

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

ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ИБРАГИМОВ АХРОРЖОН ВАЛИЖОНОВИЧ

**ЧАҚАЛОҚЛАРДА ВА КЎКРАК ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА ТУҒМА
ҚИСМАН ИЧАК ТУТИЛИШИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ**

ТАКТИКАСИНИ ТАНЛАШ

14.00.35 – Болалар хирургияси

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

ТОШКЕНТ-2025

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

Ибрагимов Ахроржон Валижонович

Чақалокларда ва кўкрак ёшдаги болаларда туғма қисман ичак тутилишини ташхислаш ва даволаш тактикасини танлаш.....3

Ибрагимов Ахроржон Валижонович

Диагностика и выбор тактики лечения врожденной частичной кишечной непроходимости у новорожденных и детей грудного возраста27

Ibragimov Akhrorzhon Valizhonovich

Diagnosis and choice of treatment tactics for congenital partial intestinal obstruction in newborns and infants.....50

Список опубликованных работ

Эълон қилинган ишлар рўйхати

List of published works.....55

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

ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

**ИБРАГИМОВ АХРОРЖОН ВАЛИЖОНОВИЧ
ЧАҚАЛОҚЛАРДА ВА КЎКРАК ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА ТУҒМА
ҚИСМАН ИЧАК ТУТИЛИШИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ
ТАКТИКАСИНИ ТАНЛАШ
14.00.35 – Болалар хирургияси**

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

ТОШКЕНТ-2025

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги хузуридаги Олий аттестацион комиссиясида № В2023.1.PhD/Tib3424 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институтида бажарилган.

Диссертациянинг автореферати уч тилда (узбек, рус, инглиз (резюме)) тилда Илмий кенгашнинг веб-саҳифасида www.bmtm.uz ва «Ziyonet» ахборот-таълим порталида (www.ziyonet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:

Саттаров Жамолиддин Бахронович
тиббиёт фанлари доктори, доцент

Расмий оппонентлар:

Акилов Хабибулла Атауллаевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Агзамходжаев Саиданвар Талатович
тиббиёт фанлари доктори, доцент

Етакчи ташкилот:

Самарқанд давлат тиббиёт университети

Диссертация химояси Болалар миллий тиббиёт маркази хузуридаги илмий даражалар берувчи DSc.04/01.02.2022.Tib.147.01 рақамли илмий кенгашнинг 2025й. «__» _____ соат __ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: Тошкент, Яшнабод тумани, Паркент кўчаси, 294, (Миллий Болалар Тиббиёт Маркази) Тел/факс (+99855) 503-03-66, e-mail: ilmiy.kengash@bmtm.uz).

Диссертация билан Болалар миллий тиббиёт марказининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин. (№ _____ рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: Тошкент шаҳар, Яшнабод тумани, Паркент кўчаси, 294-уй. 100140, Тел/факс (+99855) 503-03-66,

Диссертациянинг автореферати «__» _____ 2025 йилда тарқатилган.

(«__» _____ 2025 йилда № __ рақамли реестр баённомаси)

А.М. Шарипов

Илмий кенгаш раиси,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

А.С. Юсупов

Илмий кенгаш илмий котиби,
тиббиёт фанлари доктори, доцент

Н.Ш. Эргашев

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, чақалоқларда туғма нуқсонларнинг учраш даражаси 2,5% дан 4,5% гача сақланиб қолмоқда. Бунда овқат ҳазм қилиш тизимидаги аномалиялар етакчи ўрин эгаллаб, уларнинг улуши 21,7% дан 25% гачани ташкил этади¹. Туғма ичак тутилишининг салмоғи эса нисбатан юқори бўлиб, умумий ҳолатларнинг 8-10% ни ташкил қилади². Шунингдек, туғма қисман ичак тутилиши (ТҚИТ) тирик туғилган чақалоқларда 1:10 000 дан 1:40 000 гача бўлган нисбатларда учраб, турли анатомик шаклларда намоён бўлади³.

Бутун дунё бўйлаб сўнгги ўн йилликларда туғма тўлиқ ичак тутилишининг антенатал ва постнатал диагностикаси яхши йўлга қўйилганлигини алоҳида эътироф этиш лозим. Бироқ қисман ичак тутилиши ташхиси борасида ҳанузгача бир қатор муаммолар мавжудлиги кузатилмоқда. Ўз вақтида аниқланмаган ўн икки бармоқли ичакнинг қисман обструкцияси чақалоқнинг ривожланиш жараёнида сурункали дуоденал тутилишига олиб келиши мумкин^{4,5}. Шу билан бирга, ингичка ва йўғон ичаклардаги бундай ўзгаришлар боланинг ёшига мос ривожланишига халақит қилиб, дисбактериоз ва малабсорбция каби патологик ҳолатларнинг келиб чиқишига сабаб бўлади.

Республикамизда ушбу касалликларнинг клиник жиҳатлари, ташхислаш масалалари ва даволаш тактикаси кенг ёритган умумлаштирувчи илмий ишлар саноклидир. Юртимизда туғилиш кўрсаткичлари ва унга монанд ҳолда туғма ичак тутилишига чалинган чақалоқларнинг салмоғи юқори эканлигини ҳисобга олсак, бу муаммони болалар жарроҳлиги, неонатология, реаниматология ва интенсив даволаш соҳаларидаги долзарб масалалар қаторига қўшиш зарур^{6,7}.

