўнгги йиллардаги адабий манбалар маълумотларига кўра, "болаларда қизилўнгачнинг куйиши касалликнинг юқори частотаси, оғир даражада кечиши, жиддий асоратлар кузатилиши, даволанишнинг мураккаблиги ва ўлимнинг юқори даражаси билан боғлиқлик бўлиб, унинг учраши 2% дан 15% гача ва ўлим даражаси 9 дан 23% гача фарқланиб туради"¹. Шу билан бирга, болаларда қизилўнгач куйишини диагностика ва жарроҳлик тактикасининг энг мақбул усуллари танлаш, уларни қўллашнинг оптимал вақтини белгилаш, қизилўнгачнинг оғир чандиқли стенози пайдо бўлишини олдини олиш ҳамда даволаш натижаларини яхшилаш болалар жарроҳлиги амалиётида ечими топилиши зарур бўлган муаммо ҳисобланади.

Жаҳон миқёсида болаларда қизилўнгачнинг куйиши билан касалланган беморларни комплекс ташхислаш ва даволашни такомиллаштириш мақсадида кўплаб тадқиқотлар олиб борилмоқда. Сўнгги йилларда чиқинди қувурлари ва юзаларини тозалаш учун каустик ишқорлардан келиб чиққан қизилўнгачнинг оғир куйишининг улуши ортиб бормоқда, бу касалликнинг клиник йўналишини ўзгартиришга олиб келмоқда. Бу борада болаларда қизилўнгачнинг куйиши диагностикаси ва жарроҳлик тактикасини танлаш, куйишдан кейинги чандиқли торайишини даволашнинг узоқ натижаларини таҳлил қилиш, қизилўнгачнинг ўтказувчанлигини тиклаш учун бужлаш усуллари билан даволашни оптималлаштириш ва беморларни олиб бориш тактикасини ишлаб чиқишга қаратилган илмий тадқиқотларни олиб бориш муҳим аҳамият касб этмоқда.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизими олдида аҳолига кўрсатилаётган тиббий хизматлар сифатини ошириш ҳамда жаҳон андозаларига мослаштириш, жумладан болалар ва ўсмирлар саломатлигини сақлаш, уларда учрайдиган касалликларни эрта ташхислаш ва асоратларини камайтиришга қаратилган қатор вазифалар юклатилган. Бу борада соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича «мамлакатимизда аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва оммабоплигини ошириш, шунингдек, касалликларни эрта ташхислаш ва даволашнинг юқори технологик усуллари жорий қилиш, патронаж хизматини яратиш, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва касалликларни олдини олиш ва самарали ташхислаш...»² каби вазифалар белгиланган. Ушбу вазифалардан келиб чиққан ҳолда, болаларда қизилўнгачнинг куйиш частотасини ёшига, травматик восита турига, касалликнинг давомийлигига, шикастланиш даражасига қараб ўрганиш,

¹ Бельмер С.В., Разумовский А.Ю., Хавкин А. И. / Детская гастроэнтерология // Национальное руководство / Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 864 с. — (Серия «Национальные руководства»).

² Ўзбекистон Республикаси Президентининг Фармони «2022—2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида»

касалликнинг давомийлиги, кимёвий восита тури ва шикастланишнинг оғирлигига қараб болаларда қизилўнгач куйишини жарроҳлик йўли билан даволашнинг янги усули ва тактикасини ишлаб чиқиш, ташхислашда мукамаллаштирилган замонавий текшириш усулларида фойдаланиш ва самарали даволашни амалга ошириш, профилактик чораларни кучайтириш натижасида келиб чиқадиган асоратларни олдини олиш ва ўлим кўрсаткичини камайтириш имконини беради.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон “2022-2026 йилларга мўлжалланган янги ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида”, 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон “Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида”ги фармонлари, 2021 йил 29 июлдаги ПҚ-5199-сон “Соғлиқни сақлаш соҳасида ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги Қарори ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотларнинг республика фан ва технологияларини ривожлантиришнинг устувор йўналишларига боғлиқлиги. Тадқиқот иши Республикамизда фан ва технологиялар ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишларига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Қизилўнгач куйиши билан оғриган беморларни даволаш самарадорлигини ўрганиш, диагностика усуллари ва оптимал жарроҳлик тактикасини ишлаб чиқиш, шунингдек, оғир асоратларни олдини олиш учун профилактика чораларини амалга ошириш ушбу соҳадаги муҳим тадқиқот йўналишларидан биридир. Адабий манбаларга кўра, кимёвий куйишлар болалик даврида қизилўнгач касалликлари орасида биринчи ўринда туради. 1-3 ёшдаги болалар кўпроқ азоб чекишади. Қизилўнгачнинг кимёвий куйиши туфайли чандиқли торайиши 4 дан 74% гача ўзгариб туради. Боланинг танасига каустик моддаларни киритиш беморнинг ўлимига олиб келиши мумкин бўлган хавфли ҳолатдир. Жаҳон адабиёти маълумотларига кўра, қизилўнгачнинг кимёвий куйишидан ўлим даражаси 2 дан 15% гача. Бу ютиниш билан боғлиқ муаммоларга олиб келиши мумкин, жиддий асоратларга таҳдид солади ва умуман ҳаёт сифатига салбий таъсир қилади. Касалликнинг клиник кўринишлари маълум даражада боланинг ёшига, куйдирувчи модданинг табиатига, касалликнинг давомийлигига ва бошқа омилларга боғлиқ. Chirica M. (2017) ва Contini S. (2013) маълумотларига кўра, клиник аломатлар ҳар доим ҳам қизилўнгачнинг шикастланиш даражаси билан боғлиқ эмас; оғиз шикастланишининг йўқлиги ошқозон-ичак трактининг ҳаёт учун хавфли зарарланишини истисно этмайди. S.A. Zargar (1991) томонидан таклиф қилинган қизилўнгачнинг куйиш шикастланишининг эндоскопик таснифи энг кўп қўлланилади. Қизилўнгачнинг чандиқланиши энг кенг тарқалган ва ногиронликка олиб келадиган кимёвий куйишнинг узоқ муддатли асоратидир. Эндоскопия ва контрастли рентгенография

қизилўнғачнинг торайишини ташхислашнинг асосий воситасидир. Қизилўнғачнинг куйиш шикастланишини ўз вақтида ва етарли даражада даволаш касалликнинг натижасини белгиловчи энг муҳим омил ҳисобланади.

Ҳозирги вақтда қизилўнғачнинг чандиқли торайиши учун дилататсия терапиясининг турли усуллари мавжуд, улар орасида: кўр-кўрона бужлаш, гастростомия ип орқали бужлаш ва ўтказгич тор орқали бужлаш билан. Куйишдан кейинги стриктураларни бузишда даҳшатли асоратнинг пайдо бўлиши - қизилўнғачнинг перфорацияси 1-10,3% ҳолларда учрайди (А.Н.Игнатюк, А.С.Карпицкий, 2021). Агар кенгайтирувчи даволаш усули узок вақт давомида самарасиз бўлса, ингичка ёки йўғон ичак ёрдамида қизилўнғач пластикаси қўлланилади. Шу билан бирга, қизилўнғачдаги пластик жарроҳлик анастомоз ва ундан кейинги чандиқ стенози, анастомоз етишмовчилиги, трансплантатсия ишемияси, йирингли асоратлар, моторикани бузилиши ва бошқалар каби асоратларни ривожланиш хавфи билан боғлиқ.

Адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, ҳозирги вақтда қизилўнғачнинг куйиши бўлган беморларда терапевтик ва диагностик ёрдамни танлаш ҳал қилинмаган муаммо бўлиб қолмоқда. Шу муносабат билан эндоскопик диагностика мезонларини ва касалликнинг оғирлигига қараб жарроҳлик даволаш тактикасини қайта кўриб чиқиш зарурати туғилади, бу эса жиддий асоратларнинг олдини олишга имкон беради. Шундай қилиб, ҳозирги вақтда коррозив моддалар таъсирида қизилўнғач шикастланган беморларда диагностик даволаш режаси долзарб ва ҳал қилинмаган муаммодир. Шу муносабат билан ушбу тоифадаги беморларни ташхислаш ва жарроҳлик даволашнинг янги усулларини такомиллаштириш ва ишлаб чиқиш зарур.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий ўқув юртининг илмий тадқиқот режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Самарқанд Давлат тиббиёт университети илмий тадқиқот ишлари режасига мувофиқ, № ПЗ 01980006703-сонли «Диагностика, даволаш ва олдини олишнинг замонавий усулларини ишлаб чиқиш» (2019-2024) мавзуси доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади болаларда қизилўнғач куйиши диагностикаси ва жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш орқали даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

болаларда қизилўнғачнинг куйиш частотасини ёшига, травматик восита турига, касалликнинг давомийлигига, шикастланиш даражасига қараб ўрганиш;

клиник ва инструментал тадқиқот усуллари ёрдамида қизилўнғач шикастланишларининг оғирлик даражасига ва уларнинг пайдо бўлиши ютилган коррозив модда турига боғлиқлигини аниқлаш;

диагностика ва жарроҳлик даволаш тактикасини оптималлаштириш учун қизилўнгач куйишини анъанавий даволаш натижаларини ретроспектив таҳлил қилиш;

касалликнинг давомийлиги, кимёвий восита тури ва шикастланишнинг оғирлигига қараб болаларда қизилўнгач куйишини жарроҳлик йўли билан даволашнинг янги усули ва тактикасини ишлаб чиқиш;

анъанавий даволаш усуллари билан қизилўнгач куйишини жарроҳлик даволаш учун клиникада таклиф қилинган янги диагностика усули ва тактикасининг самарадорлигини баҳолаш.

Тадқиқотнинг объекти 1992 йилдан 2022 йилгача бўлган даврда СамДТУ Ихтисослаштирилган болалар жарроҳлик клиникасида (бош шифокор профессор Ж.А. Шамсиев) даволанган турли даражадаги қизилўнгач куйиши бўлган 274 нафар бемор болалар олинган.

Тадқиқотнинг предметини умумий клиник, лаборатория, биокимёвий тадқиқотлар учун олинган беморларнинг переферик қони ва кон зардобини, эндоскопик манипулятсия протоколлари ташкил этган.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотда умумий клиник, лаборотор, биокимёвий, инструментал, эндоскопик, радиатсион ва статистик тадқиқот усулларидадан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги куйидагилардан иборат:

илк бор, ўттиз йиллик клиник кузатув даврида қизилўнгач куйиши билан оғриган беморларни даволаш таҳлили асосида болаларда қизилўнгачнинг куйиши ёши, травматик восита тури, касалликнинг давомийлиги ва шикастланишнинг оғирлигига қараб аниқланди;

кимёвий воситаларининг тури ва хусусиятлари қизилўнгач шикастланишининг оғирлигига сезиларли таъсир кўрсатиши аниқланди. Кимёвий моддалар орасида ўювчи ишқорлар энг агрессив модда эканлиги исботланган, улар беморнинг организмига таъсир қилганда учинчи даражали оғир куйишлар ривожланиш эҳтимоли сезиларли даражада ошади. Сўнгги йилларда маиший кимёвий воситалардан фойдаланишнинг кўпайиши муносабати билан кислоталарга нисбатан гидроксидли ишқорлардан келиб чиққан қизилўнгач куйиши ҳолатларининг кескин ўсиши аниқланди;

биринчи даражали болаларда қизилўнгачнинг куйиши 22,5% ҳолларда 3-4 кун давомида реаниматсия бўлимида интенсив терапияни талаб қиладиган ҳалқум куйиши билан кечиши аниқланди. Биринчи даражали қизилўнгачнинг куйиши билан оғриган беморларнинг қолган қисми махсус даволанишга муҳтож эмас;

динамикадаги эндоскопик тадқиқотлар касалликнинг иккинчи ва учинчи ҳафталарида қизилўнгачнинг иккинчи даражали куйиши ташҳисини қўйишга имкон беради, бу эса бужлаш билан даволанишга муҳтож эмаслиги аниқланди;

қизилўнгачнинг 3-даражали куйишлар оғир стенозлари бўлганда кўр бужлаш паст самарадорлиги исботлади, унда қизилўнгачнинг перфорацияси

пайдо бўлиши билан боғлиқ медиастинит, плеврит, бўйин флегмонаси шаклида жиддий асоратлар ривожланиши мумкин;

илк бор қизилўнгачнинг учинчи даражали куйишларини даволашнинг янги тавсия этилган диагностикаси ва жарроҳлик тактикасининг юқори самарадорлиги аниқланди, йўналтирувчи тор орқали бужлашдан фойдаланган ҳолда бужлаш билан даволаш натижаларини сезиларли даражада яхшилади, қизилўнгач тешилиш частотасини ва гастростомия операцияси ип ёрдамида бужлаш сонини камайтиради;

илк бор таклиф қилинган даволаш-диагностика комплекси касалликнинг давомийлигига қараб болаларда қизилўнгач куйиши учун юқори самарадорлиги, кимёвий восита тури ва патологик ўзгаришларнинг оғирлиги, яхши ва қониқарли натижалар частотасини оширишга имкон беради, қониқарсиз натижалар сонини сезиларли даражада камайтиради ва беморларнинг касалхонада қолиш муддатини сезиларли даражада қисқартириши исботланди;

Тадқиқотнинг амалий янгилиги қуйидагилардан иборат:

термик куйиш билан солиштирганда кимёвий куйишларнинг сезиларли сони кўплиги аниқланди. Учинчи даражали қизилўнгач куйиши кўпинча ишқорий кимёвий куйишларда ривожланади. Кўпинча қизилўнгач кимёвий куйиши ҳолатлари 1-3 ёшли болалар азият чекади;

маълум бўлишича, қизилўнгачнинг биринчи даражали кимёвий куйиши 22,5% ҳолларда ҳалқумнинг куйиши билан бирга келади. Бундай ҳолатлар реанимация бўлимида 3-4 кун давомида интенсив терапияни талаб қилади. Қолган қизилўнгачнинг биринчи даражали куйиши билан беморлар махсус даволанишга муҳтож эмас;

қизилўнгачнинг 2-3 даражали куйишларини даволашда жарроҳлик тактикаси шикастланишнинг давомийлиги, зарарланишнинг оғирлиги, кимёвий восита тури ва патологик ўзгаришлар даражасига боғлиқлиги аниқланган;

динамикада эндоскопик тадқиқотлар дастлабки 2-3 ҳафта ичида қизилўнгачнинг иккинчи даражали куйиши ташхисини қўйиш имконини беради, бу эса бужлаш билан даволашни талаб қилмайди. Учинчи даражали қизилўнгач куйиши турли хил дилатация муолажаларини талаб қилади;

қизилўнгачнинг оғир 3-даражали стенозли куйишларида кўр бужлаш усули паст самарадорли ва хавфсиз эмаслиги, қизилўнгачнинг тешилиши шаклида жиддий асоратлар пайдо бўлиши ва гастростомия операциясининг ип билан бужлаш юқори частотаси исботланган;

қизилўнгачнинг учинчи даражали куйишларини даволашнинг янги тавсия этилган диагностика ва жарроҳлик тактикасининг юқори самарадорлиги аниқланди, бу эса йўналтирувчи тор ёрдамида бужлаш билан даволаш натижаларини сезиларли даражада яхшилади, қизилўнгач тешилиш частотасини ва гастростомия операциялари ип ёрдамида бужлаш сонини камайтирди;

болаларда қизилўнгач куйишлари учун касалликнинг давомийлиги, кимёвий восита тури, патологик ўзгаришлар даражасига қараб, диагностика

ва даволаш мажмуаси клиник амалиётга жорий этилди, бу эса яхши ва қониқарли натижалар частотасини оширишга, қониқарсиз натижалар сонини камайтиришга, шунингдек, беморларнинг касалхонада қолиш муддатини сезиларли даражада қисқартиришга имкон беради.