Мазкур диссертация иши Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022-йил 28-январдаги, “Янги Ўзбекистонни 2022-2026-йилларда ривожлантириш стратегияси тўғрисида”ги ПФ 60-сонли қарори билан тасдиқланган вазифалар⁸, шунингдек, Ўзбекистон Республикаси Президентининг “Аҳолига кўрсатилаётган тиббий хизмат сифатини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги 2021-йил 26-июлдаги ПҚ-5198-сон қарори ва бошқа меъёрий ҳужжатлар ижросига маълум даражада хизмат қилади.

Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш шароитида юқори сифатли тиббий ёрдам кўрсатишни таъминлаш устувор вазифалардан бири ҳисобланади. ТҚИТ

¹Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг ахборот бюллетени. 2010. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_10-EN.PDF.

²Farrokhkhani P., Farhadi R., Ala S., Mousavi S.A. Etiology and Outcome of Intestinal Obstruction in Neonates: A 5-Year Investigation of Admitted Cases from a Tertiary Neonatal Intensive Care Unit in Northern Iran. Clin Med Insights Pediatr. 2023 Sep 12; 17:11795565231196771.

³Singh S., Srivastav S., Raj Singh G., Roshan Khan T. Intestinal Malrotation in Older Children – A Case Series of Delayed Diagnosis Int J Pediatr. 2024; 12 (02):18555-18562. DOI: 10.22038/ijp.2024.78490.5433

⁴Козлов Ю.А., Поляев С.С., Чубко Д.М. и др. Энтероскопические технологии лечения врожденного стеноза двенадцатиперстной кишки // Детская хирургия. 2021. 25(2) – С.99-103.

⁵ Борисевич М.А., Кумейко И.Д., Изенов А.М. и др. Врожденные атрезии желудочно-кишечного тракта у новорожденных//Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2019. - № 6. - С. 78-84.

⁶Эргашев Н.Ш., Сагтаров Ж.Б. Ближайшие и отдаленные результаты лечения мальротации кишечника у детей // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2016. №1. Стр.24-29.

⁷Эргашев Б.Б., Камолов Ш.Б. Еюнальная атрезия - современные взгляды на диагностику и лечение // Вестник НДМЦ. 2022. №3. Стр.64-67.

⁸Ўзбекистон Республикаси Президентининг Фармони, 28.01.2022 санадаги ПФ-60-сон «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида»

билан касалланган болаларни комплекс текшириш ва даволаш натижаларини яхшилаш бугунги куннинг долзарб йўналишларидан биридир.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот Республикада фан ва технологиялар ривожланишининг VI. “Тиббиёт ва фармакология” устувор йўналишига мувофиқ бажарилган ва “Одам касалликларининг олдини олиш, ташхислаш, даволаш ва реабилитациясининг янги технологияларини ишлаб чиқиш” доирасида амалга оширилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. ТҚИТ ташхисоти ва даволашига бағишланган изланишлар дунёнинг етакчи тиббий илмий марказлари ва олий таълим муассасаларида, жумладан: Section of Pediatric Surgery, Yale University School of Medicine, New Haven (АҚШ); Pediatric Surgery, Wilhelmina Children's Hospital University Medical Center (Нидерландия); Санкт-Петербург педиатрия тиббиёт академияси қошидаги Чақалоқлар хирургия марказида (Россия); Department of Pediatric Surgery, Hyogo College of Medicine, Nishinomiya, Hyogo (Япония); Department of Obstetrics and Gynecology, Catholic University of Korea, Seoul (Корея) томонидан амалга оширилмоқда. Туғма ичак тутилишига оид эмбриология, патогенез, клиник кўринишлар, ташхислаш ва даволаш билан боғлиқ масалаларга бағишланган илмий изланишлар халқаро ва русийзабон адабиётларда, шунингдек, республикамизда чоп этилаётган илмий манбаларда кенг ёритиб келинмоқда. Чақалоқлар ва кўкрак ёшидаги болаларда учрайдиган туғма ичак тутилишлари бўйича ташкилий чора-тадбирлар, анестезиологик ёрдам ва операциядан кейинги даврни оптималлаштириш ҳисобига даволаш натижаларида сезиларли ижобий ютуқларга эришилган. Ривожланган мамлакатларда ушбу хасталик билан боғлиқ ўлим даражаси 0,1-0,2% гача камайтирилган^{9,10,11}.

Мавжуд илмий манбалар туғма ичак тутилишининг турли шакллари ҳақида батафсил маълумотларни тақдим этади. Ичак тутилиши турлари, асосан, эмбрионал даврда ошқозон-ичак тизими органогенезининг бузилиши билан боғлиқ бўлиб, чақалоқлар аломатлари билан туғилади. Бироқ қисман ичак тутилишидаги ўзига хос динамик жараёнлар ташхислашда қийинчилик туғдиради. Шунингдек, таъкидлаш жоизки, қисман ичак тутилишига бағишланган илмий-амалий изланишларда ошқозон-ичак тизимининг турли локализацияларидаги клиник-анатомик шакллар учраш даражаси, уларнинг ўзига хос кечиш жараёнлари, ташхислашда қўлланиладиган текширув усуллари натижаларини объектив клиник маълумотлар билан уйғунлаштириш каби масалаларга етарли эътибор қаратилмаган. Бу эса касалликнинг турли асоратлари фонида унинг кечикиб аниқланишига олиб келмоқда^{12,13}. Охирги ўн йилликларда туғма ичак тутилишларида лапароскопик ва видеоассистирланган операция

⁹Ашкрафт К.У., Холдер Т. М. «Детская хирургия». I-том. Санкт-Петербург. – 1996. – С.341-365.

¹⁰Козлов Ю.А., Подкамнев В.В., Новожилова В.А. Непроходимость желудочно-кишечного тракта у детей: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 189-224 с.

¹¹Володина Н.Н., Дегтярева Д.Н. Неонатология: национальное руководство: в 2 т. Том 2 / под ред. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 424-426 с. DOI: 10.33029/9704-7829-5-NNG-2023-1-768.

¹²Эргашев Н.Ш., Сагтаров Ж.Б., Эргашев Б.Б. Синдром Ледда у новорожденных // Детская хирургия. 2015. № 2.– С.26-29.

¹³Разумовский А.Ю., Куликова Н.В., Холостова В.В., Аманова М.А., Хавкин А.И. Синдром Хилаидити, как причина хронической дуоденальной непроходимости у оперированных по поводу омфалоцеле детей// Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2021. №192 (8). С. 181-187.

усуллари кенг қўлланила бошланган бўлса-да,^{14,15} ушбу ёндашувларнинг турли шаклларга тегишли томонлари етарлича муҳокама қилинмаган. Юқоридаги илмий маълумотлар ТҚИТни эрта ташхислаш, оптимал тактик ёндашувларни ишлаб чиқиш ва самарали хирургик даволаш усулларини танлаш заруратини кўрсатади.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасаси илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация иши Ўзбекистон Республикасида фан ва техникани ривожлантиришнинг устувор йўналишларига, шу жумладан, Тошкент педиатрия тиббиёт институтининг №01980006703 “Болаларда туғма ва орттирилган касалликларни ташхислаш, даволаш ва олдини олиш усулларини такомиллаштириш” илмий-тадқиқот режасига мувофиқ амалга оширилган.

Тадқиқотнинг мақсади – чақалоқлар ва кўкрак ёшидаги болаларда туғма қисман ичак тутилиши ташхисини такомиллаштириш ва жарроҳлик усулини танлаш асосида даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

клиник материаллар таҳлили асосида туғма ичак тутилишига чалинган чақалоқлар ва кўкрак ёшидаги болаларда аномалиянинг қисман ичак тутилиши билан кечадиган турларининг улуши ва нозологик шаклларини аниқлаш;

қисман туғма ичак тутилиши билан туғилган беморларда пренатал ва интранатал даврларда кузатилган хавф омилларининг касаллик кечишига таъсирини ўрганиш;

қисман ичак тутилишида турли нозологик шаклларнинг сабабларини, обструкция даражасини, узунлигини ва жойлашувини аниқлаш. Шунингдек, мазкур омилларга монанд ҳолда касалликнинг клиник кечиши хусусиятларини ва текширув усуллари натижалари асосида диагностика алгоритминини ишлаб чиқиш;

қисман ичак тутилишида қўлланилган тактик ёндашувлар ва оператив усулларни таҳлил қилиш асосида рационал даволаш алгоритминини ишлаб чиқиш. Шу жумладан, операция олди тайёргарлик жараёнлари ва операциядан кейинги давр кечишини оптималлаштириш;

тавсия этилган оператив тактик ёндашувларнинг самарадорлигини баҳолаш, шунингдек, даволаш натижаларини қиёсий таҳлил қилиш орқали уларнинг асосланганлигини аниқлаш.

Тадқиқот объекти.

Туғма қисман ичак тутилиши билан оғриган ва жарроҳлик усулида даволашнинг турли даврларида бўлган 123 нафар болада; ҳамда турли гестация муддатларида антенатал скрининг текшируви ўтказилган 50790 ҳомилдорлардан 53 тасининг ҳомиласида ТҚИТ ривожланиш нуқсонлари қайд этилган анкеталар тадқиқот объекти сифатида танланган.

Тадқиқот предмети: жарроҳлик даволаш босқичларида бемор боланинг соматик статусини ва ҳазм тизими аъзоларининг анатомик-функционал

¹⁴Эргашев Б.Б., Эшкабилов Ш.Д., Мухтаров Ж.У. Лечебная тактика при дуоденальной непроходимости у новорожденных // Новый день в медицине. – Ташкент. 2013. – Том 3, №3. – С. 29-30.

¹⁵Chung P.H., Wong C.W., Ip D.K., et al. Is laparoscopic surgery better than open surgery for the repair of congenital duodenal obstruction? A review of the current evidences // J Pediatr Surg. 2017. Vol.52. No.3. P.498-505.

ҳолатига комплекс баҳо бериш; ТҚИТ билан туғилган чақалоқларда антенатал ва интранатал даврлар кечишини баҳолаш.

Тадқиқот усуллари. Тадқиқотда умумклиник, лаборатор, ультратовуш, нурли диагностика (рентгенография, компьютер-томография) морфологик, эндоскопик ва статистик усуллардан фойдаланилган. ТҚИТ билан туғилган чақалоқларда антенатал ва интранатал даврлар кечишини таҳлили.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

ҳомилада ТҚИТ ривожланишининг пренатал хавф омиллари ва ҳомиладорлик жараёнининг хусусиятлари, бошқа туғма ривожланиш нуқсонлари таркибида ушбу нуқсоннинг учраш даражаси аниқланган;

полигидроамниоз ҳомилада ТҚИТнинг ривожланиши билан боғлиқ бўлган ва ичак нуқсонларини истисно қилиш учун чақалоқни мажбурий туғруқдан кейинги эрта текширувдан ўтказишни талаб қиладиган энг муҳим ва осон аниқланадиган эхографик белги эканлиги исботланган;

чақалоқлар ва кўкрак ёшидаги болаларда ТҚИТнинг анатомик шакллари ва уларнинг клиник кечиши хусусиятлари тизимлаштирилган; ТҚИТнинг алоҳида шакллари учун ахборотли ташхислаш усуллари аниқланган ва ташхислаш алгоритми ишлаб чиқилган;