Тадқиқот натижаларининг ишончилиги. Тадқиқотда қўлланилган назарий ёндашувлар ва усуллар, олиб борилган тадқиқотларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, етарли даражада беморлар сони танланганлиги, қўлланилган усулларнинг замонавийлиги, уларнинг бири иккинчисини тўлдирадиган клиник-лаборатор, инструментал, жарроҳлик ва статистик тадқиқот усуллари ҚК билан оғриган болаларни даволашга қаратилган чора тадбирларнинг ўзига хослиги ҳалқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққослангани, хулоса, олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти, ўттиз йил давомида қизилўнгач куйиши билан оғриган болаларнинг клиник кузатувларини ретроспектив таҳлил қилиш асосида касалликнинг келиб чиқиши ва кечиши беморнинг ёшига, куйдирувчи воситанинг турига, давомийлиги ва оғирлигига боғлиқлиги аниқланган ҳамда жарроҳлик йўли билан даволашнинг янги тактикаси йўналтирувчи тор ёрдамида эрта бужлашдан фойдаланиш натижаси гастростомия жарроҳлик амалиёти сонини камайтириш ва қизилўнгач тешилишининг олдини олиши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти, қизилўнгачнинг биринчи даражали куйиши бўлган болаларга махсус жарроҳлик даволаш керак эмаслиги ва қизилўнгачнинг иккинчи даражали кимёвий шикастланиши бўлган беморларда бужлашдан воз кечиш кераклиги, йўналтирувчи тор орқали буждан фойдаланган ҳолда бужлаш яхши ва қониқарли натижаларга эришилганлиги туфайли гастростомия ип орқали буж қўллашдан воз кечишга имкон бериши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларини жорий қилиниши Илмий тадқиқот натижалари 2023 йил 28 июлдаги 45-сонли буйруқ билан Сурхандарё вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази хирургия бўлими ва 2023 йил 28 июлдаги 4-сонли буйруқ билан Республика шошлинч тиббий ёрдам илмий маркази Сурхандарё филиали болалар хирургик жароҳатланишлар бўлими амалиётига жорий этилган

Болаларда куйиш пайтида қизилўнгач шикастланишининг оғирлиги куйдирувчи модданинг кимёвий хусусиятига боғлиқ: тўйинган ишқорлар юқори шикастловчи хусусиятини намоён этади, бу учинчи даражали куйиш эҳтимолини 59,8% гача оширади, кислотали 40,2% куйишдан 1,5 баравар юқори эканлигини кўрсатди. Болаларда қизилўнгач куйишида диагностика ва қизилўнгач чандиқли торайишларини йўналтирувчи тор орқали бужлаш усулида даволаш тактикаси тиббиётда янгиланди. Учинчи даражали қизилўнгач куйиши бўлган болаларни ташхислаш ва даволашнинг ишлаб чиқилган янги усули қўллаш натижасида йўналтирувчи тор орқали бужлаш даволаш самарадорлигини 60,6% гача оширишга, қизилўнгач тешилишини

0% гача камайтиришга ва гастростома ип орқали бужлаш 39,4% гача камайтиришга имконини берди.

Болаларда учинчи даражали қизилўнгачнинг оғир куйиши учун клиник амалиётда ишлаб чиқилган терапевтик ва диагностика чораларини қўллаш даволаш натижаларини сезиларли даражада яхшилашга, қониқарсиз натижалар сони икки барабар камайишига, шунингдек сезиларли даражада беморларнинг касалхонада даволаниш муддатини, яъни ётоқ кунлари камайишига олиб келди. Ўзбекистон Республикасида болаларда қизилўнгач куйишларини диагностика қилиш ва чандиқли торайишларида йўналтирувчи тор орқали бужлаш усулида даволаш беморни шифохонада ётиш кунларини қисқариш хисобига бюджет маблағларини иқтисод қилиниши ва болаларнинг соғломлашиши тезлашига сабаб бўлди.

"Болаларда қизилўнгач куйишини даволашда хирургик тактика" мавзусидаги бошқа тиббиёт муассасаларида илмий ишланмаларни жорий этиш тасдиқланди (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий техник кенгашининг 2024 йил 22 октябрдаги 07/58-сон хулосаси).

Тадқиқот натижаларини апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 7 та илмий конференцияларда, жумладан 6 та республика ва 1 та халқаро илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 16 та илмий иш, жумладан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертацияларни асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 6 та мақола, жумладан 3 таси республика ва 3 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг таркиби ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, бешта боб, хотима, хулосалар ва амалий тавсиялар ҳамда фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 102 бетни ташкил этади.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида тадқиқотнинг долзарблиги ва талабгорлиги асосланган, мақсади ва вазифалар, аниқ шакллантирилган, республикада фан ва технологиялар ривожланишининг устувор йўналишларига мувофиқлиги исботланган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён етилган, олинган натижаларнинг назарий ва амалий аҳамияти очиқ берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилингани тўғрисида, шунингдек, нашр қилинган ишлар ва диссертациянинг тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **"Болаларда қизилўнгач куйишини даволашнинг жарроҳлик тактикасининг ҳозирги ҳолати (адабиётларни кўриб чиқиш)"** деб номланган биринчи бобида қизилўнгач куйишининг этиологияси, ривожланиш механизмлари ва тарқалиши ва уларнинг болалардаги асоратлари тўғрисида замонавий тушунча берилган. Қизилўнгачнинг куйиши клиникаси ва диагностикасининг жиҳатлари таҳлил қилинади, қизилўнгач куйиши ва уларнинг болалардаги асоратларини даволаш тактикасининг асосий принтсиплари келтирилган.

Диссертациянинг **"Клиник кузатувлар ва тадқиқот усулларининг умумий хусусиятлари"** деб номланган иккинчи бобида тадқиқот материаллари ва усуллари келтирилган.

Ушбу диссертация СамДТУ ихтисослаштирилган болалар жарроҳлик клиникасида статсионар даволанишда кузатув остида 1 ёшдан 18 ёшгача бўлган қизилўнгач куйиши бўлган 274 беморни ташхислаш ва даволаш натижаларини таҳлил қилишга асосланган.

Болаларда қизилўнгачнинг 274 та куйишини даволашнинг ретроспектив таҳлили ўтказилганда термик куйиш (20,8%) билан солиштирганда кимёвий куйишнинг юқори частотасини (79,2%) кўрсатди. Кўпинча 1-3 ёшдаги болалар зарарланади (64,2%). Ўғил болалар сони (62,8%) қизлардан устунлик қилади (37,2%).

Бизнинг маълумотларимизга кўра, қизилўнгачнинг термик куйишлари орасида фақат биринчи даражали куйишлар кузатилган. Иккинчи ва учинчи даражали куйишлар қайд этилмаган. 96,5% ҳолларда 1-3 ёшли болалар азият чекишган. Шу муносабат билан, кейинги тадқиқотларда биз қизилўнгачнинг кимёвий куйиши бўлган 217 беморни таҳлил қиламиз.

Қизилўнгачнинг кимёвий куйиши билан кузатилган барча 217 бемор икки гуруҳга бўлинган.

Биринчи гуруҳга (назорат гуруҳига) анъанавий даволанишни олган 20 йил давомида (1992-2011) клиникада бўлган 115 (53,0%) бемор киритилган.

Иккинчи гуруҳга (асосий гуруҳга) 10 йил давомида (2012-2022) клиникада даволанган 102 (47,0%) бемор киритилган бўлиб, уларга клиникада ишлаб чиқилган янги диагностика усули ва болаларда қизилўнгач куйишини даволашнинг жарроҳлик тактикаси қўлланилган.

1-жадвалда беморларнинг жароҳатланган пайдан бошлаб клиникага ётқизилиш вақтига қараб солиштирилган гуруҳларга тақсимланиши кўрсатилган.

1-жадвал

Қизилўнгачнинг кимёвий куйиши билан оғриган беморларнинг гуруҳларга бўлиниши қабул қилиш вақтига қараб

Беморлар гуруҳлари	қабул қилинган вақти			жами
	1 ҳафта	2-3 ҳафта	4-6 ҳафта ва бошқалар	
Назорат гуруҳи	81 (70,4%)	10 (8,7%)	24 (20,9%)	115 (53,0%)
Асосий гуруҳ	57 (55,9%)	10 (9,8%)	35 (34,3%)	102 (47,0%)
Жами	138 (63,6%)	20 (9,2%)	59 (27,2%)	217 (100%)
Ишончлилиқ	$\chi^2=5,47, df=2, p=0,065, p>0,05$			

1-жадвалда келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, болаларнинг аксарияти (63,6%) қизилўнгачнинг куйишидан кейинги биринчи ҳафтада касалхонага ётқизилган, 2-3 ҳафта - 9,2%, 4-6 ҳафта ва ундан кейин 27,2%. Назорат гуруҳида бундай беморларнинг улуши 70,4% ни, асосий гуруҳда эса бироз камроқ, 55,9% ни ташкил этди. 4-6 ҳафта ва ундан кейин қабул қилинган болалар орасида назорат гуруҳида 20,9%, асосий гуруҳда эса кейинги босқичларда қабул қилинган беморларнинг улуши 34,3% ни ташкил этди.

Куйидаги 2-жадвалда қизилўнгачнинг куйиши билан оғриган беморларни куйдирувчи воситага қараб гуруҳларга тақсимлаш бўйича маълумотлар келтирилган.

2-жадвал

Қизилўнгачнинг кимёвий куйиши билан оғриган беморларни коррозив модданинг турига қараб асосий ва назорат гуруҳларига тақсимлаш

Беморлар гуруҳлари	куйдирувчи восита тури		Жами
	Ишқорлар	Кислоталар	
Назорат гуруҳи	24 (20,9%)	91 (79,1%)	115 (53,0%)
Асосий гуруҳ	63 (61,8%)	39 (38,2%)	102 (47,0%)
Жами	87 (40,1%)	130 (59,9%)	217 (100%)
Ишончлилиқ	$\chi^2=35,96, df=1, p=2,02 \times 10^{-9}, p<0,001$		

Жадвал. 2 да қизилўнгачдаги барча кимёвий куйишлар орасида кислоталарнинг шикастланиши 59,9%, ишқорлар эса 40,1% ни ташкил қилади. Сўнгги йилларда (асосий гуруҳ) кислоталарга (38,2%) нисбатан ўувчи ишқорлар (61,8%) туфайли қизилўнгач куйиши ҳолатларининг кескин ўсиши кузатилмоқда.

Беморларнинг қизилўнгачнинг кимёвий куйиш даражаси бўйича асосий ва назорат гуруҳларида тақсимланиши 3-жадвалда келтирилган.

Тақдим этилган 3-жадвалдан кўриниб турибдики, биринчи даражали қизилўнгачнинг куйиши 18,4% ҳолларда, иккинчи даража – 30,0% ва учинчи даража – 51,6%. Асосий гуруҳда 3-даражали оғир куйишлар 64,7% ни ташкил этди, бу назорат гуруҳига (40%) нисбатан сезиларли даражада ошди. Тақдим

этилган маълумотлар шуни кўрсатадики, асосий гуруҳ назорат гуруҳига нисбатан беморларнинг оғирроқ контингентини кузатилди ва ишончли ($p < 0,05$).

3-жадвал

Беморларнинг қизилўнгачнинг кимёвий куйиш даражаси бўйича асосий ва назорат гуруҳларида тақсимланиши

Беморлар гуруҳлари	қизилўнгачнинг куйиш даражаси			Жами
	1-даража	2-даража	3-даража	
Назорат гуруҳи	30 (26,1%)	39 (33,9%)	46 (40,0%)	115 (53,0%)
Асосий гуруҳ	10 (9,8%)	26 (25,5%)	66 (64,7%)	102 (47,0%)
жами	40 (18,4%)	65 (30,0%)	112 (51,6%)	217 (100%)
ишончилилик	$\chi^2 = 15,45, df=2, p=0,00044, p < 0,05$			

Қизилўнгачнинг кимёвий куйиши билан оғриган барча 217 беморнинг биринчи даражаси 40 (18,4%) болада аниқланган. Уларда қизилўнгачнинг катарал яллиғланиши қайд этилган, бу шиллик қаватнинг қизариши, шишиши ва енгил жароҳатланиши билан намоён бўлади. Қизилўнгачнинг 1 даражали куйиши махсус даволанишга муҳтож эмаслиги сабабли, бу болалар куйишдан 2-3 кун ўтгач клиникадан чиқарилди. Шу билан бирга, қизилўнгачнинг 1-даражали куйиши бўлган 40 беморнинг 9 тасида (22,5%) ҳалқум куйиши кузатилади, бу сезиларли даржада безовталаниш, нафас қисилиши ва ёрдамчи мушаклар иштирокида шовқинли нафас олиш қийинлишуви билан намоён бўлади. Бундай беморлар 3-4 кун давомида реаниматсия бўлимида интенсив терапияга муҳтож бўлди.

Клиник кўриниш. Клиник курсда қизилўнгачнинг куйиши уч босқичга тарқалди.

Ўткир босқич. Жароҳатдан сўнг дарҳол бошланади ва бир ҳафта давом этади. Ушбу даврда беморларда безовталиқ, тана ҳароратининг кўтарилиши, гиперсаливатсия, ютиниш қийинлиги, овқатдан бош тортиш, оғриқ синдроми ва бошқалар кузатилган. Куйишдан кейинги дастлабки соатларда вазиятнинг оғирлиги ривожланаётган оғриқ шоклари, ҳалқум ва ўпканинг шишиши, шунингдек, токсикоз ва эксикознинг кучайиши билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Ўткир ости босқич иккинчи ҳафтадан бошланади ва куйишдан кейин иккинчи ёки учинчи ҳафтанинг охиригача давом этади. Ушбу даврда ўткир ҳодисалар сусаяди, дисфагия ҳодисалари камаёди ва ташқи фаровонлик даври бошланади. Беморларнинг аҳволи яхшиланади, ҳарорат нормаллашади, гиперсаливатсия йўқолади, беморлар фаоллашади ва суюқ овқат истеъмол қила бошлайдилар. Иккинчи даражали куйишлар билан яхшиланиш жараёни қизилўнгач шиллик қаватининг нормал тузилишини тиклаш билан тавсифланади, чандиқ ўзгаришларини ривожлантормасдан. Қизилўнгачнинг 3-даражали кимёвий куйиши билан хаёлий фаровонлик даври 3-4 ҳафтагача ёки ундан кўпроқ давом этиши мумкин.

Стенознинг шаклланиш босқичи. Куйишдан 4-6 ҳафта ўтгач, оғир шикастланган болаларда чандиқ стенозининг шаклланиш босқичи бошланади, бу қизилўнгачнинг ўтказувчанлигининг аста-секин ёмонлашиши билан тавсифланади, бу турли даражадаги дисфагия билан намоён бўлади. 4-6 ҳафта давом этадиган пайдо бўладиган чандиқли стеноз босқичи ва қизилўнгачнинг

кимёвий куйишидан 2-6 ой ўтгач пайдо бўлган стеноз босқичи мавжуд. Дастлаб каттик, сўнгра ярим суяқ овқат истеъмол қилинганда дисфагия ва қизилўнгач қусиши пайдо бўлади. Оғир ҳолатларда бола ҳатто туپигини ҳам юта олмайди.

Диагностика. Фақат клиник кўриниш асосида қизилўнгачнинг куйишини тасдиқлаш ёки истисно қилиш мумкин эмас. Қизилўнгач шикастланишининг табиати ҳақида энг ишончли маълумотни фақат диагностик эндоскопия бериши мумкин. Клиник аломатлар изолятсия қилинган оғиз ёки қизилўнгач куйишида ўхшаш бўлиши мумкин, оғиз куйишининг йўқлиги қизилўнгачнинг шикастланишини истисно қилмайди.

Қизилўнгач шикастланишининг табиати бўйича уч даража бўлинади (С.Д. Терновский 1963, Е.Н. Вантсян, Р.А. Тошчаков 1971).