чақалоқлар ва кўкрак ёшидаги болаларда ТҚИТни даволаш натижаларини оғирлаштирадиган ҳамроҳ нуқсонлар ва соматик касалликларнинг салмоғи ҳамда уларнинг хусусиятлари ўрганилган. Шунингдек, анъанавий жарроҳлик усулларига нисбатан видеолапароскопия жарроҳлигининг афзалликлари ва самарадорлиги илмий жиҳатдан исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

ҳомиладор аёлларда хавф омилларини аниқлаш асосида ТҚИТнинг пренатал ташхислаш усуллари оптималлаштирилди, ушбу ривожланиш нуқсонининг энг муҳим пренатал белгилари аниқланган;

ТҚИТнинг тури ва кузатилиш салмоғи бўйича ўтказилган таҳлил натижалари қисман ичак тутилишининг клиник-анатомик шаклларини аниқлаш учун антенатал ва комплекс постнатал текширувлар ўтказиш мақсадга мувофиқлигини белгилаб берган;

ҳомиладорликнинг дастлабки босқичларида ва туғилгандан кейин ТҚИТни ташхислаш алгоритмлари ишлаб чиқилган бўлиб, улар турли хил асоратлар ривожланишининг олдини олиш учун туғруқдан олдинги ва кейинги даврда комплекс даволаш билан оптимал акушерлик тактикасини танлаш имконини берган;

ТҚИТ 76,4% ҳолларда алоҳида якка нуқсон шаклида, 23,6% да – ҳамроҳ касалликлар сифатида: 16,3% – қўшма аномалия ва 7,3% ҳолатда эса полипорок тарзида кузатилиши аниқланган, уларни жарроҳлик амалиёти пайтида мақсадли равишда излашни ва тегишли симульган аралашувларини ўтказиш зарурлиги асосланган;

ТҚИТ ва ҳамроҳ касалликлар турига монанд таклиф этилган оператив-тактик ёндашувлар даволашнинг бевосита натижаларини яхшиланган;

ТҚИТ билан оғриган чақалоқлар ва кўкрак ёшдаги болаларни жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини яхшилаш, жарроҳликдан кейинги асоратлар

ва ўлим ҳолатларини камайтириш имконини берувчи видеолапароскопия жарроҳлик усулининг афзалликлари аниқланган;

ташхислаши ва даволашдаги тактик хатоликлар, асоратларнинг тури ва сабабларининг таҳлили асосида ТҚИТ билан оғриган болаларни даволаш ва профилактикаси бўйича амалий кўрсатмалар тадбиқ қилинган;

даволашнинг натижаларини комплекс текшириш маълумотлари реабилитация чора-тадбирларининг оптимал дастурини тузиш имконини берган;

тадқиқот натижалари 2 та услубий тавсиялар кўринишида тақдим этилган ҳамда республика ва шаҳар даволаш муассасаларининг болалар жарроҳлиги бўлимлари амалий фаолиятига тадбиқ этилган.

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

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.

Олинган натижаларнинг илмий аҳамияти шундан иборатки, чақалоқларда ва кўкрак ёшдаги болаларда ТҚИТни алоҳида, уйғунлашган ҳолда кечиши ва асоратлар юзага келганида ташхислаш ва жарроҳлик йўли билан даволашни оптималлаштириш бўйича кўшимча маълумотлар киритиш имконини берган. Ҳомиладорлик даврининг кечиш хусусиятларини ўрганиш асосида ушбу нуқсон билан болаларнинг туғилиш хавф омиллари аниқланган. Туғма қисман ичак тутилишида анте- ва постнатал комплекс ташхислаш усулларининг келтирилган натижалари болалар жарроҳлик ва гастроэнтерологик бўлимлари амалий фаолиятига тадбиқ этиш учун асосланган илмий тавсия бўлиб хизмат қилади. Мазкур тадқиқот натижаларидан болалар жарроҳлиги мутахассислиги бўйича талабалар, магистрлар ва клиник ординаторлар тайёрлаш ўқув жараёнида фойдаланиш мумкин.

Натижаларнинг амалий аҳамияти қуйидагиларда ифодаланади. ТҚИТда эрта ташхислаш ва оптимал жарроҳлик тактикасининг моҳияти жиҳатидан янги алгоритмлар ишлаб чиқилган, ҳомиладорликнинг дастлабки боскичларида ва туғилгандан кейин ТҚИТни аниқлашга ёрдам беради ва туғруқдан олдинги ва кейинги даврда ҳамроҳ учраган аномалияларни ҳисобга олган ҳолда оптимал даволаш тактикасини танлашга имкон берган. Клиник кўринишлар, кўшимча текшириш усулларининг натижалари ва ТҚИТга хос анатомик компонентларни тизимлаштириш чақалоқлар ва кўкрак ёшдаги болалардаги ичакларнинг буралиши ва фиксацияларининг алоҳида анатомик шакллари аниқлаш ҳамда тегишли жарроҳлик ёндашувини танлаш имконини берган. Олинган натижалар асосида амалий фаолиятга тадбиқ этиш учун тавсиялар тақдим этилган. ТҚИТни ташхислаш ва жарроҳлик даволашни такомиллаштириш бўйича тақдим этилган ишланмалар фаннинг турли соҳаларида, амалий соғлиқни

сақлашда ва ўқув жараёнида, хусусан, болалар жарроҳлик ва неонатология бўлимлари амалиётида қўлланилиши мумкин.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги илмий-техника кенгашининг 2024 йил 26 ноябрдаги 09/36-сонли хулосасига асосан:

Илмий янгиликнинг моҳияти: ҳомилада ТҚИТ ривожланишининг пренатал хавф омиллари ва ҳомиладорлик жараёнининг хусусиятлари, бошқа туғма ривожланиш нуқсонлари таркибида ушбу нуқсоннинг учраш даражаси аниқланган.