Биринчи даража (енгил) қизилўнгач шиллиқ қаватининг катарал яллиғланиши билан бирга келади, шиш билан намоён бўлади, шиллиқ қаватнинг гиперемия ва енгил шикастланиши билан кечади. Бундай ҳолда, фибрин қопламалари йўқ (расм.1). Шиш 3-4 кунга тушади ва куйиш юзасининг эпителизатсияси жароҳатдан 5-7 кун ўтгач тугайди.



Расм 1. Қизилўнгач куйишининг биринчи даражаси (куйишдан 3 кун ўтгач).



Расм 2. Қизилўнгачнинг иккинчи даражали куйиши (куйишдан 12 кун ўтгач).

Иккинчи даража (ўрта) шиллик қаватнинг чуқурроқ шикастланиши билан тавсифланади – фибриноз-эрозив эзофагит, бу йирингли-фибриноз қопламалар билан осонгина олиб ташланиши билан тавсифланади. Инсуфлятсия ҳаво билан қизилўнгач деворининг қаттиқлашиши қайд этилади. Куйишдан 2-3 ҳафта ўтгач, куйиш юзаларининг чандиксиз тўлик эпителизатсияси содир бўлади (расм. 2).

Учинчи даража (оғир) йирингли-фибриноз, ярали-некротик эзофагит билан намоён бўлади. Бундай ҳолда, тўқ кул рангингли кўчмайдиган фибриноз қоплама ҳосил бўлади. Некротик тўқималарнинг кўчиши билан яралар пайдо бўлади, 3-4 ҳафтада гранулятсия билан тўлдирилади, сўнгра қизилўнгач ичи торайтирадиган чандик тўқима билан алмашинади (расм.3).



Расм 3. Қизилўнгач куйишининг учинчи даражаси (куйишдан 18 кун ўтгач).

Жарроҳлик даволаш тактикаси ва натижаларни баҳолаш усуллари.

Назорат гуруҳида анъанавий даволаш усули қўлланилган:

1-даражали қизилўнгачнинг куйиши билан беморлар махсус даволанишга муҳтож эмас эдилар. Улар куйишдан кейин 2-3 кун давомида уйларига кетишди.

2-даражали қизилўнгачнинг куйиши жароҳатдан кейинги биринчи ҳафтада 3-даражадан фарқлаш катта қийинчиликларни келтириб чиқаради. Шунинг учун бу беморларга клиникага киришда қизилўнгачнинг 2-3 даражали куйиши ташхиси қўйилган. 2-3 ҳафтадан бошлаб клиник кўриниш яхшиланади, эндоскопик усулда йирингли-фибриноз бляшка тозаланади ва чандик қолдирмайди. Ушбу беморлар бужлаш билан даволанишга муҳтож эмас.

3-даражали қизилўнгачнинг куйиши, биринчи ва иккинчи-учинчи ҳафталарда қабул қилинган беморлар куйиш симптомларини бартарф этилгандан кейин, куйишдан кейин 4-6 чи ҳафтада тўғридан тўғри кўр бужлаш амалга оширилди. 4-6 ҳафтада ва ундан кейин қабул қилинган беморлар, ҳам тўғридан тўғри кўр бужлаш усулли қўлланилди. Агар тўғридан-тўғри бужлашнинг самарасизлиги ёки имкони бўлмаса, Кадер бўйича гастростома ип орқали бужлаш қўлланилган. Шундай қилиб, қизилўнгачнинг 3-даражали куйиши билан оғриган барча назорат гуруҳидаги

беморлар, касалликнинг узок давом этишидан қатъи назар, 4-6 хафтада ва куйишдан кейин дилататсия билан даволанган.

Асосий гуруҳда қуйидаги тактика қабул қилинди:

1 ва 2 даражали қизилўнгачнинг куйиши билан беморларни бошқариш тактикаси назорат гуруҳидан фарқ қилмади.

3-даражали қизилўнгачнинг куйиши, назорат гуруҳидан фарқли ўлароқ, биринчи ва иккинчи-учинчи хафталарда қабул қилинган беморлар, тор ўтказгичи орқали бужлаш куйишдан кейин 2-3 хафтада амалга оширилди. 4-6 хафтада ва ундан кейин қабул қилинган беморлар, ҳам торли ўтказгич орқали бужлаш усулини қўлланилди. Бўшлиқ очилгандан сўнг, 6-7 мм тўғридан-тўғри кўр бужлашга ўтилди. Тор-ўтказгичли бужлаш ёрдам бермаган тақдирда Кадер бўйича гастростома ип орқали бужлаш амалга оширилди.

Агар беморларда доимий дисфагия, интоксикация ва қизилўнгач бўшлиғининг торайиши кузатилган бўлса кучли яллиғланиш шиши туфайли, қизилўнгачнинг чуқур шикастланганлигини ва тор ўтказгич билан бужлашнинг имкони бўлмаса гастростома оператсияси ип орқали бужлаш тор ўтказгич билан олдиндан кенгайтирмасдан амалга оширилди.

Даволаш натижаларини баҳолаш клиник кўринишлар ва эндоскопик расмни ҳисобга олган ҳолда уч балли тизим бўйича амалга оширилди.

Яхши натижалари даволашнинг стеноз соҳасида қизилўнгачнинг диаметри камида 10-11 мм га етгани, нормада ютиш ва вақти-вақти билан қаттиқ овқатнинг ўтишида қийинчиликлар кузатилиши.

Қониқарли натижалар деб агар стеноз соҳасидаги қизилўнгачнинг диаметри 8-9 мм бўлса ва бемор фақат юмшоқ ярим суюқ овқат истеъмол қилиши мумкин бўлса.

Қониқарсиз натижалар деб қизилўнгач диаметрининг 6-7 мм торайишига айтилади, фақат суюқ овқатни эркин истеъмол қилиш мумкин.

Даволаш натижаларини баҳолашда С. Г. Бовн шкаласи ва Й. И. Галлингернинг эндоскопик таснифи қўлланилган.

Тадқиқот усуллари клиник маълумотларни, шу жумладан анамнестик маълумотларни, лаборатория тадқиқотлари натижаларини (умумий клиник таҳлил, қон ва сийдик биокимёвий таҳлиллари) ва объектив инструментал текширув маълумотларини ҳар томонлама таҳлил қилишга асосланган. Анамнезни ўрганиш давомида куйиш пайтидан бошлаб хронологияга, ютилган каустик суюқликнинг кимёвий таркиби ва ҳажмига, шунингдек, бемор клиникага келгунига қадар олдинги терапиянинг хусусиятига алоҳида эътибор қаратилди. Лаборатория маълумотларини таҳлил қилиш анемия ва оқсил-электролитлар мувозанатининг оғирлигини баҳолашга қаратилган. Яллиғланиш жараёнларининг ҳолати ва қизилўнгачда стриктураларнинг мавжудлиги эндоскопик ва рентгенологик текшириш усуллари ёрдамида аниқланди. Қизилўнгач стриктураларининг хусусиятларини қўшимча аниқлаштириш эндоскопик асбоблар ва диагностик бужлаш усули ёрдамида амалга оширилди. Тадқиқот натижалари статсионар даволаниш даврида ўтказилган субъектив (эпигастрал ва стернум орқасида оғриқ дисфагия, ва

оғирлик белгиларининг йўқолиши) ва объектив маълумотлар (рентген ва эндоскопик текширувлар) асосида баҳоланди.

Статистик қайта ишлаш олинган натижаларни StotSoft компанияси томонидан ишлаб чиқилган Статистика 6.0 дастурий комплекси ёрдамида амалга оширилди. Тадқиқот натижаларини намунавий ўртача ва стандарт ўртача хатолар форматида тақдим этади. Қуйидаги статистик параметрлар хисоблаб чиқилган: арифметик ўртача (M), стандарт оғиш (σ) ва ўртача стандарт хато (m). Ғайритабiiй тақсимланган ўзгарувчилар учун медиан аниқланди. Ўртача қийматларни таққослаш талабанинг t -мезонидан фойдаланган ҳолда амалга оширилди. Коррелятсион таҳлил параметрик бўлмаган усуллар, шу жумладан Спирман таҳлили бўйича ўтказилди. Параметрик бўлмаган ўзгарувчиларни таққослаш учун χ^2 мезонидан фойдаланган ҳолда конжугатсия жадваллари ишлатилган. Статистик хулосаларнинг ишончилиги чегараси $p < 0,05$ даражасида ўрнатилди.

Диссертациянинг **"Болаларда қизилўнгач куйишини анъанавий усуллар билан даволаш"** деб номланган учинчи бобида анъанавий даволаш қўлланилган қизилўнгач кимёвий куйиши бўлган 115 беморда диагностика маълумотлари ва даволаш усулларини комплекс таҳлил қилишга бағишланган.

Қизилўнгачнинг куйиши билан оғриган 115 назорат гуруҳидаги беморларнинг 81 нафари (70,4%) жароҳат олган пайдан бошлаб биринчи ҳафтада клиникага ётқизилган (жадвал. 1). Куйишдан кейинги биринчи ҳафтада муружат қилган 81 бемор орасида 30 (26,1%) қизилўнгачнинг 1-даражали куйиши аниқланди. Қолган 51 (44,3%) беморда куйишдан кейинги биринчи ҳафтада куйишнинг 2 даражасини 3 даражадан ажратиш катта қийинчиликларни келтириб чиқарди. Шунинг учун бу беморларга клиникага киришда қизилўнгачнинг 2-3 даражали куйиши ташхиси қўйилган. 51 та беморнинг 39 тасида жароҳатдан кейин 2-3 ҳафтада умумий ҳолати яхшиланди, гиперсаливатсия йўқолди, ютиш пайтида дисфагия ва оғрик камайди, тана ҳарорати пасайди, эндоскопик усулда қизилўнгач бўшлиғида йирингли фибриноз яра юзаси аста-секин тозаланиб эпителизатсияланиб чандиқларсиз битишини кузатдик. Ушбу беморлар қизилўнгачнинг 2-даражали куйиши ташхиси билан стадионоардан жавоб берилди.

Биринчи ҳафтада қабул қилинган қолган 12 беморда умумий ҳолат барқарорлашганига қарамай, эндоскопик йўл билан ажратиш қийин бўлган тўқ кулранг йирингли-некротик бляшка, аниқ шиш ва инфилтратсия, қизилўнгач бўшлиғининг торайиши кузатилди. Яралар тозаланганда улар гранулятсия тўқималари билан тўлдирилди. Ушбу беморларга бошқа даволаш тактикасига муҳтож бўлган 3-даражали қизилўнгач куйиши аниқланди.

Қизилўнгач куйиши билан оғриган 46 беморнинг умумий сонидан биринчи ҳафтада 3 даража 12 (26,1%), 2-3 ҳафтада 10 (21,7%) ва 4-6 ҳафтада ва ундан кўп 24 (52,2%) ни ташкил этди.

1-ҳафтада, 2-3-ҳафтада куйиш ва мураккаб дори-дармонларни даволашдан сўнг, шунингдек йирингли-яллиғланиш жараёнининг

сусайишидан сўнг, 4-6-хафтада ва ундан кейин қабул қилинган ушбу беморларнинг барчаси пайдо бўлган ва ҳосил бўлган чандиқ стенози босқичида қизилўнгачнинг тўғридан-тўғри (кўр) бужлаш амалга оширилди. 4-6 хафтада қабул қилинган ва ундан кўп бўлган беморларга тўғридан-тўғри бужлаш ҳам қўлланилган. Агар тўғридан-тўғри бужлашнинг самарасизлиги ёки имкони бўлмаса, Кадер бўйича гастростомия ип билан бужлаш қўлланилган.

Турли хил кимёвий моддаларнинг таъсири механизми бир хил эмас. Шунинг учун қизилўнгач куйишини даволашнинг жарроҳлик тактикасини танлашда кимёвий восита турини ҳисобга олиш керак. Кейинчалик, 4-жадвалда кимёвий восита турига қараб қизилўнгач куйишини даволаш натижаларининг самарадорлиги тўғрисида маълумотлар келтирилган.

4-жадвал

3-даражали қизилўнгач куйишини даволаш натижалари кимёвий восита турига қараб

Кимёвий тури	Даволаш тури		Жами
	тўғридан-тўғри бужлаш	Гастростома ип орқали бужлаш	
Кислоталар	17 (54,8%)	14 (45,2%)	31 (67,4%)
Ишқорлар	4 (26,7%)	11 (73,3%)	15 (32,6%)
Жами	21 (45,7%)	25 (54,3%)	46 (100%)

4-жадвалдан кўришиб турибдики, назорат гуруҳидаги 46 беморнинг умумий сонидан 45,7% да тўғридан-тўғри кўр бужлаш самарали бўлган, қолган 54,3% ҳолларда гастростома ип орқали бужлаш қилинган. Назорат гуруҳидаги беморларнинг кўпчилигида (67,4%) қизилўнгачнинг кимёвий куйишига кислоталар сабаб бўлган, ишқорий куйишлар 32,6% ҳолларда қайд этилган. Кислоталар туфайли қизилўнгачнинг куйиши билан беморларнинг 45,2% гастростомия қилинган. Шунини таъкидлаш керакки, ишқорлардан келиб чиққан куйишнинг барча ҳолатларининг 73,3 фоизда бу эса гастростома ип орқали бужлаш оператсиясига мурожаат қилинди, яъни кислота шикастланишидан 1,6 баравар кўпдир. Шунини таъкидлаш керакки, тўғридан-тўғри кўр бужлаш ишқорли куйишлар учун унчалик самарали эмас. Ушбу маълумотлар ўювчи ишқорлардан келиб чиққан қизилўнгач куйишининг янада оғирлигини кўрсатади.

Гастростомия бўйича оператсия қилинган 25 беморнинг 17 таси (68%) гастростома олдиндан кўр-кўрона бужлаш қўлланилади, чунки чандиқ ўзгаришининг аниқ даражаси, қизилўнгач бўшлиғининг торайиши ва деформатсияси ва 8 (32,0%) беморлар оператсия тўғридан-тўғри бужлаш муваффақиятсиз уринишидан сўнг амалга оширилди. Бинобарин, тўғридан-тўғри бужлаш қилинган 29 беморнинг 2 тасида қизилўнгачнинг тешилиши жиддий асоратлари кузатилди, бу эса 6,9% ни ташкил қилади.

5-жадвалда назорат гуруҳидаги 3-даражали қизилўнгач куйишини даволаш натижалари келтирилган.

5-жадвал шуни кўрсатадики, назорат гуруҳида яхши натижалар 67,4%, қониқарли натижалар 19,6% ва 13,0% ҳолларда қониқарсиз бўлган. Ётоқ куни 41,1±2,9% ни ташкил этди.

5-жадвал

Даволаш натижалари назорат гуруҳида қизилўнгачнинг 3-даражали куйиши

Даволаш натижалари ва беморларнинг касалхонада қолиш муддати	Сони	
	абс	%
Яхши	31	67,4%
Қониқарли	9	19,6%
Қониқарсиз	6	13,0%
Жами	46	100%
Ётоқ куни	41,1±2,9	

Диссертатсиянинг "**Клиниканинг ишлаб чиқилган усули бўйича болаларда қизилўнгач куйишини даволашнинг жарроҳлик тактикаси**" деб номланган тўртинчи бобида клиниканинг ишлаб чиқилган усули бўйича қизилўнгачнинг кимёвий куйиши бўлган 102 беморни ташхислаш ва даволаш натижаларини таҳлил қилади.

Қизилўнгачнинг куйиши билан оғриган 115 назорат гуруҳидаги беморларнинг 81 нафари (70,4%) жароҳат олган пайтдан бошлаб биринчи ҳафтада клиникага ётқизилган (жадвал-1). Куйишдан кейинги биринчи ҳафтада мурожаат қилган 81 бемор орасида 30 (26,1%) қизилўнгачнинг 1-даражали куйиши аниқланди. Қолган 51 (44,3%) беморда куйишдан кейинги биринчи ҳафтада куйишнинг 2 даражасини 3 даражадан ажратиш катта қийинчиликларни келтириб чиқарди. Шунинг учун бу беморларга клиникага киришда қизилўнгачнинг 2-3 даражали куйиши ташхиси қўйилган. 51 беморнинг 39 тасида жароҳатдан кейин 2-3 ҳафтада умумий ҳолат яхшиланди, гиперсаливатсия йўқолди, ютиш пайтида дисфагия ва оғриқ камайди, тана ҳарорати пасайди, қизилўнгач бўшлиғида чандик ўзгаришсиз юзаки яраларни эпителизатсия қилиш билан йирингли-фибриноз бляшка аста-секин тозаланиши эндоскопик тарзда қайд этилди. Ушбу беморлар қизилўнгачнинг 2-даражали куйиши ташхиси билан чиқарилди.

Травма бошланганидан биринчи ҳафтада қабул қилинган қолган 21 беморда умумий ҳолат барқарорлашганига қарамай, йирингли-яллиғланиш жараёнининг давом этиши қайд этилди, эндоскопик усулда ифлос кулранг рангдаги йирингли-некротик бляшка, аниқ шиш ва инфилтратсия, қизилўнгач бўшлиғининг торайиши кузатилди. Яралар тозаланганда улар гранулятсия-чандик тўқималари билан тўлдирилди. Ушбу 21 беморга бошқа даволаш тактикасига муҳтож бўлган 3-даражали қизилўнгачнинг кимёвий куйиши ташхиси қўйилган.

Қизилўнгач куйиши билан оғриган 66 беморнинг умумий сонидан 3 - даража биринчи ҳафтада келганлар 21 (31,8%), 2-3 ҳафтада – 10 (15,2%) ва 4-6 ҳафтада ва ундан кўп-35 (53,0%) ни ташкил этди.

Биринчи ҳафтада қабул қилинган 21 беморга касаллик бошланганидан 2-3 ҳафта ўтгач, клиника усули бўйича бужлаш ўтказилди. Улардан 95,2% ҳолларда бужлаш самарали бўлган. 4,8% ҳолларда торли ўтказгич билан

бужлаш самарасиз бўлиб чиқди, шунинг учун Кадер бўйича гастростома оператсияси ип орқали бужлаш амалга оширилди.

Куйиш жароҳатидан кейин 2-3 ҳафта ичида қабул қилинган 10 бемор йўналтирувчи тор орқали бужлаш ўтказилди, шундан 50,0% ҳолларда бужлаш самарали бўлди. Қолган 50,0% беморлар йўналтирувчи тор орқали бужлаш самарасизлиги туфайли Кадер бўйича гастростома оператсиясини ип орқали бужлаш ўтказишди.

4-6 ҳафта ёки ундан кўпроқ вақт давомида қабул қилинган 35 кишидан 42,9% да Кадер бўйича гастростома ип орқали бужлаш самарали бўлган, қолган 57,1% беморларда бужлашнинг самарасизлиги ёки мумкин эмаслиги сабабли гастростомия оператсияси ўтказилган.

Юқоридаги маълумотлардан касалликнинг бошланиши ва даволаш усуллари касалликнинг бориши ва даволаш натижаларига таъсири кузатилади. Мурожат вақтининг кўпайиши билан йўналтирувчи тор орқали бужлашнинг самарадорлиги пасаяди ва шу билан бирга гастростома оператсиялари ип орқали бужлаш частотаси ортади.

Қизилўнгач куйишини даволашнинг 3-даражали жароҳлик тактикасини танлашда кимёвий восита тури ҳисобга олинди. 6-жадвалда кимёвий восита турига қараб қизилўнгач куйишини даволаш натижалари келтирилган.

6-жадвал

3-даражали кимёвий восита турига қараб қизилўнгач куйишини даволаш натижаларининг самарадорлиги

Кимёвий модда	Даволаш усулли		Жами
	Йўналтирувчи тор орқали бужлаш	Гастростома ип орқали бужлаш	
Кислота	13 (92,9%)	1 (7,1%)	14 (21,2%)
Ишқор	27 (51,9%)	25 (48,1%)	52 (78,8%)
Жами	40 (60,6%)	26 (39,4%)	66 (100%)

6-жадвал шуни кўрсатадики, асосий гуруҳдаги 66 беморнинг умумий сонидан 60,6% йўналтирувчи тор орқали бужлаш самарали бўлган, қолган 39,4% ҳолларда гастростома ип орқали бужлаш қилинган. Асосий гуруҳдаги беморларнинг кўпчилигида (78,8%) қизилўнгачнинг кимёвий куйиши ўювчи ишқорлар туфайли юзага келган. Кислоталарнинг шикастланиши 21,2% ҳолларда қайд этилган.

7-жадвалда асосий гуруҳдаги 3-даражали қизилўнгач куйишини даволаш натижалари келтирилган.

Жадвал 7

Асосий гуруҳда 3-даражали қизилўнгач куйиш даволаш натижалари

Даволаш натижалари ва беморларнинг касалхонада қолиш муддати	Сони	
	абс	%
Яхши	55	83,3%
Қониқарли	7	10,3%
Қониқарсиз	4	6,1%
Жами	66	100%
Ётоқ куни	33,5±2,2	

7-жадвал шуни кўрсатадики, асосий гуруҳда яхши натижалар 83,3%, қониқарли натижалар 10,3% ва қониқарсиз натижалар 6,1%. Беморларнинг ўртача касалхонада қолиши $33,5 \pm 2,2$ ётоқ кунини ташкил этди.

Шундай қилиб, асосий гуруҳдаги болаларда қизилўнгачнинг кимёвий куйишини даволаш таҳлили шуни кўрсатадики, даволаниш натижалари кўп жиҳатдан касалликнинг давомийлиги, шикастланишнинг оғирлиги ва кимёвий восита турига боғлиқ.

Диссертатсиянинг "**Болаларда қизилўнгач куйишини даволашнинг анъанавий ва клиникада ишлаб чиқилган усулларининг самарадорлигини қиёсий баҳолаш**" деб номланган бешинчи бобида назорат ва асосий гуруҳларда қизилўнгачнинг кимёвий куйиши бўлган болаларни даволаш натижаларини ҳар томонлама баҳолаш берилган.

8-жадвалда қизилўнгачнинг 3-даражали кимёвий куйиши бўлган беморларнинг асосий ва назорат гуруҳларида кимёвий восита турига қараб тақсимланиши кўрсатилган.

8-жадвал

3-даражали қизилўнгач куйиши бўлган асосий ва назорат гуруҳидаги беморларнинг куйдирувчи воситаларига қараб тақсимланиши

Беморлар гуруҳи	Куйдирувчи омил тури		Жами
	Кислота	Ишқор	
Асосий	14 (21,2%)	52 (78,8%)	66 (100%)
Назорат	31 (67,4%)	15 (32,6%)	46 (100%)
Жами	45 (40,2%)	67 (59,8)	112 (100%)

8-жадвалдан кўришиб турибдики, қизилўнгачнинг 3 – даражали қаттиқ куйиши бўлган 112 беморнинг умумий сонидан кислоталар туфайли куйишлар 40,2% ни, ишқорлар эса 59,8% ни ташкил қилади. Назорат гуруҳида кислотадан шикастланиш даражаси 67,4% ни, ишқорларга нисбатан 32,6% ни ташкил этди. Шу билан бирга, асосий гуруҳда ўювчи ишқорлар туфайли қизилўнгачнинг куйиши сезиларли даражада ошди – 78,8%, кислоталарга нисбатан – 21,2%. Ушбу жадвал шуни кўрсатадики, болаларда куйиш пайтида қизилўнгач шикастланишининг оғирлиги тасир қилувчи модданинг кимёвий хусусиятига боғлиқ: концентранган ишқорлар юқори шикасловчи хусусиятини намоён этади, бу учинчи даражали оғир куйиш эҳтимолини 59,8% гача оширади, бу кислоталар (40,2%) туфайли келиб чиққан жароҳатларга қараганда 1,5 баравар юқори. Сўнгги йилларда (2012-2022) кислота (21,2%) га нисбатан каустик ишқорлар (78,8%) таъсирида қизилўнгачнинг учинчи даражали куйишининг оғир ҳолатлари сезиларли даражада ошди, бу эса агрессив кимёвий моддаларни кундалик ҳаётда кенг қўллаш билан боғлиқ.

Асосий ва назорат гуруҳларидаги болаларда қизилўнгачнинг 3-даражали куйишини даволаш натижаларига кимёвий восита турининг таъсири тўғрисидаги маълумотлар 9-жадвалда келтирилган.

9-жадвал шуни кўрсатадики, куйдирувчи воситанинг тури қизилўнгач куйишини даволаш натижаларига сезиларли таъсир кўрсатади. Кимёвий куйишлар, ишқорлар таъсири туфайли, кислотали жароҳатларга қараганда

касалликнинг янада оғир кечиши билан тавсифланади. Асосий гуруҳда тавсия этилган жарроҳлик даволаш тактикаси гастростомия оператсияларини назорат гуруҳига (73,3%) нисбатан 48,1% гача қисқартирди. Кислоталар сабаб бўлган қизилўнгач куйиши билан гастростомия оператсиялари назорат гуруҳидаги 45,2% дан асосий гуруҳда 7,1% гача камайди. Шу билан бирга, кислоталар келтириб чиқарадиган куйишларни даволашда йўналтирувчи тор орқали бужлаш (92,9%) кўр бужлашдан 1,7 баравар самаралироқ бўлди (54,8%). Ишқорий шикастланишни даволашда йўналтирувчи тор орқали бужлаш кўр бужлашга қараганда 2 баравар самаралироқ бўлди (мос равишда 51,9% ва 26,7%). Умуман олганда, 3-даражали қизилўнгачнинг кимёвий куйиши учун асосий гуруҳдаги йўналтирувчи тор орқали бужлаш усули назорат гуруҳидаги кўр бужлашга қараганда самаралироқ (60,6%) (45,7%), бу гастростомия оператсиялари сонини назорат гуруҳидаги 54,3% дан асосий гуруҳдаги 39,4% гача камайтиришга имкон берди. Шу билан бирга, асосий гуруҳдаги 26 бемор гастростома ип орқали бужлаш усулли қўлланилди, улар ичидан 25 нафари (96,2%) ўювчи ишқорлар таъсиридан келиб чиққан кенг ва аниқ чандикли ўзгаришларига эга эди.

9-жадвал

Кимёвий воситаларнинг турига қараб 3-даражали қизилўнгач куйишини даволаш усулининг самарадорлигини қиёсий баҳолаш

Кимёвий восита	асосий гуруҳ (n=66)		назорат гуруҳи (n=46)	
	Даволаш тури		Даволаш тури	
	Йўналтирувчи тор орқали бужлаш	Гастростома ип орқали бужлаш	Кўр бужлаш	Гастростома ип орқали бужлаш
Кислота	13 (92,9%)	1 (7,1%)	17 (54,8%)	14 (45,2%)
Ишқор	27 (51,9%)	25 (48,1%)	4 (26,7%)	11 (73,3%)
Жами	40 (60,6%)	26 (39,4%)	21 (45,7%)	25 (54,3%)

Таққосланган гуруҳларда қизилўнгачнинг кимёвий куйиши бўлган беморларни даволаш натижалари уч балли тизим бўйича баҳоланди (жадвал.10).

10-жадвал

Асосий ва назорат гуруҳларида қизилўнгач куйиши 3 даража билан оғриган беморларни даволаш натижалари

	Беморлар гуруҳлари	
	Асосий	Назорат
Яхши	55 (83,3%)	31 (67,4%)
Қониқарли	7 (10,6%)	9 (19,6%)
Қониқарсиз	4 (6,1%)	6 (13,0%)
Жами	66 (100%)	46 (100%)
Ётоқ куни	33,5±2,2 *	41,1±2,9

*Изоҳ, бу ерда * фарқларнинг ишончлилиги (p<0,05)*

10-жадвалда келтирилган маълумотлар клиникада ишлаб чиқилган, болаларда қизилўнгачнинг 3-даражали кимёвий куйишини жарроҳлик даволаш тактикасининг юқори самарадорлигини кўрсатади. Болаларда

учинчи даражали қизилўнғачнинг куйиши учун клиник амалиётда ишлаб чиқилган терапевтик ва диагностика чораларини қўллаш даволаш натижаларини сезиларли даражада яхшилашга имкон берди. Асосий гуруҳда яхши натижалар частотаси 83,3% гача ошди, назорат гуруҳида бу кўрсаткич 67,4% ни ташкил этди, қониқарли натижалар сони 19,6% дан 10,6% гача камайди, қониқарсиз натижалар сони икки баравар камайди-13% дан 6,1% гача, шунингдек беморларнинг касалхонада даволаниши сезиларли даражада ётоқ-кун муддати камайди ($p < 0,05$) $41,1 \pm 2,9$ дан $33,5 \pm 2,2$ гача. Буларнинг барчаси амалий соғлиқни сақлаш учун олиб борилган ишларнинг аҳамиятини аниқ тасдиқлашдир.

ХУЛОСАЛАР

Тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) учун **"Болаларда қизилўнғач куйишини даволашда хирургик тактика"** мавзусидаги диссертация устида олиб борилган тадқиқотлар асосида куйидаги хулосалар чиқарилди:

1. Болаларда қизилўнғач куйишини даволашнинг ретроспектив таҳлили термик куйиши (20,8%) билан солиштирганда кимёвий куйишнинг юқори даражада эканлигини (79,2%) кўрсатди. Қизилўнғачдаги барча кимёвий куйишлар орасида кислотали куйишлар 59,9% ишқорлар эса 40,1% ни ташкил қилади. Сўнгги йилларда қизилўнғачнинг куйиши ҳолатларининг кескин ўсиши кузатилмоқда кислоталар 38,2% ташкил қилса ўювчи ишқорлар эса 61,8%ни ташкил қилди. Бундай ҳолда, биринчи даражали қизилўнғачнинг куйиши 18,4% ҳолларда, иккинчи даража – 30,0% ва учинчи даража – 51,6%. Кўпинча 1-3 ёшдаги болаларда учрайди (64,2%).

2. Болаларда куйиш пайтида қизилўнғач шикастланишининг оғирлиги куйдирувчи модданинг кимёвий хусусиятига боғлиқ: тўйинган ишқорлар юқори шикастловчи хусусиятини намоён этади, бу учинчи даражали куйиш эҳтимолини 59,8% гача оширади, кислотали 40,2% куйишдан 1,5 баравар юқори эканлигини кўрсатди. Сўнгги йилларда кислоталарга (21,2%) нисбатан ўювчи ишқорлар (78,8%) таъсиридан келиб чиққан учинчи даражали қизилўнғач куйишининг оғир ҳолатлари сезиларли даражада ошди, бу кундалик ҳаётда агрессив кимёвий моддалардан кенг фойдаланиш билан боғлиқдир.

3. Болаларда биринчи даражали қизилўнғачнинг кимёвий куйиши 22,5% ҳолларда ҳалқум куйиши билан бирга кечади. Бу ҳолатлар кучли безовталиқ, нафас етишмовчилиги ва шовқинли нафас олиш билан, ёрдамчи мушаклар иштирокида бўлади. Бундай вазиятлар интенсив терапияни талаб этади ва реаниматсия бўлимида ўртача 3-4 кун ($3,29 \pm 0,23$ кун) давомида даволанишни талаб қилади. Қизилўнғачнинг биринчи даражали куйиши билан оғриган беморларнинг қолган қисми эса махсус даволанишга муҳтож эмас.

4. Қизилўнғачнинг 2-3 даражали кимёвий куйишини даволашнинг жарроҳлик тактикаси касаллиқнинг оғирлиги, шикастланишнинг даражаси ва кимёвий восита турига боғлиқ. Динамикадаги эндоскопик тадқиқотлар дастлабки 2-3 ҳафта ичида қизилўнғачнинг иккинчи даражали куйишини аниқлашга имкон беради, ва бу ҳолат буж билан даволанишни талаб қилмайди. Қизилўнғачнинг 3-даражали куйиши бўлган беморлар эса турли хил кенгайтирувчи даволаш усуллари талаб қилади.