Илмий янгиликнинг аҳамияти: ҳомиладор аёлларда мавжуд хавф омилларини эрта аниқлаш орқали ТҚИТни пренатал ташхислаш усуллари оптималлаштирилган. Бу, ўз навбатида, ушбу ривожланиш нуқсонининг энг муҳим пренатал белгилари аниқланишига имкон берган.

Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: тадқиқот доирасида ишлаб чиқилган пренатал ташхис усуллари дастури соғлиқни сақлаш тизими амалиётига жорий этилган. Жумладан, ушбу усул: Сурхондарё вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт марказининг 17.09.2024 йилдаги №108-сонли буйруғи; Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Сурхондарё вилояти филиалининг 16.09.2024 йилдаги №4-сонли буйруғи асосида хирургия бўлимлари амалиётига жорий этилган.

Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: ҳомиладор аёлларда хавф омилларини аниқлаш ташхислаш жараёнининг юқори прогностик аҳамиятига эга. Шунингдек, перинатал даврда ҳомиладорлик ва ҳомилада кузатилган хавф омиллари ҳамда ўтказилган медикаментоз даволаш ТҚИТ ривожланишига бевосита ёки билвосита таъсир кўрсатади. Интранатал даврдаги салбий омиллар, масалан, гипоксия ва асфиксия кучайиши, чақалоқнинг мослашувчанлик ҳолатларини пасайтириб, касалликнинг оғир кечиши ва иккиламчи асоратларни ривожлантиришига олиб келишини исботланган.

Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: ташхислаш босқичида асосий гуруҳдаги бир нафар бемор учун харажатлар ўртача 373473 сўм 75 тийинни ташкил этган бўлса, таққослаш гуруҳида бу кўрсаткич 995812 сўм 50 тийинни ташкил этган. Шу тариқа, асосий гуруҳдаги бир нафар бемор учун иқтисодий самарадорлик – 622338 сўм 75 тийинни тежаш имконини берган. *Хулоса:* ҳомиладор аёлларда хавф омилларини аниқлаш учун ишлаб чиқилган текширув усуллари ҳомилада бир ёки бир нечта хавф омилларини ҳамда ўтказилган медикаментоз даволашнинг салбий таъсири ҳомилада ТҚИТнинг ривожланишида бевосита ёки билвосита сабаб бўлишини аниқлаш имконини берган. Шу билан бирга, мазкур текширув натижалари постнатал даврда мақсадли текшириш усуллари қўллаш зарурлигини белгилаб берган.

Илмий янгиликнинг кенг қўлланилиши: ривожланиш нуқсонлари мавжуд бўлган болаларни туққан аёллар учун хавф гуруҳларини аниқлаш ва кейинги ҳомиладорликка тайёрлаш учун ҳомиладор бўлмаган даврда текширув алгоритми ишлаб чиқилган. Ушбу алгоритмни шифохоналарда қўллаш ва

тиббийёт ходимларини ўқитиб малакасини ошириш тиббий хизмат сифатини янада оширишга хизмат қилади.

Илмий янгиликнинг моҳияти: полигидроамниоз ҳомилада ТҚИТнинг ривожланиши билан боғлиқ бўлган ва ичак нуқсонларини истисно қилиш учун чақалоқни мажбурий туғруқдан кейинги эрта текширувдан ўтказишни талаб қиладиган энг муҳим ва осон аниқланадиган эхографик белги эканлиги исботланган.

Илмий янгиликнинг аҳамияти: ишлаб чиқилган усул орқали ТҚИТни эрта аниқлаш самарадорлиги оширилди. Бу эса постнатал ташхислаш жараёнини яхшилаш, нуқсон билан туғилган чақалоқларни шифохоналараро ташиш жараёнини самарали ташкил қилиш ва даволаш тактикасига ўз вақтида киришиш имконини берган.

Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: тадқиқот доирасида ишлаб чиқилган антенатал ташхислаш алгоритми соғлиқни сақлаш амалиётига жорий этилган. Ушбу алгоритм: Сурхондарё вилояти болалар кўп тармоқли тиббийёт марказининг 17.09.2024 йилдаги №108-сонли буйруғи; Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Сурхондарё вилояти филиалининг 16.09.2024 йилдаги №4-сонли буйруғи асосида хирургия бўлимлари амалиётига жорий қилинган.

Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: пренатал текширув усуллари ҳомилада туғма ичак нуқсонлари ва бошқа уйғунлашган аномалияларни аниқлаш имконини берган.

Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: ишлаб чиқилган антенатал ташхислаш алгоритми дастурини амалда қўллаш беморнинг шифохонада ётиб даволаниш муддатини қисқартириб, ҳар бир бемор учун давлат бюджетидан ўртача 622338 сўм 75 тийин маблағни тежаш имконини берган. *Хулоса:* полигидроамниоз, ичак қовузлоқларининг маҳаллий кенгайиши ва ичак малротацияси билан боғлиқ ҳолларда доплер текшируви орқали "гирдоб" белгисини аниқлаш имконини берган. Шу билан бирга, ушбу текширув натижалари постнатал даврда мақсадли текширув усулларини қўллаш зарурлигини белгилаб берган. Постнатал даврда контрастли рентген текширувида ичак эвакуациясининг секинлашиши, унинг проксимал қисмининг кенгайиши, шунингдек, ирригографияда нотўлиқ ротация белгилари нафақат ТҚИТ мавжудлигини, балки унинг ичак малротацияси асосида ривожланганини ҳам кўрсатган.