5. Назорат гуруҳидаги учинчи даражали қизилўнғач куйиши даволашнинг анъанавий усуллари ретроспектив таҳлил қилишда 45,7% кўр бужлашни паст самарадорлигини аниқлади, 6,9% ҳолларда катта асоратлардан бири қизилўнғач тешилишига ва гастростома оператсияси ип орқали бужлашнинг юқори частотаси 54,3% ни ташкил қилади.

6. Асосий гуруҳда учинчи даражали қизилўнгач куйиши бўлган болаларни ташхислаш ва даволашнинг янги усули ишлаб чиқилган бўлиб, у йўналтирувчи тор орқали бужлаш даволаш самарадорлигини 60,6% гача оширишга, қизилўнгач тешилишини 0% гача камайтиришга ва гастростома ип орқали бужлаш 39,4% гача камайтиришга имкон берди. Шу билан бирга, гастростома ип орқали бужлаш билан оғриган беморларнинг 96,2 фоизи ўювчи ишқорлар таъсиридан келиб чиққан кенг ва аниқ чандикга эга эди.

7. Болаларда учинчи даражали қизилўнгачнинг оғир куйиши учун клиник амалиётда ишлаб чиқилган терапевтик ва диагностика чораларини қўллаш даволаш натижаларини сезиларли даражада яхшилашга имкон берди. Асосий гуруҳда яхши натижалар частотаси 83,3% гача ошди, назорат гуруҳида бу кўрсаткич 67,4% ни ташкил этди, қониқарли натижалар сони 19,6% дан 10,6% гача камайди, қониқарсиз натижалар сони икки баравар камайди-13% дан 6,1% гача, шунингдек сезиларли даражада беморларнинг касалхонада даволаниш муддати $41,1 \pm 2,9$ дан $33,5 \pm 2,2$ ётоқ кунигача камайди ($p < 0,05$).

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ
САМАРКАНДСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ
УНИВЕРСИТЕТЕ ПОД НОМЕРОМ DSc.04/30.12.2019.Tib.102.01**

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

САГИРАЕВ НОДИР ЖУМАКУЛОВИЧ

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У
ДЕТЕЙ**

14.00.35-Детская хирургия

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

Самарканд – 2024

Тема диссертации на соискание доктора философии (PhD) зарегистрирована Высшей аттестационной комиссией при Кабинете Министров Республики Узбекистан под номером B2022.4.PhD/Tib3231.

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском университете.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.sammu.uz) и Информационно-образовательном портале «Ziyonet» (www.ziyonet.uz)

Научный руководитель: **Шамсиев Азамат Мухитдинович**
Доктор медицинских наук, профессор.

Официальные оппоненты: **Подкаменев Алексей Владимирович**
доктор медицинских наук, профессор
Ахмедов Юсуф Махмудович
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация: **Кировский государственный медицинский университет.**

Защита диссертации состоится на заседании научного совета по присуждению научных степеней № DSc. при Самаркандском государственном медицинском университете «__» _____ 2024 года в ____ часов. (Адрес: г.Самарканд, ул. М.Улугбека, 70А, Специализированная детская хирургическая клиника СамГМУ тел./факс: 0(366) 233-58-92, 233-79-03, e-mail: shodikulovagulandom@mail.ru).

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

Автореферат диссертации разослан «__» _____ 2024 года.

(протокол рассылки №__ от _____ 2024 года).

Н.М. Шавози

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

Г.З. Шодикуллова

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

Ж.О. Атакулов

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

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Ожоги пищевода у детей остаются одной из актуальных и важнейших проблем детской хирургии. Согласно данным последних литературных источников, «ожоги пищевода у детей характеризуются высокой частотой, тяжелым течением, серьезными осложнениями, сложностью лечения и высоким уровнем смертности. Частота встречаемости этой патологии у детей составляет от 2% до 15%, а уровень смертности варьирует от 9% до 23%, что подчеркивает значимость этой проблемы»³. Кроме того, выбор оптимальных методов диагностики и хирургической тактики лечения ожогов пищевода, определение оптимального времени для их применения, а также предотвращение развития тяжелых рубцовых стенозов пищевода являются важными задачами, требующими решения в практике детской хирургии. Разработка новых подходов и технологий, направленных на улучшение результатов лечения и снижение осложнений, безусловно, будет значительным достижением в области детской хирургии.

В мире проводятся многочисленные исследования с целью совершенствования комплексной диагностики и лечения ожогов пищевода у детей. В последние годы увеличилась доля тяжелых ожогов пищевода, вызванных каустическими щелочами, применяемыми для очистки сточных труб и поверхностей, что привело к изменениям в клиническом течении заболевания. В этой связи особенно важным становится продолжение научных исследований в области диагностики ожогов пищевода у детей, выбора оптимальной хирургической тактики, анализа долгосрочных результатов лечения рубцовых стенозов после ожогов, а также оптимизации методов лечения с применением бужирования для восстановления проходимости пищевода. Разработка эффективной тактики ведения пациентов и улучшение результатов лечения остаются ключевыми направлениями в данной области медицинской практики.

В нашей стране перед системой здравоохранения поставлены важные задачи по улучшению качества медицинских услуг, предоставляемых населению, и приведению их в соответствие с мировыми стандартами. Это включает в себя охрану здоровья детей и подростков, раннюю диагностику заболеваний и снижение числа осложнений. В этой связи разработаны задачи, направленные «на улучшение эффективности, качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой населению страны, внедрение высоких технологий в диагностику и лечение заболеваний, создание системы патронажа, поддержание здорового образа жизни, а также на профилактику заболеваний и эффективную диагностику»⁴. Исходя из этих задач, исследование частоты ожогов пищевода у детей в зависимости от

³ Бельмер С.В., Разумовский А.Ю., Хавкин А. И. / Детская гастроэнтерология // Национальное руководство / Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 864 с. — (Серия «Национальные руководства»).

⁴ Ўзбекистон Республикаси Президентининг Фармони «2022—2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида»

возраста, типа травматического агента, длительности заболевания и степени повреждения, а также разработка новых методов и тактик хирургического лечения ожогов пищевода у детей, основанных на тяжести повреждения и типе химического вещества, является актуальной задачей. Важным аспектом является использование усовершенствованных современных методов диагностики и проведение эффективного лечения. Усиление профилактических мер позволит снизить количество осложнений и уменьшить уровень смертности.

Также важным является внедрение указанных задач в рамках реализации национальных программ, таких как указ Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года УП-60 «О Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы», указ от 7 декабря 2018 года УП-5590 «О комплексных мерах по радикальному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан», а также решение от 29 июля 2021 года УП-5199 «О мерах по совершенствованию системы специализированной медицинской помощи в области здравоохранения». Данная диссертационная работа будет способствовать реализации задач, обозначенных в этих и других нормативно-правовых документах, связанных с данной деятельностью.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Данная диссертационная работа выполнена с учетом основных направлений преимущественного курса прогрессирования науки и технологий республики Узбекистан пункт VI «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Изучение эффективности лечения больных с ожогами пищевода, разработка методов диагностики и оптимальной хирургической тактики, а также проведение профилактических мероприятий для предотвращения тяжелых осложнений — это одни из ключевых направлений исследований в данной области. Согласно литературным данным, химические ожоги занимают ведущее место среди заболеваний пищевода у детей, особенно в возрасте 1-3 лет. Рубцовые сужения, возникающие вследствие химических ожогов, могут варьировать от 4% до 74%. Попадание едких веществ в организм ребенка является потенциально опасным состоянием, которое может привести к летальному исходу. Согласно мировым источникам, смертность от химических ожогов пищевода составляет от 2% до 15%. Эти ожоги могут вызывать трудности с глотанием, приводить к тяжелым осложнениям и существенно ухудшать качество жизни. Клиническое течение заболевания в значительной степени зависит от возраста ребенка, природы химического вещества, времени, прошедшего с момента ожога, а также других факторов. Chirica M. и соавт. (2017) и Contini S. и соавт. (2013) отмечают, что клинические симптомы не всегда соответствуют степени повреждения пищевода. Отсутствие повреждений полости рта не исключает опасных для жизни повреждений желудочно-кишечного тракта. Наиболее часто используется эндоскопическая классификация ожоговых повреждений пищевода, предложенная S.A. Zargar (1991). Одним из наиболее распространенных и инвалидизирующих

долгосрочных осложнений химических ожогов является образование стриктур пищевода. Эндоскопия и контрастная рентгенография являются основными методами диагностики стриктур. Своевременное и адекватное лечение ожоговых повреждений пищевода играет решающую роль в исходе заболевания.

В настоящее время существует несколько методов дилатационной терапии для лечения рубцовых сужений пищевода, таких как слепое бужирование, гастростомия с бужированием за нить и бужирование по струне-проводнику. Однако при использовании бужирования после ожоговых стриктур возможен риск развития опасных осложнений, таких как перфорация пищевода, который встречается в 1-10,3% случаев (А.Н.Игнатюк, А.С.Карпицкий, 2021). Когда дилатационная терапия оказывается неэффективной в течение длительного времени, применяется пластика пищевода с использованием тонкой или толстой кишки. Однако такие операции сопряжены с риском развития осложнений, включая анастомозиты с последующим рубцовым стенозом, недостаточность анастомоза, ишемию трансплантата, гнойные осложнения и моторные расстройства.

Анализ литературы показывает, что выбор оптимального лечебно-диагностического подхода у больных с ожогами пищевода по-прежнему остается нерешенной проблемой. Это подчеркивает необходимость пересмотра критериев эндоскопической диагностики и хирургической тактики лечения в зависимости от давности заболевания, что поможет избежать тяжелых осложнений. Таким образом, создание эффективного диагностического и лечебного плана для пациентов с повреждениями пищевода, вызванными воздействием коррозионных веществ, является актуальной и нерешенной проблемой в медицине. В связи с этим существует необходимость в совершенствовании и разработке новых методов диагностики и хирургического лечения больных данной категории, что позволит повысить эффективность лечения и улучшить прогноз для пациентов.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Самаркандского государственного медицинского университета № ПЗ 01980006703 по теме: «Хирургическая тактика лечения ожогов пищевода у детей» (2022-2024 гг.).

Целью исследования является: улучшение результатов лечения ожогов пищевода у детей путем оптимизации диагностики и хирургической тактики.

Задачи исследования:

изучить частоту ожогов пищевода у детей в зависимости от возраста, вида травмирующего агента, давности заболевания, степени повреждения;

выявить зависимость степени тяжести поражений пищевода и их встречаемость от вида проглоченного коррозионного вещества путем клинико-инструментальных методов исследования;

провести ретроспективный анализ результатов традиционного лечения ожогов пищевода для оптимизации диагностики и тактики хирургического лечения;

разработать новый способ диагностики и тактику хирургического лечения ожогов пищевода у детей в зависимости от давности заболевания, вида химического агента и степени тяжести поражения;

провести сравнительный анализ эффективности предложенного в клинике нового способа диагностики и тактики хирургического лечения ожогов пищевода с традиционными методами лечения.

Объектом исследования послужили 274 больных с ожогами пищевода различной степени, пролеченных в Специализированной детской хирургической клинике СамГМУ (главный врач проф. Ж.А.Шамсиев) за период с 1992 года по 2022 год.

Предметом исследования для общеклинических, лабораторных и биохимических исследований были использованы периферическая кровь и сыворотка крови пациентов, а также протоколы эндоскопических манипуляций.

Методы исследования. В исследовании использованы следующие методы: общеклинические, лабораторные, биохимические, инструментальные, эндоскопические, лучевые и статистические методы исследования.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

впервые на основании анализа лечения больных с ожогами пищевода за тридцатилетний период клинических наблюдений определена частота ожогов пищевода у детей в зависимости от возраста, вида травмирующего агента, давности заболевания и степени тяжести поражения;

установлено, что вид и свойства химического агента оказывают значимое влияние на степень тяжести поражения пищевода. Доказано, что среди химических агентов наиболее агрессивными являются едкие щелочи, при воздействии которых на организм пациента значительно возрастает вероятность развития тяжелых ожогов третьей степени. Установлено, что в последние годы отмечается резкое увеличение случаев ожогов пищевода, вызванных едкими щелочами по сравнению с кислотами, в связи с растущим использованием бытовых химических средств;

определено, что ожоги пищевода у детей первой степени в 22,5% случаях сопровождаются ожогом гортани, которые требуют интенсивной терапии в отделении реанимации на протяжении 3-4 суток. Остальные больные с ожогами пищевода первой степени в специальном лечении не нуждаются;

определено, что эндоскопические исследования в динамике позволяют на второй и третьей неделе заболевания установить диагноз ожога пищевода второй степени, который не нуждается в лечении бужированием;

доказана небезопасность и низкая эффективность метода слепого бужирования при ожогах 3 степени с выраженным стенозом, при котором может возникнуть перфорация пищевода с развитием тяжелых осложнений в виде медиастинита, плеврита, флегмоны шеи;

впервые разработанный в клинике новый способ диагностики и хирургической тактики при ожогах пищевода 3 степени в основной группе позволил значительно улучшить эффективность лечения бужированием по струне-проводнику, снизить частоту перфораций пищевода и сократить количество операций гастростомий с бужированием через нить;

впервые доказана высокая эффективность предложенного лечебно-диагностического комплекса при ожогах пищевода у детей в зависимости от давности заболевания, вида прижигающего агента и степени тяжести патологических изменений, позволяющая увеличить частоту хороших и удовлетворительных результатов, значительно уменьшить количество неудовлетворительных результатов и существенно сократить сроки пребывания больных в стационаре.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

выявлено значительное число встречаемости химических ожогов по сравнению с термическими. Ожоги пищевода 3 степени наиболее часто развиваются при щелочных химических ожогах. Наиболее уязвимыми в случаях развития химических ожогов пищевода являются дети в возрасте 1-3 года;

установлено, что химические ожоги пищевода первой степени в 22,5% случаев сопровождаются ожогом гортани. Данные ситуации требуют интенсивной терапии в отделении реанимации на протяжении 3-4 суток. Остальные больные с ожогами пищевода первой степени в специальном лечении не нуждаются;

установлена зависимость хирургической тактики лечения ожогов пищевода 2-3 степени от давности, тяжести поражения, вида химического агента, степени патологических изменений.

эндоскопические исследования в динамике позволяют в первые 2-3 недели установить диагноз ожога пищевода второй степени, который не нуждается в лечении бужированием. Ожоги пищевода 3 степени требуют различных дилатационных методов лечения;

доказана низкая эффективность способа слепого бужирования при тяжелых ожогах пищевода 3 степени с выраженным стенозом с возникновением грозных осложнений в виде перфорации пищевода и высокую частоту операции гастростомии с бужированием за нить;

установлена высокая эффективность нового предложенного способа диагностики и хирургической тактики лечения ожогов пищевода третьей степени, позволившая значительно улучшить результаты лечения бужированием по струне-проводнику, снизить частоту перфораций пищевода и сократить количество операций гастростомий с бужированием за нить;

внедрен в клиническую практику лечебно-диагностический комплекс при ожогах пищевода у детей в зависимости от давности заболевания, вида

химического агента, степени патологических изменений, позволяющий увеличить частоту хороших и удовлетворительных результатов, снизить количество неудовлетворительных результатов, а также достоверно сократить сроки пребывания больных в стационаре.

Достоверность полученных результатов. В исследовании использованы теоретические подходы и методы, которые обеспечивают методологическую правильность проведенных исследований. Количество пациентов было выбрано достаточным для обеспечения достоверности результатов. Применяемые методы являются современными и дополняют друг друга, включая клинические, лабораторные, инструментальные, хирургические и статистические подходы. Меры по лечению детей с ожогами пищевода, полученные в ходе исследования, были специфичными и сопоставлены с международным и местным опытом. Полученные результаты и выводы были подтверждены компетентными структурами, что подтверждает их научную обоснованность и практическую значимость.

Научная и практическая значимость результатов исследования. На основе ретроспективного анализа клинических наблюдений за детьми с ожогами пищевода, проводившегося в течение тридцати лет, было установлено, что возникновение и течение заболевания напрямую зависит от возраста пациента, типа агрессивного вещества, продолжительности воздействия и тяжести повреждений. Разработка новой хирургической тактики лечения с использованием струны-проводника для раннего бужирования позволяет значительно сократить количество гастростомий и предотвращать перфорации пищевода.

Результаты исследования имеют важное практическое значение. Установлено, что детям с ожогами пищевода первой степени не требуется специальное хирургическое лечение, а пациентам с химическими ожогами второй степени следует отказаться бужирования пищевода. Применение метода раннего бужирования с использованием струны-проводника привело к положительным и удовлетворительным результатам, что в свою очередь позволяет отказаться от более сложных хирургических вмешательств, таких как гастростомия с бужированием через нить.

Внедрение результатов исследования. Результаты научного исследования были внедрены в практику хирургических отделений, а именно, в Сурхандарьинского областного многопрофильного детского медицинского центра, согласно приказу от 28 июля 2023 года № 45, а также в отделении детской хирургической травмы Сурхандаринского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, согласно приказу от 28 июля 2023 года № 4.

Тяжесть ожогов пищевода у детей зависит от химической природы прижигающего вещества. Щелочи, как показали исследования, обладают высокой повреждающей способностью, увеличивая вероятность ожогов третьей степени до 59,8%. Кислотные вещества вызывают ожоги, которые в 1,5 раза менее тяжелые, составляя 40,2% случаев. Разработанный метод диагностики и лечения ожогов пищевода третьей степени с использованием

струны-проводника для бужирования, а также новых терапевтических и диагностических мер значительно повысил эффективность лечения. Применение этого метода повысило эффективность бужирования через струну-проводник до 60,6%, снизив риск перфорации пищевода до 0% и уменьшив количество гастростомий для бужирования за нить на 39,4%.

Внедрение новых терапевтических и диагностических мероприятий значительно улучшило результаты лечения. Число неудовлетворительных результатов снизилось в два раза, а срок госпитализации пациентов, то есть количество дней пребывания в стационаре, сократилось. В Республике Узбекистан внедрение метода диагностики и лечения ожогов пищевода с использованием струны-проводника для бужирования привело к сокращению госпитальных дней, что повлияло на экономию бюджетных средств и более быстрый процесс выздоровления детей.

Внедрение научных разработок по теме «Хирургическая тактика лечения ожогов пищевода у детей» в других медицинских учреждениях было подтверждено заключением Научно-технического совета Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 07/58 от 22 октября 2024 года.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 7 научных конференциях, включая 6 республиканских и 1 международных научно-практических симпозиума.

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертации было опубликовано 16 научных работ, включая 6 статей в научных изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций, из которых 3 статьи были выпущены в республиканских и 3 в международных журналах.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов и практических рекомендаций, а также списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 102 страницы.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснована актуальность и востребованность темы диссертации, четко сформулированы цель и задачи, доказано соответствие приоритетам развития науки и техники в Республике, описана научная новизна и практические результаты исследования, показана теоретическая и практическая значимость полученных результатов, представлена информация о внедрении результатов исследования в практику.

В первой главе диссертации под названием «**Современное состояние хирургической тактики лечения ожогов пищевода у детей (обзор литературы)**» изложено современное понимание этиологии, механизмов развития и распространенности ожогов пищевода и их осложнений у детей. Проанализированы аспекты клиники и диагностики ожогов пищевода, приведены основные принципы тактики лечения ожогов пищевода и их осложнений у детей.

Во второй главе диссертации под названием «**Общая характеристика клинических наблюдений и методов исследования**» приводятся материал и методы исследований.

В основу настоящей диссертации положен анализ результатов диагностики и лечения 274 больных с ожогами пищевода в возрасте от 1 года до 18 лет, наблюдавшихся на стационарном лечении в Специализированной детской хирургической клинике СамГМУ.

Ретроспективный анализ лечения 274 ожогов пищевода у детей показал высокую частоту химических ожогов (79,2%) по сравнению с термическими (20,8%). Чаще всего поражаются дети в возрасте 1-3 года (64,2%). Число мальчиков (62,8%) преобладало над девочками (37,2%).

Согласно нашим данным, среди термических ожогов пищевода наблюдались исключительно ожоги первой степени. Ожоги второй и третьей степени не были зарегистрированы. В 96,5% случаев страдали дети в возрасте 1-3 года. В связи с этим в дальнейших исследованиях проведем анализ 217 больных с **химическими** ожогами пищевода.

Все наблюдавшиеся 217 больных с химическими ожогами пищевода были разделены на две группы.

В **первую группу (контрольная группа)** включены 115 (53,0%) больных, находившихся в клинике за 20-летний период (1992-2011гг), получивших традиционное лечение.

Во **вторую группу (основная группа)** включили 102 (47,0%) больных, пролеченных в клинике за 10-летний период (2012-2022гг), к которым применяли разработанный в клинике новый способ диагностики и хирургической тактики лечения ожогов пищевода у детей.

В таблице 1 приводится распределение больных в сравниваемых группах в зависимости от сроков поступления в клинику от момента получения травмы.

Таблица 1

Распределение больных с химическими ожогами пищевода в группах в зависимости от сроков поступления

группы больных	сроки поступления			всего
	1 неделя	2-3 недели	4-6 недели и более	
контрольная	81 (70,4%)	10 (8,7%)	24 (20,9%)	115 (53,0%)
основная	57 (55,9%)	10 (9,8%)	35 (34,3%)	102 (47,0%)
всего	138 (63,6%)	20 (9,2%)	59 (27,2%)	217 (100%)
достоверность	$\chi^2 = 5,47, df=2, p=0,065, p>0,05$			

Из данных, представленных в таблице 1, видно, что большинство детей (63,6%) были госпитализированы в первую неделю после ожога пищевода, на 2-3 недели - 9,2%, на 4-6 неделе и позже поступило 27,2%. В контрольной группе доля таких пациентов составила 70,4%, а в основной группе - несколько меньше, 55,9%. Среди детей, поступивших через 4-6 недель и позже, в контрольной группе было 20,9%, тогда как в основной группе доля пациентов, поступивших в более поздние сроки, составила 34,3%.

Ниже в таблице 2 представлены данные по распределению больных с ожогами пищевода в группах в зависимости от прижигающего агента.

Таблица 2

Распределение больных с химическими ожогами пищевода в основной и контрольной группе в зависимости от вида коррозионного вещества

группы больных	вид прижигающего агента		всего
	щелочи	кислоты	
контрольная	24 (20,9%)	91 (79,1%)	115 (53,0%)
основная	63 (61,8%)	39 (38,2%)	102 (47,0%)
всего	87 (40,1%)	130 (59,9%)	217 (100%)
достоверность	$\chi^2 = 35,96, df=1, p=2,02 \times 10^{-9}, p<0,001$		

Из табл. 2 видно, что среди всех химических ожогов пищевода повреждения, вызванные кислотами составляют 59,9% случаев, а щелочами - 40,1%. В последние годы (основная группа) отмечается резкое увеличение случаев ожогов пищевода, вызванных едкими щелочами (61,8%) по сравнению с кислотами (38,2%).

Распределение пациентов по степени химического ожога пищевода в основной и контрольной группах представлено в табл.3.

Таблица 3

Распределение больных по степени химического ожога пищевода в основной и контрольной группах

группы больных	степень ожога пищевода			всего
	1-степень	2-степень	3-степень	
контрольная	30 (26,1%)	39 (33,9%)	46 (40,0%)	115 (53,0%)
основная	10 (9,8%)	26 (25,5%)	66 (64,7%)	102 (47,0%)
всего	40 (18,4%)	65 (30,0%)	112 (51,6%)	217 (100%)
достоверность	$\chi^2 = 15,45, df=2, p=0,00044, p<0,05$			

Из представленной таблицы 3 видно, что ожоги пищевода первой степени наблюдались в 18,4% случаев, второй степени – 30,0% и третьей степени – 51,6%. В основной группе тяжелые ожоги 3 степени составили 64,7%, что значительно больше по сравнению с контрольной группой (40%). Представленные данные свидетельствуют о том, что в основной группе наблюдался достоверно ($p < 0,05$) более тяжелый контингент больных по сравнению с контрольной группой.

Из всех 217 больных с химическими ожогами пищевода первая степень диагностирована у 40 (18,4%) детей. У них отмечалось катаральное воспаление пищевода, проявляющееся покраснением, отеком и легкой ранимостью слизистой оболочки. В связи с тем, что 1 степень ожога пищевода в специальном лечении не нуждается данные дети были выписаны из клиники на 2-3 день после ожога. Однако из 40 больных с ожогом пищевода 1 степени у 9 (22,5%) сопровождался ожогом гортани, проявляющимся значительным беспокойством, одышкой и затрудненным шумным дыханием с участием вспомогательных мышц. Такие больные нуждались в интенсивной терапии в отделении реанимации на протяжении 3-4 дней.

Клиническая картина. По клиническому течению ожоги пищевода были распределены на три фазы.

Острая фаза. Начинается сразу после травмы и продолжается в течении одной недели. В этом периоде у больных наблюдались выраженное беспокойство, повышение температуры тела, гиперсаливация, затруднение глотания, отказ от приема пищи, болевой синдром и др. Тяжесть состояния в первые часы после ожога могла быть связана с развивающимся болевым шоком, отеком гортани и легких, а также нарастающим токсикозом и эксикозом.

Подострая фаза (фаза мнимого благополучия) наступает со второй недели и продолжается до конца второй-третьей недели после ожога. В этом периоде острые явления стихают, уменьшаются явления дисфагии и наступает период внешнего благополучия. Состояние больных улучшается, нормализуется температура, исчезает гиперсаливация, больные становятся более активными и начинают принимать жидкую пищу. При ожогах второй степени процесс улучшения характеризуется восстановлением нормальной структуры слизистой пищевода, без развития рубцовых изменений. При химических ожогах пищевода 3 степени период мнимого благополучия может продолжаться до 3-4 недели и более.

Фаза формирования стеноза. Начиная с 4-6 недели после ожога, у детей с тяжелыми поражениями наступает фаза формирования рубцового стеноза, которая характеризуется постепенным ухудшением проходимости пищевода, что проявляется различной степенью дисфагии. Различают стадию **формирующегося** рубцового стеноза, которая длится 4-6 недель, и стадию **сформировавшегося** стеноза, наступающую через 2-6 месяцев после химического ожога пищевода. При приеме сначала твердой, а затем и полужидкой пищи появляются дисфагия и пищеводная рвота. В тяжелых случаях ребенок не может глотать даже слюну.

Диагностика. Только на основании клинической картины нельзя подтвердить или исключить ожог пищевода. Наиболее достоверную информацию о характере поражения пищевода может дать только диагностическая эндоскопия. Клинические симптомы могут быть схожи при изолированных ожогах полости рта или пищевода, тогда как отсутствие ожогов полости рта не исключает поражение пищевода.

По характеру поражения пищевода различали три степени (С.Д.Терновский 1963, Э.Н.Ванцян, Р.А.Тошаков 1971).

Первая степень (легкая) сопровождается катаральным воспалением слизистой оболочки пищевода, проявляющимся отеком, гиперемией с легкой ранимостью слизистой оболочки. При этом отсутствуют фибриновые наложения (рис.1). Отек спадает на 3-4 сутки, а эпителизация ожоговой поверхности заканчивается через 5-7 дней после травмы.



Рис. 1. Первая степень ожога пищевода (3 сутки после ожога).



Рис. 2. Вторая степень ожога пищевода (12 сутки после ожога).

Вторая степень (средняя) характеризуется более глубоким повреждением слизистой оболочки – фибринозно-эрозивным эзофагитом, который характеризуется легко снимающимися гнойно-фибринозными наложениями. При инсуффляции воздухом отмечается легкой степени

ригидность стенки пищевода. Через 2-3 недели после ожога *наступает полная эпителизация ожоговых поверхностей без рубцевания* (рис. 2). **Третья степень (тяжелая)** проявляется гнойно-фибринозным, язвенно-некротическим эзофагитом. При этом образуются грубые, долго не отторгающиеся фибриновые наложения грязно-серого цвета. По мере отторжения некротических тканей появляются язвы, на 3-4 неделе заполняющиеся грануляциями с последующим замещением рубцовой тканью, суживающей просвет пищевода (рис.3).



Рис.3. Третья степень ожога пищевода (18 сутки после ожога).

Хирургическая тактика лечения и методы оценки результатов.

В контрольной группе применяли традиционный метод лечения:

При 1 степени ожога пищевода больные не нуждались в специальном лечении. Они выписывались домой на 2-3 день после ожога.

При 2 степени ожога пищевода в первую неделю после травмы отдифференцировать от 3 степени представляет большие трудности. Поэтому этим больным при поступлении в клинику ставили диагноз ожог пищевода 2-3 степени. Начиная со 2-3 недели клиническая картина улучшается, эндоскопически отмечается очищение от гнойно-фибринозного налета и не оставляет рубцовых изменений. Данные больные не нуждаются в лечении бужированием.

При ожогах пищевода 3 степени поступивших в 1 и 2-3 недели, после травмы и купирования общих симптомов ожога, прямое бужирование пищевода проводилось на 4-6 неделе после травмы. Больным, поступившим в более поздние сроки, то есть на 4-6 неделе и позже, также проводилось прямое бужирование по мере их поступления. При неэффективности или невозможности прямого бужирования применяли гастростомию по Кадеру с бужированием за нить. Следовательно, всем больным контрольной группы с ожогом пищевода 3 степени, независимо от давности заболевания, дилатационное лечение проводилось на 4-6 неделе и позже после ожога.

В основной группе была принята следующая тактика:

При 1 и 2 степени ожога пищевода тактика ведения больных не отличалась от контрольной группы.

При ожогах пищевода 3 степени, в отличие от контрольной группы, больным, поступившим на первой и второй-третьей неделе, бужирование по струне-проводнику проводилось в более ранние сроки — на 2-3 недели после ожога. Пациентам, поступившим на 4-6 неделе и позже, также применяли метод бужирования по струне-проводнику. После достижения резидуального отверстия 6-7 мм переходили на прямое бужирование. Гастростомия по Кадеру с бужированием за нить проводилась только при неэффективности бужирования по струне-проводнику.

Если у больных наблюдалась стойкая дисфагия, интоксикация и сужение просвета пищевода, вследствие выраженного воспалительного отека указывающие на глубокое поражение пищевода и невозможности выполнения бужирования по струне-проводнику проводилась операция гастростомия с бужированием за нить без предварительной дилатации по струне-проводнику.

Оценку результатов лечения проводили по трехбалльной системе с учетом клинических проявлений и эндоскопической картины.

Хорошими результатами лечения считали, когда диаметр пищевода в зоне стеноза достигал не менее 10-11 мм, наблюдалось нормальное глотание и периодические затруднения при прохождении твердой пищи.

Удовлетворительными считали результаты, если диаметр пищевода в участке стеноза составлял 8-9 мм и пациент мог употреблять только мягкую полужидкую пищу.

Неудовлетворительными считали результаты при сужении просвета пищевода 6-7 мм, возможно свободное употребление только жидкой пищи.

При оценке результатов лечения пользовались шкалой S.G. Wown и эндоскопической классификацией Ю.И. Галлингера.