Илмий янгиликнинг кенг қўлланилиши: ТҚИТ бўйича ишлаб чиқилган пренатал ва постнатал ташхислаш алгоритмлари касалликни эрта аниқлаш, асоратларнинг олдини олиш ҳамда тегишли даволаш тактикасини ишлаб чиқишга хизмат қилган.

Илмий янгиликнинг моҳияти: чақалоқлар ва кўкрак ёшидаги болаларда ТҚИТнинг анатомик шакллари ва уларнинг клиник кечиши хусусиятлари тизимлаштирилган; ТҚИТнинг алоҳида шакллари учун ахборотли ташхислаш усуллари аниқланган ва ташхислаш алгоритми ишлаб чиқилган.

Илмий янгиликнинг аҳамияти: ТҚИТ билан касалланган болаларни текшириш жараёнида ўткир жарроҳлик патологиясини истисно қилиш, касаллик сабабларини аниқлаш ва қорин бўшлиғи аъзоларининг бошқа касалликлари билан қиёсий ташхис ўтказиш жараёнлари ўрганилган. Таклиф қилинган ташхислаш алгоритмлари ушбу муаммоларни самарали ҳал қилиш имконини берган.

Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: тадқиқот доирасида ишлаб чиқилган антенатал ва постнатал ташхислаш алгоритмлари Сурхондарё вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2024 йил 17 сентябрдаги №108 буйруғи ва Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий марказининг Сурхондарё вилояти филиалининг 2024 йил 16 сентябрдаги №4 буйруғи асосида хирургия бўлимлари амалиётга жорий этилган.

Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: ишлаб чиқилган ташхислаш алгоритмлари ва ЭХМ дастурлари ташхислаш жараёнини соддалаштириш ва оптимал даволаш тактикаси танлаш имконини берган. Шунингдек, мазкур алгоритмлар чақалоқлар ва кўкрак ёшидаги болаларда ТҚИТ сабабларини аниқлаш ҳамда қорин бўшлиғи аъзоларининг бошқа касалликлари билан қиёсий ташхис ўтказиш имкониятини берган.

Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: асосий гуруҳда тавсия этилган алгоритм ва дастурларнинг ташхислаш самарадорлиги ўртача $73,21 \pm 5,92\%$ дан $97,01 \pm 2,08\%$ га ошган. Таққослаш ва асосий гуруҳлардаги солиштирув таҳлиллари натижасида обструкциянинг жойлашувини аниқлаш даражаси $85,71 \pm 4,68\%$ дан $97,01 \pm 2,08\%$ га, касалликни ташхислаш кўрсаткичи $78,57 \pm 5,48\%$ дан $92,54 \pm 3,21\%$ га ва анатомик шаклни аниқлаш самарадорлиги $73,21 \pm 5,92\%$ дан $83,58 \pm 4,53\%$ га ошганлиги исботланган. *Хулоса:* ТҚИТга хос анатомик компонентларни тизимлаштириш чақалоқлар ва кўкрак ёшидаги болаларда ичак бурилишлари ва фиксацияларининг алоҳида анатомик шакллари аниқлаш имконини берган. Бу эса тегишли жарроҳлик ёндашувларини танлаш ва жарроҳликдан кейинги асоратларни камайтириш имкониятини берган.

Илмий янгиликнинг кенг қўлланилиши: ТҚИТга оид ишлаб чиқилган пренатал ва постнатал ташхис алгоритмлари касалликни эрта аниқлаш, асоратларнинг олдини олиш ва мақсадга мувофиқ даволаш тактикасини танлаш имконини берган.

Илмий янгиликнинг моҳияти: чақалоқлар ва кўкрак ёшидаги болаларда ТҚИТни даволаш натижаларини оғирлаштирадиган ҳамроҳ нуқсонлар ва соматик касалликларнинг салмоғи ҳамда уларнинг хусусиятлари ўрганилган. Шунингдек, анъанавий жарроҳлик усулларига нисбатан видеолапароскопия жарроҳлигининг афзалликлари ва самарадорлиги илмий жиҳатдан исботланган.

Илмий янгиликнинг аҳамияти: ТҚИТ ҳолатлари $76,4\%$ да алоҳида якка нуқсон сифатида, $23,6\%$ да эса ҳамроҳ касалликлар шаклида аниқланган. Ҳамроҳ касалликлар орасида $16,3\%$ кўшма аномалиялар, $7,3\%$ эса кўплаб нуқсонлар сифатида аниқланган. Жарроҳлик амалиёти давомида мазкур касалликларни мақсадли равишда излаш ва тегишли симултан аралашувлар

Ўтказиш зарурлиги асосланган. ТҚИТ ва ҳамроҳ касалликларга мувофик равишда таклиф этилган жарроҳлик-тактик ёндашувлар даволашнинг самарадорлигини оширишга имконини берган.

Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: тадқиқот натижалари асосида ишлаб чиқилган ёндашувлар Сурхондарё вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2024 йил 17 сентябрдаги №108 буйруғи ва Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий марказининг Сурхондарё вилояти филиалининг 2024 йил 16 сентябрдаги №4 буйруғи асосида хирургия бўлимлари амалиётга жорий этилган.

Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: таклиф этилган жарроҳлик-тактик ёндашувларнинг қўлланилиши натижасида тадқиқотдаги асосий ва таққослаш гуруҳлар солиштирилганда жарроҳликдан кейинги асоратларнинг 19,64% дан 7,46% гача камайганлиги, ўлим ҳолатининг 3,6% дан 0% гача қисқарганлиги исботланган. Даволашнинг яхши натижаларининг эса 77,55% дан 96,82% гача ошганлиги, қониқарсиз натижаларнинг 22,45% дан 3,17% гача камайиш имконини берган. Ушбу натижалар видеолапароскопия жарроҳлигининг анъанавий жарроҳлик усулларига нисбатан афзалликларини исботланган.

Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: асосий гуруҳда касалхонада ўтказилган ётоқ кунларининг ўртача кўрсаткичи $12,37 \pm 0,29$ кунни ташкил этган бўлса, таққослаш гуруҳида бу кўрсаткич $16,88 \pm 0,54$ кунни ташкил этган. Касалхонада бир беморнинг 1 ётоқ-куни учун даволаниш харажати 423 000 сўмни ташкил қилган. Асосий гуруҳдаги беморларнинг касалхонада умумий даволаниш харажатлари ўртача $12,37 \times 423\ 000 = 5\ 232\ 510$ сўм, таққослаш гуруҳида эса $16,88 \times 423\ 000 = 7\ 140\ 240$ сўмдан иборат бўлди. Бундан маълум бўладики, асосий гуруҳдаги ҳар бир бемор учун иқтисодий самарадорлик ўртача 1 907 730 сўм маблағни тежаш имконини берган. *Хулоса:* ТҚИТга хос анатомик компонентларни тизимлаштириш чақалоқлар ва кўкрак ёшидаги болаларда ичак бурилишлари ва фиксацияларининг алоҳида анатомик шакллари аниқлаш имконини берган. Бу эса тегишли жарроҳлик ёндашувларини танлаш ва жарроҳликдан кейинги асоратларни камайтиришда самарали ечим бўлган.

Илмий янгиликнинг кенг қўлланилиши: ТҚИТ эрта ташхислаш ва оптимал жарроҳлик тактикасини танлаш мақсадида янги алгоритмлар ишлаб чиқилган. Ушбу алгоритмлар ҳомиладорликнинг дастлабки босқичларида ва туғилгандан кейин ТҚИТни аниқлаш имконини яратиб, туғруқдан олдинги ва кейинги даврлардаги ҳамроҳ аномалияларни ҳисобга олган ҳолда, даволашнинг энг самарали усулини танлашга ёрдам берган. ТҚИТни ташхислаш ва жарроҳлик даволаш усуллари такомиллаштириш бўйича ишлаб чиқилган янги илмий таклифлар тиббиётнинг турли соҳаларида, хусусан, амалий соғлиқни сақлашда ва таълим жараёнида қўлланилиши мумкин. Мазкур ёндашувлар болалар жарроҳлиги ва неонатология бўлимларининг клиник амалиётида кенг жорий этилиши мумкин бўлиб, улар касалликни эрта аниқлаш, асоратларнинг олдини олиш ва самарали жарроҳлик даволашни таъминланган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 6 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан, 2 та халқаро ва 4 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация материаллари асосида жами 30 та илмий иш нашр этилган, жумладан: 9 та илмий мақола, шулардан 7 таси Олий Аттестация Комиссияси рўйхатига киритилган республика нашрларида, 2 таси халқаро илмий журналларда чоп этилган, 2 та услубий тавсия, 2 та ЭҲМ дастури учун гувоҳнома олинган ва 17 та тезис нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, бешта боб, хулоса, амалий тавсиялар ва адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертация ҳажми 120 бетни ташкил этади, жумладан 19 та жадвал ва 32 та расмлардан иборат.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида тадқиқотнинг долзарблиги ва аҳамияти, мақсади ва вазифалари асосланган; тадқиқот объекти ва предмети тавсифланган; республикадаги фан ва технологияларнинг устувор йўналишлари билан мувофиқлиги кўрсатилган. Шунингдек, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён этилган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиқ берилган. Тадқиқот натижаларининг амалиётга жорий қилиниши, нашр этилган ишлар ва диссертациянинг тузилиши ҳақида маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг биринчи боби «**Туғма қисман ичак тутилишини ташхислаш ва даволашнинг замонавий тамойиллари**»га бағишланган. Бу бобда ТҚИТнинг анатомик-морфологик хусусиятлари, нозологик шакллари ташхислаш ва радикал жарроҳлик даволаш, шунингдек, симультан аралашувларни талаб қилувчи касалликларнинг кечиши хусусиятлари ҳақидаги адабиётлар маълумотлари келтирилган. ТҚИТ нуқсонлари бўйича операцияларга кўрсатмалар, нуқсон табиатига мос равишда операция усуллари ва кейинчалик ўз ечимини талаб этувчи мунозарали масалалар ҳам баён этилган.

Диссертациянинг иккинчи боби «**Клиник материалларнинг умумий тавсифи ва тадқиқот усуллари**» деб номланган бўлиб, ушбу бобда клиник материаллар таҳлил қилинган, клиник, инструментал ва статистик усуллар санаб ўтилган ва тавсифланган. Тадқиқот иши Республика Перинатал маркази қошидаги Республика неонатал жарроҳлик ўқув-даволаш ва методик маркази ҳамда Тошкент педиатрия тиббиёт институтининг Госпитал болалар хирургияси кафедраси клиник базасида 2015–2022 йиллар давомида туғма ичак тутилиши клиник белгилари билан намоён бўлган қорин бўшлиғи аъзоларидаги турли касалликлари бўлган 463 нафар бемор болаларнинг даволаниши натижаларига асосланган. Ушбу беморлардан 123 (26,6%) нафари ТҚИТ ташхиси билан даволанган бўлиб, уларнинг ёши 1 кунликдан 1 ёшгачани ташкил этди.