Методы исследований базировались на комплексном анализе клинических данных, включающих анамнестические сведения, результаты лабораторных исследований (общего клинического анализа, биохимических анализов крови и мочи) и данные объективного инструментального обследования. В ходе изучения анамнеза особое внимание уделялось хронологии с момента получения ожога, химическому составу и объему проглоченной едкой жидкости, а также характеру предшествующей терапии до поступления пациента в клинику. Анализ лабораторных данных направлен на оценку степени выраженности анемии и белково-электролитных дисбалансов. Статус воспалительных процессов и наличие стриктур в пищеводе определялись с помощью эндоскопических и рентгенологических методов исследования. Дополнительное уточнение характеристик стриктур пищевода проводилось с использованием эндоскопических инструментов и метода диагностического бужирования. Результаты исследований оценивались на основании субъективных (исчезновение симптомов дисфагии, боли и тяжести в эпигастрии и за грудиной) и объективных данных (рентгенологическое и эндоскопическое исследования), проводимых на протяжении всего периода стационарного лечения.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением программного комплекса Статистиса 6.0, разработанного компанией StatSoft. В рамках исследования представлены результаты в формате выборочных средних значений и стандартных ошибок средних. Были вычислены следующие статистические параметры: среднее арифметическое (M), стандартное отклонение (σ) и стандартная ошибка среднего (m). Для переменных с ненормальным распределением определялась медиана. Сравнение средних значений осуществлялось с использованием т-критерия Стьюдента. Корреляционный анализ проводился по непараметрическим методам, включая анализ Спирмена. Для сравнения непараметрических переменных использовались таблицы сопряженности с применением критерия χ^2 . Порог достоверности статистических выводов устанавливался на уровне $p < 0,05$.

В третьей главе диссертации под названием «**Лечение ожогов пищевода у детей традиционными методами**», посвящена комплексному анализу диагностических данных и подходов к лечению у 115 пациентов с химическими ожогами пищевода, которым было применено традиционное лечение.

Из 115 больных контрольной группы с ожогом пищевода 81 (70,4%) поступили в клинику в первую неделю от момента получения травмы (табл. 1). Среди 81 больных, обратившихся в первую неделю после ожога у 30 (26,1%), был установлен ожог пищевода 1 степени. У остальных 51 (44,3%) больного в первую неделю после ожога отдиффиринцировать 2 степень ожога от 3 степени представляло большие трудности. Поэтому этим больным при поступлении в клинику ставили диагноз ожог пищевода 2-3 степени. Из 51 больных у 39 на 2-3 неделе после травмы отмечалось улучшение общего состояния, исчезла гиперсаливация, уменьшилась дисфагия и болезненность при глотании, снизилась температура тела, эндоскопически отмечалось постепенное очищение от гнойно-фибринозного налета с эпителизацией поверхностных язв без рубцовых изменений просвета пищевода. Эти больные выписывались с диагнозом ожог пищевода 2 степени.

У остальных 12 больных, поступивших в первую неделю несмотря на стабилизацию общего состояния эндоскопически отмечался трудно отделяемый обширный гнойно-некротический налет грязно серого цвета, выраженный отек и инфильтрация, уменьшение просвета пищевода. По мере очищения язв они заполнялись грануляционной тканью. Этим больным устанавливали ожог пищевода 3 степени, которые нуждались в другой тактике лечения.

Из общего количества 46 больных с ожогами пищевода 3 степени, поступившие в первую неделю, составили 12 (26,1%), на 2-3 неделе - 10 (21,7%) и на 4-6 неделе и более - 24 (52,2%).

Всем этим больным, поступившим на 1 неделе, 2-3 неделе после ожога и комплексного медикаментозного лечения, а также затихания гнойно-воспалительного процесса, на 4-6 неделе и позже т.е. в фазе формирующегося и сформировавшегося рубцового стеноза проводили прямое (слепое) бужирование пищевода. Больным, поступившим на 4-6

неделе, и более также применяли прямое бужирование. При неэффективности или невозможности прямого бужирования применяли гастростомию по Кадеру с бужированием за нить.

Механизм прижигающего действия различных химических веществ неодинаков. Поэтому при выборе хирургической тактики лечения ожогов пищевода необходимо учитывать вид химического агента. Далее в таблице 4 приводим данные по эффективности результатов лечения ожогов пищевода в зависимости от вида химического агента.

Таблица 4

Результатов лечения ожогов пищевода 3 степени в зависимости от вида химического агента

вид химического вещества	способ лечения		всего
	прямое бужирование	операция гастростомия с бужированием за нить	
кислоты	17 (54,8%)	14 (45,2%)	31 (67,4%)
щелочи	4 (26,7%)	11 (73,3%)	15 (32,6%)
всего	21 (45,7%)	25 (54,3%)	46 (100%)

Как видно из таблицы 4, из общего количества 46 больных контрольной группы прямое бужирование было эффективным у 45,7%, в остальных 54,3% случаев была выполнена гастростомия с бужированием за нить. У большинства (67,4%) больных контрольной группы причиной химического ожога пищевода были кислоты, щелочные ожоги отмечены в 32,6% случаев. При ожогах пищевода, вызванных кислотами, гастростомия проведена 45,2% больным. Необходимо отметить, что из всех случаев ожогов, вызванных щелочами, в 73,3% пришлось прибегнуть к операции гастростомии с бужированием пищевода за нить, т.е., в 1,6 раз чаще, чем при поражениях кислотами. Нужно подчеркнуть, что прямое бужирование менее эффективно при щелочных ожогах. Указанные данные свидетельствуют о более тяжелом течении ожогов пищевода, вызванных едкими щелочами.

Из 25 больных, оперированных по поводу гастростомии для бужирования за нить 17 (68%) гастростома наложена без предварительного слепого бужирования, из-за выраженной степени рубцовых изменений, сужение просвета пищевода и деформации, а 8 (32,0%) больным операция проведена после неудачной попытки прямого бужирования. Следовательно, из 29 больных, которым проводилось прямое бужирование у 2 возникло грозное осложнение в виде перфорации пищевода, что составляет 6,9%.

Таблица 5

Результаты лечения ожогов пищевода 3 степени в контрольной группе

результаты лечения и сроки пребывания больных в стационаре	количество	
	абс	%
Хорошие	31	67,4%
удовлетворительные	9	19,6%
неудовлетворительные	6	13,0%
Всего	46	100%
койко-день	41,1±2,9	

В таблице 5 приведены результаты лечения ожогов пищевода 3 степени в контрольной группе.

Таблица 5 показывает, что в контрольной группе хорошие результаты были получены в 67,4%, удовлетворительные – 19,6% и неудовлетворительные в 13,0% случаев. Койко-день составил $41,1 \pm 2,9\%$.

В четвертой главе диссертации под названием «**Хирургическая тактика лечения ожогов пищевода у детей по разработанному методу клиники**» приводится анализ результатов диагностики и лечения 102 больных с химическими ожогами пищевода по разработанному методу клиники.

Из общего количества 102 больных с ожогами пищевода большинство поступили в первую неделю после травмы - 57 (55,9%) (табл. 1). Среди 57 больных, обратившихся в первую неделю после ожога у 10 (9,8%), был химический ожог пищевода 1 степени, которые не нуждались в специальном лечении. У остальных 47 больных, отмечалось выраженное беспокойство, плохое самочувствие, затрудненное и болезненное глотание, гиперсаливация, повышение температуры тела, эндоскопически отмечались выраженная гиперемия, отек слизистой, фибринозные наложения разной протяженности и плотности, различная степень ригидности стенки пищевода. Этим больным при поступлении в клинику ставили диагноз химический ожог пищевода 2-3 степени. В процессе лечения на второй-третьей неделе у 26 из 47 больных отмечалось улучшение общего состояния, нормализация температуры тела, исчезновение гиперсаливации и дисфагии. При контрольной эндоскопии у этих больных отмечалось постепенное очищение от гнойно-фибринозного налета с эпителизацией поверхностных язв без рубцовых изменений просвета пищевода. Этим больным установили диагноз химический ожог пищевода 2 степени и выписывали домой с выздоровлением.

У остальных 21 больных, поступивших в первую неделю от начала травмы несмотря на стабилизацию общего состояния, отмечалось продолжение гнойно-воспалительного процесса, эндоскопически отмечался трудно отделяемый обширный гнойно-некротический налет грязно серого цвета, выраженный отек и инфильтрация, уменьшение просвета пищевода. По мере очищения язв они заполнялись грануляционно-рубцовой тканью. Этим 21 больным установили диагноз химический ожог пищевода 3 степени, которые нуждались в другой тактике лечения.

Из общего количества 66 больных с ожогами пищевода 3 степени поступившие в первую неделю составили 21 (31,8%), на 2-3 неделе - 10 (15,2%) и на 4-6 неделе и более – 35 (53,0%).

21 больному поступившим в первую неделю было проведено бужирование по методу клиники на 2-3 неделе от начала заболевания. Из них бужирование оказалось эффективным в 95,2% случаях. В 4,8% случаях бужирование по струне-проводнику оказалось неэффективным, в связи с чем была выполнена операция наложения гастростомы по Кадеру с бужированием за нить.

10 больным, поступившим на 2-3 неделе после ожоговой травмы, проводили бужирование по струне-проводнику, из них в 50,0% случаях

бужирование оказалось эффективным. Остальным 50,0% больным из-за неэффективности бужирования по струне-проводнику выполнена операция гастростомия по Кадеру с бужированием за нить.

Из 35, поступивших на 4-6 неделе и более сроки у 42,9% бужирование по струне-проводнику было эффективным, остальным 57,1% больным из-за неэффективности или невозможности бужирования была проведена операция гастростомия с бужированием за нить.

Из приведенных выше данных прослеживается влияние сроков начала и методов дилатационного лечения на течение заболевания и результаты лечения. С увеличением сроков обращения эффективность бужирования по струне-проводнику снижается и при этом повышается частота операций гастростомий с бужированием за нить.

При выборе хирургической тактики лечения ожогов пищевода 3 степени учитывали вид химического агента. В таблице 6 приведены результаты лечения ожогов пищевода в зависимости от вида химического агента.

Таблица 6

Эффективность результатов лечения ожогов пищевода 3 степени в зависимости от вида химического агента

вид агента	способ лечения		всего
	бужирование по струне-проводнику	операция гастростомия с бужирован за нить	
Кислоты	13 (92,9%)	1 (7,1%)	14 (21,2%)
Щелочи	27 (51,9%)	25 (48,1%)	52 (78,8%)
Всего	40 (60,6%)	26 (39,4%)	66 (100%)

Таблица 6 показывает, что из общего количества 66 больных основной группы бужирование по струне-проводнику было эффективным у 60,6%, в остальных 39,4% случаях была выполнена гастростомия с бужированием за нить. У большинства (78,8%) больных основной группы причиной химического ожога пищевода были едкие щелочи. Повреждения, вызванные кислотами, отмечены в 21,2% случаев.

В таблице 7 приведены результаты лечения ожогов пищевода 3 степени в основной группе.

Таблица 7

Результаты лечения ожогов пищевода 3 степени в основной группе

результаты лечения и сроки пребывания больных в стационаре	количество	
	абс	%
Хорошие	55	83,3%
удовлетворительные	7	10,3%
неудовлетворительные	4	6,1%
Всего	66	100%
койко-день	33,5±2,2	

Таблица 7 показывает, что в основной группе хорошие результаты были получены в 83,3%, удовлетворительные в 10,3 и неудовлетворительные в 6,1% случаев. Среднее пребывание больных в стационаре составило 33,5±2,2 койко-день.

Таким образом, анализ лечения химических ожогов пищевода у детей в основной группе показывает, что результаты лечения во многом зависят от давности заболевания, степени тяжести поражения и вида химического агента.

В пятой главе диссертации под названием «Сравнительная оценка эффективности традиционного и разработанного в клинике методов лечения ожогов пищевода у детей» приводится комплексная оценка результатов лечения детей с химическими ожогами пищевода в контрольной и основной группах.

В таблице 8 показано распределение больных с химическими ожогами пищевода 3 степени в основной и контрольной группах в зависимости от вида химического агента.

Таблица 8

Распределение больных основной и контрольной группы с ожогами пищевода 3 степени в зависимости от прижигающего агента

Группы Больных	вид прижигающего агента		всего
	кислота	щелочь	
Основная	14 (21,2%)	52 (78,8%)	66 (100%)
контрольная	31 (67,4%)	15 (32,6%)	46 (100%)
итого	45 (40,2%)	67 (59,8)	112 (100%)

Из таблицы 8 видно, что из общего количества 112 больных с тяжелыми ожогами пищевода 3 степени ожоги, вызванные кислотами, составили 40,2%, а щелочами чаще – 59,8%. В контрольной группе частота повреждения кислотами составляло 67,4% случаев, по сравнению с щелочами – 32,6%. В то же время в основной группе отмечается значительное увеличение количества ожогов пищевода, вызванных едкими щелочами – 78,8%, по сравнению с кислотами – 21,2%. Данная таблица свидетельствует о том, что тяжесть повреждений пищевода при ожогах у детей существенно зависит от химической природы прижигающего вещества: концентрированные щелочи проявляют высокую агрессивность, увеличивая вероятность возникновения тяжёлых ожогов третьей степени до 59,8%, что в 1,5 раза выше, чем при травмах, вызванных кислотами (40,2%). В последние годы (2012-2022гг.) наблюдается значительный рост тяжелых случаев ожогов пищевода третьей степени, вызванных воздействием едких щелочей (78,8%) по сравнению с кислотами (21,2%), что связано с широким использованием агрессивных химических веществ в быту.

Данные по влиянию вида прижигающего химического агента на результаты лечения ожогов пищевода 3 степени у детей в основной и контрольной группах приведены в таблице 9.

Таблица 9 показывает, что вид прижигающего агента оказывает существенное влияние на результаты лечения ожогов пищевода. Химические ожоги, вследствие воздействия щелочей, характеризуются более тяжелым течением заболевания по сравнению с кислотными травмами. В основной группе предлагаемая тактика хирургического лечения позволила сократить операции гастростомии с бужированием за нить до 48,1%, по сравнению с

контрольной группой (73,3%). При ожогах пищевода, вызванных кислотами количество операций гастростомий сократилось с 45,2% в контрольной группе до 7,1% в основной. В то же время при лечении ожогов, вызванных кислотами, бужирование по струне-проводнику (92,9%) оказалось в 1,7 раз эффективней бужирования вслепую (54,8%). При лечении щелочных повреждений бужирование по струне-проводнику оказалось в 2 раза эффективнее бужирования вслепую (51,9% и 26,7% соответственно). В целом при химических ожогах пищевода 3 степени метод бужирования по струне-проводнику в основной группе оказался эффективнее (60,6%), чем бужирования вслепую в контрольной группе (45,7%), что позволило сократить количество операций гастростомий с 54,3% в контрольной группе до 39,4% в основной. При этом из общего количества 26 пациентов основной группы, перенесших гастростомию с бужированием за нить, у 25 (96,2%) имели обширные и выраженные рубцовые изменения, вызванные воздействием едких щелочей.

Таблица 9

Сравнительная оценка эффективности способа лечения ожогов пищевода 3 степени в зависимости от вида химического агента

вид реагента	основная группа (n=66)		контрольная группа (n=46)	
	способ лечения		способ лечения	
	бужирование по струне-проводнику	операция гастростомия с бужирован за нить	бужирование вслепую	операция гастростомия с бужирован за нить
кислоты	13 (92,9%)	1 (7,1%)	17 (54,8%)	14 (45,2%)
щелочи	27 (51,9%)	25 (48,1%)	4 (26,7%)	11 (73,3%)
всего	40 (60,6%)	26 (39,4%)	21 (45,7%)	25 (54,3%)

Результаты лечения больных с химическими ожогами пищевода в сравниваемых группах оценивались по трёхбалльной системе (табл.10).

Таблица 10

Результаты лечения больных с ожогами пищевода 3 степени в основной и контрольной группах

результаты лечения и сроки пребывания больных в стационаре	группы больных	
	основная	контрольная
хорошие	55 (83,3%)	31 (67,4%)
удовлетворительные	7 (10,6%)	9 (19,6%)
неудовлетворительные	4 (6,1%)	6 (13,0%)
Всего	66 (100%)	46 (100%)
койко-день	33,5±2,2 *	41,1±2,9

*Примечание, где * достоверность различий ($p < 0,05$)*

Представленные в таблице 10 данные показывают высокую эффективность разработанной в клинике тактики хирургического лечения химических ожогов пищевода 3 степени у детей. Применение разработанного в клинической практике комплекса лечебно-диагностических мероприятий при тяжелых ожогах пищевода третьей степени у детей позволило

существенно улучшить исходы лечения. В **основной группе** частота хороших результатов увеличилась до 83,3%, тогда как в **контрольной группе** данный показатель составлял 67,4%, число удовлетворительных результатов снизилось с 19,6% до 10,6%, количество неудовлетворительных исходов уменьшилось в два раза — с 13% до 6,1%, а также достоверно сократились ($p < 0,05$) сроки пребывания больных в стационаре с $41,1 \pm 2,9$ до $33,5 \pm 2,2$ койко-день. Все это является конкретным подтверждением значимости проведенной работы для практического здравоохранения.

ВЫВОДЫ

На основании проведенных исследований по диссертации на соискание доктора философии (PhD) по медицинским наукам на тему «**Хирургическая тактика лечения ожогов пищевода у детей**» сделаны следующие выводы:

1. Ретроспективный анализ лечения ожогов пищевода у детей показал высокую частоту химических ожогов (79,2%) по сравнению с термическими (20,8%). Среди всех химических ожогов пищевода повреждения, вызванные кислотами составляют 59,9% случаев, а щелочами - 40,1%. В последние годы отмечается резкое увеличение случаев ожогов пищевода, вызванных едкими щелочами (61,8%) по сравнению с кислотами (38,2%). При этом ожоги пищевода первой степени наблюдались в 18,4% случаев, второй степени – 30,0% и третьей степени – 51,6%. Чаще всего поражаются дети в возрасте 1-3 года (64,2%).

2. Тяжесть повреждений пищевода при ожогах у детей существенно зависит от химической природы прижигающего вещества: концентрированные щелочи проявляют высокую агрессивность, увеличивая вероятность возникновения тяжёлых ожогов третьей степени до 59,8%, что в 1,5 раза выше, чем при травмах, вызванных кислотами (40,2%). В последние годы наблюдается значительный рост тяжелых случаев ожогов пищевода третьей степени, вызванных воздействием едких щелочей (78,8%) по сравнению с кислотами (21,2%), что связано с широким использованием агрессивных химических веществ в быту.

3. Химические ожоги пищевода первой степени у детей в 22,5% случаев сопровождаются ожогом гортани, что проявляется выраженным беспокойством, одышкой и затрудненным шумным дыханием с участием вспомогательных мышц. Такие состояния требуют проведения интенсивной терапии в отделении реанимации в течении 3-4 суток (в среднем $3,29 \pm 0,23$ дня). Остальные больные с ожогами пищевода первой степени не нуждаются в специальном лечении.

4. Хирургическая тактика лечения химических ожогов пищевода 2-3 степени во многом зависит от давности заболевания, тяжести поражения и вида химического агента. Эндоскопические исследования в динамике позволяют в первые 2-3 недели установить диагноз ожога пищевода второй степени, который не нуждается в лечении бужированием. Больным с ожогами пищевода 3 степени требуются различные дилатационные методы лечения.

5. Ретроспективный анализ традиционных методов лечения ожогов пищевода третьей степени в контрольной группе выявил низкую эффективность слепого бужирования в 45,7% случаях с возникновением грозных осложнений в виде перфорации пищевода – 6,9% и высокую частоту выполнения операции гастростомии с бужированием за нить – 54,3%.

6. Разработанный новый способ диагностики и хирургической тактики лечения детей с ожогами пищевода третьей степени в основной группе позволил значительно повысить эффективность лечения путем бужирования

по струне-проводнику до 60,6%, снизить частоту перфораций пищевода до 0% и уменьшить количество гастростомий с бужированием за нить до 39,4%. При этом 96,2% пациентов, перенесших гастростомию с бужированием за нить, имели обширные и выраженные рубцовые изменения, вызванные воздействием едких щелочей.

7. Применение разработанного в клинической практике комплекса лечебно-диагностических мероприятий при тяжелых ожогах пищевода третьей степени у детей позволило существенно улучшить исходы лечения. В основной группе частота хороших результатов увеличилась до 83,3%, тогда как в контрольной группе данный показатель составлял 67,4%, число удовлетворительных результатов снизилось с 19,6% до 10,6%, количество неудовлетворительных исходов уменьшилось в два раза — с 13% до 6,1%, а также достоверно сократились ($p < 0,05$) сроки пребывания больных в стационаре с $41,1 \pm 2,9$ до $33,5 \pm 2,2$ койко-дней.

**SCIENTIFIC COUNCIL FOR AWARDING ACADEMIC DEGREES AT
THE SAMARKAND STATE MEDICAL UNIVERSITY UNDER THE
NUMBER DSc.04/30.12.2019.Tib.102.01**

SAMARKAND STATE MEDICAL UNIVERSITY

SAGIRAEV NODIR ZHUMAKULOVICH

**SURGICAL TACTICS FOR TREATING ESOPHAGEAL BURNS IN
CHILDREN**

14.00.35-Pediatric Surgery

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

Samarkand – 2024

The topic of the dissertation for the Doctor of Philosophy (PhD) was registered by the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under the number B2021.2.DSc04/30.12.2019.Tib.102.01

The dissertation was completed at the Samarkand State Medical University. The abstract of the dissertation is available in three languages (Uzbek, Russian, Yenglish (summary)) on the website of the Academic Council (www.sammi.uz) and on the Information and yeducational portal "ZiyoNET" (www.ziynet.uz).

Scientific supervisor: **Shamsiev Azamat Mukhitdinovich**
Doctor of Medical Sciences, Professor.

Official opponents: **Podkamenev Alexey Vladimirovich**
Doctor of Medical Sciences, Professor.

Akhmedov Yusuf Makhmudovich
Doctor of Medical Sciences, Professor

The leading organization: **Kirov State Medical University.**

The defense of the dissertation will take place at a meeting of the Academic Council at Samarkand State Medical University DSc.04/30.12.2019.Tib.102.01 in 2024 " ____ " _____ hours _____. (Address: Samarkand, M. Ulugbek St., 70A Specialized Children's Surgical Clinic Samara State Medical University, 18 Tel./fax: (+99866) 233-58-92; 2337903 (366); e-mail: shodikulovagulandom @ mail. ru)

The dissertation can be found at the information and resource center of Samarkand State Medical University (registered under No. _____. Address: 140100, Samarkand, Amir Temur street, 18. Tel./fax: (+99866) 233-30-34.

The dissertation abstract was sent out on _____ 2024.

(mailing protocol No. ____ dated _____ 2024).

N.M. Shavazi

Chairman of the Scientific Council for Awarding Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

G.Z. Shodikulova

Scientific Secretary of the Scientific Council for Awarding Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

J.O. Atakulov

Chairman of the scientific seminar at the Scientific Council for Awarding Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

INTRODUCTION (abstract of the dissertation of the Doctor of Philosophy (PhD))

Purpose of the study: to improve the results of treatment of esophageal burns in children by optimizing diagnostics and surgical tactics.

The object of the study was 274 patients with burns of the esophagus of varying degrees, treated at the Specialized Children's Surgical Clinic of Samara State Medical University (chief physician Prof. Zh.A. Shamsiev) for the period from 1992 to 2022.

The scientific novelty of the study is as follows:

for the first time, based on an analysis of the treatment of patients with esophageal burns over a thirty-year period of clinical observations, the frequency of esophageal burns in children was determined depending on age, type of traumatic agent, duration of the disease and severity of the lesion;

It has been established that the type and properties of the chemical agent have a significant impact on the severity of damage to the esophagus. It has been proven that among chemical agents the most aggressive are caustic alkalis, the impact of which on the patient's body significantly increases the likelihood of developing severe third-degree burns. It has been established that in recent years there has been a sharp increase in cases of esophageal burns caused by caustic alkalis compared to acids, due to the growing use of household chemicals;

It was determined that first-degree burns of the esophagus in children in 22.5% of cases are accompanied by a burn of the larynx, which requires intensive care in the intensive care unit for 3-4 days. The remaining patients with first-degree burns of the esophagus do not need special treatment;

It was determined that endoscopic studies in dynamics allow, in the second and third weeks of the disease, to establish a diagnosis of a second-degree burn of the esophagus, which does not require treatment by bougienage;

the unsafe and low efficiency of the blind bougienage method has been proven for third-degree burns with severe stenosis, in which perforation of the esophagus can occur with the development of severe complications in the form of mediastinitis, pleurisy, and phlegmon of the neck;

a new method of diagnosis and surgical tactics for 3rd degree burns of the esophagus in the main group, developed for the first time in the clinic, made it possible to significantly improve the effectiveness of treatment with bougienage through a guide wire, reduce the frequency of esophageal perforations and reduce the number of gastrostomy operations with bougienage through a thread;

for the first time, the high effectiveness of the proposed diagnostic and treatment complex for burns of the esophagus in children has been proven, depending on the duration of the disease, the type of cauterizing agent and the severity of pathological changes, which allows to increase the frequency of good and satisfactory results, significantly reduce the number of unsatisfactory results and significantly reduce the length of stay of patients in the hospital.

Implementation of the research results

The results of scientific research were implemented in the practice of the surgical department of the Surkhandarya Regional Children's Multidisciplinary Medical Center by Order No. 45 of July 28, 2023 and the Department of Children's Surgical Injuries of the Surkhandarya Branch of the Republican Emergency Medical Research Center by Order No. 4 of July 28, 2023.

The severity of esophageal injury during burns in children depends on the chemical nature of the caustic substance: saturated alkalis show a highly damaging property, which increases the probability of third-degree burns to 59.8%, which is 1.5 times higher than acidic 40.2% burns. The diagnostic and treatment tactics for esophageal burns in children, specifically the use of guided bougie insertion for esophageal stricture, have been updated in medical practice. The newly developed method for diagnosing and treating third-degree esophageal burns in children, utilizing guided bougie insertion, has resulted in a 60.6% improvement in treatment effectiveness. Additionally, it has reduced the incidence of esophageal perforations to 0% and decreased the use of gastrostomy tube insertion for bougie treatment by 39.4%.

The introduction of new therapeutic and diagnostic measures has significantly improved treatment results. The number of unsatisfactory results decreased by half, and the length of hospitalization of patients, that is, the number of days in the hospital, decreased. In the Republic of Uzbekistan, the introduction of a method for diagnosing and treating esophageal burns using a guide wire for bougienage led to a reduction in hospital days, which affected budget savings and a faster recovery process for children.

The implementation of scientific developments on the topic of "Surgical tactics in the treatment of esophageal burns in children" in other medical institutions has been confirmed, as stated in the conclusion of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, dated October 22, 2024 (No. 07/58).

The structure and scope of the dissertation. The composition of the dissertation consists of an introduction, five chapters, a conclusion, conclusions and practical recommendations, as well as a list of used literature. The volume of the dissertation is 102 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

II бўлим (II часть, II part)

1. Shamsiev A.M., Rakhimov A. K., Sagiraev N.J., Baimuradov N.S., Arabova K.M. / Long-Term Results of Treatment of Yesophageal Burns in Children // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2022, 12(2): C-142-144.
2. Shamsiev A.M., Shamsiev Zh.A., Sagiraev N.J., Rakhimov A. K., Usanov A.R. / Modern Approaches to the Diagnosis and Treatment of Yesophageal Burns in Children // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2022, 12(2): C-139-141.
3. Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Шахриев А.К., Сагираев Н.Ж., Рахимов А.К. / Ожоги пищевода у детей. Распространенность, причины, методы лечения // Биология ва тиббиёт муаммолари 2022 №1(134) C-93-97
4. Шамсиев А.М., Сагираев Н.Ж. / Хирургическая тактика лечения ожогах пищевода у детей (обзор литературы) // Yeurasian journal of medical and natural sciences Innovative Academy Research Support Center Received: 07th November 2022 Accepted: 15th November 2022 Online: 17th November 2022 C-136-145
5. Шамсиев А.М., Сагираев Н.Ж., Рахимов А.К. / Болаларда қизилўнғач куйишида хирургик даволашни такомиллаштириш // Ўзбекистонда тиббиёт журнали 2024 №01 (045) C-123-129
6. Шамсиев А.М., Шахриев А.К., Сагираев Н.Ж., Рахимов А.К., Халилов Г.К. / Болаларда қизилўнғач куйишини ташхислаш ва даволаш масалаларига // Тиббиётда янги кун 2024 №4 (66) C-264-270

II бўлим (II часть, II part)

7. Сагираев Н.Ж., Сафаров Ш.Р. / Болаларда қизилўнғачнинг кимёвий куйишида биринчи ёрдам бериш ва даволашда бизнинг маҳоратимиз // Ёшларни қўллаб-қувватлаш ва аҳоли саломатлигини ва мустаҳкамлаш йилига бағишланган “Минтақада инноватсион фаолиятни ривожлантириш: муаммолар ва ечимлар” мавзусидаги республика илмий-амалий анжумани Материаллари тўплами 2021 йил 19 ноябр C-85. Термиз -2021
8. Шамсиев А.М., Сагираев Н.Ж. / Хирургическая тактика лечения ожога пищевода у детей // “Тиббиётдаги замонавий илмий тадқиқотлар: долзарб муаммолар, ютуқлар ва инноватсиялар” Мавзусидаги халқаро илмий-амалий конференция материаллари тўплами 2022-йил 13-май C-384-385. Термиз -2022
9. Шамсиев А.М., Сагираев Н.Ж., Рахимов А.К., Жўраева Д.Ш. / Болаларда қизилўнғач куйишини даволаш ва чандикли торайишини олдини

олиш // BRITISH International Scientific Online Conference: «Theoretical aspects in the formation of pedagogical sciences» A collection of articles by Central Asian scholars Issue 12, Part 1 S-30-31. Бюк Британия, Лондон-2023

10. Шамсиев А.М., Шахриев А.К., Сагираев Н.Ж. Рахимов А.К. / Болаларда қизилўнгач куйишини жарроҳлик даволаш тактикаси // Вестник национального детского медицинского центра специальный выпуск Болалар миллий тиббиёт маркази ахборотномаси 2024 С-164-165. Тошкент -2024

11. Сагираев Н.Ж. / Хирургическая тактика лечения при ожогах пищевода у детей // Тиббиётдаги замонавий илмий тадқиқотлар: долзарб муаммолар, ютуқлар ва инновациялар» Халқаро анжуман дастури Термиз - 13 май 2022.

12. Эффективный метод хирургического лечения ожога пищевода у детей. // "Application of high innovative technologies in preventive medicine" Андижан – 30 мая 2023.

13. Сагираев Н.Ж. / К вопросам диагностики и лечения ожогов пищевода у детей.// Программа международного научно-практической конференции на тему «Инновационные технологии хирургии, анестезиологии и реаниматологии детского возраста» Бухарского государственного медицинского института имени Абу Али Ибн Сино. Бухара -19 апреля 2024.

14. Шамсиев А.М., Сагираев Н.Ж. / Болаларда қизилўнгач куйишини хирургик даволаш тактикаси // Методициинские рекомендации. Самарканд 2023.

15. Шамсиев А.М., Сагираев Н.Ж. / Болаларда қизилўнгач куйиши. Тарқалиши, сабаблари, даволаш усуллари // Методические рекомендации. Самарканд 2023.

16. Шамсиев А.М., Рахимов А.К., Атакулов Ж.О., Шахриев А.К., Баймурадов Н.С., / Болаларда қизилўнгач куйишини хирургик даволаш самарадорлигини башорат қилиш дастури // DGU 15477 13.03.2022

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

Отпечатано в типографии “SARVAR MEXROJ BARAKA” 140100.

г. Самарканд, ул. Мирзо Улугбек, 3.

Подписано в печать 20.11.2024 Формат 60x84^{1/16}.

Гарнитура “Times New Roman”. усл. печ. л. 3,72

Тираж: 60 экз. Заказ № SIG

Тел/фах: +998 93 199-82-72. e-mail: sarvarmexrojbaraka@gmail.com