Мазкур илмий тадқиқот иши ТҚИТ билан оғриган 123 нафар беморларни ташхислаш ва даволаш натижалари таҳлилига асосланган.

ТҚИТнинг турли шаклларида даволаш ва ташхислаш муолажаларининг тактикаси ва усулларига қараб, беморлар 2 та назорат ва асосий гуруҳга бўлинган. Таққослаш гуруҳидаги 56 нафар (45,5%) беморга даволаш ва ташхислаш тактикасини анъанавий усуллари қўлланилган (2015-2018 йиллар). Асосий гуруҳдаги 67 нафар (54,5%) беморга замонавий ташхислаш усуллари ва даволаш жараёнида янги тактик ёндашув қўлланилган (2019-2022 йиллар).

Кузатувимиздаги беморларнинг 99 (80,49%) нафарини чақалоқлар ва 24 (19,51%) нафарини эса кўкрак ёшдаги беморлар ташкил этди. Жами беморларнинг 41,46% (51 нафар) ўғил болалар бўлиб, қиз болалар эса 58,54% (72 нафар) иборат бўлди.

Диссертациянинг учинчи бобида “**Туғма қисман ичак тутилишларини ташхислаш усуллари**”нинг натижалари таҳлил қилинган. Туғма ичак тутилиши ташхиси 463 нафар беморда аниқланган бўлса, ушбу беморларнинг 123 (26,6%) нафарида ТҚИТ ташхис қўйилган: антенатал даврда – 53 (43,0%) хомилада, постнатал даврда – 70 (57,0%) нафар чақалоқда.

Аёлларнинг анамнезидан хомиладорликнинг эрта муддатларида таъсир кўрсатувчи хавф омиллари аниқланди ва ушбу омилларнинг гуруҳлар бўйича тавсифи 1-жадвалда келтирилган.

1-жадвал

Хомилада ТҚИТнинг пренатал ташхисида клиник белгилар бўлиб хизмат қилиши мумкин бўлган хомиладорликнинг дастлабки босқичларида хавф омиллари

Кўрсаткичлар	Тадқиқот гуруҳлари					
	ТГ			АГ		
	abs	M±m,%	P	abs	M±m,%	P
Пестицидлар билан алоқа	3	5,36±3,01	$\chi^2 = 29,000; p = 0,000$	5	7,46±3,21	$\chi^2 = 27,985; p = 0,000$
TORCH-инфекция	6	10,71±4,13		11	16,42±4,53	
Дори-дармонларни қабул қилиш	28	50±6,68		17	25,37±5,32	
Полигидраминоз	19	33,93±6,33		34	50,75±6,11	

123 бемордан 105 (85,4%) нафар беморда юқори қисман ичак тутилиши ва 18 (14,6%) нафарида пастки ичак тутилиши аниқланиб, уларда қисман ичак тутилиши белгилари устунлик қилди. ТҚИТнинг алоҳида нозологик шакллари юқори ва пастки жойлашувлар билан ифодаланади (2-жадвал).

2-жадвал

ТҚИТ билан беморларнинг ёши ва касалликнинг шаклларига кўра тақсимланиши (n=123)

Қисман ичак тутилишининг жойлашув соҳаси ва тавсифи	Чақалоқлар		3 ойликгача		3-6 ойликгача		6-9 ойликгача		9-12 ойликгача		Жами		
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	P
1. Юқори ИТ:													
УИБИ стенозлари	2	1,63	1	0,81	1	0,81	0	0,00	0	0,00	4	3,3	$\chi^2 = 110,190; p = 0,000$
ЎИБИ мембраналари	15	12,20	2	1,63	0	0,00	0	0,00	0	0,00	17	13,8	
ЎИБИнинг	14	11,3	4	3,25	0	0,00	1	0,81	0	0,00	19	15,4	

ташқаридан сикилиши		8											
УИБИ сиқилиши билан уйғунлашган ИМ	52	42,2 8	9	7,32	1	0,81	0	0,00	0	0,00	62	50,4	
аралаш, кўп ўринли шакллари	3	2,44	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	2,4	
Р	Хи-квадрат Пирсона = 18,669; p = 0,097												
2. Пастки ИТ:													
ичак стенозлари	3	2,44	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	2,44	$\chi^2 = 2,000;$ $p = 0,572$
ичак мембранаси	3	2,44	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,81	4	3,25	
ичакнинг ташқаридан сиқилиши	5	4,07	1	0,81	1	0,81	0	0,00	0	0,00	7	5,69	
пастки ИТ билан уйғунлашган ИМ	2	1,63	2	1,63	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	3,25	
Р	Хи-квадрат Пирсона = 9,527; p = 0,390												
Жами	99	80,49	19	15,45	3	2,44	1	0,81	1	0,81	12 3	100,0 0	

ТҚИТни клиник белгилари ва уларнинг тадқиқот гуруҳларидаги беморларда намоён бўлиши 3-жадвалда батафсил кўрсатилган.

Жадвалдан кўришиб турибдики, касалликнинг аниқ классик белгилар билан намоён бўлиши жами 57 нафар болаларда кузатилган бўлиб, бу белгилар қориндаги оғриғи, қориннинг дам бўлиши, боланинг безовталаниши, қусиш, ахлат ва газларнинг ушланиб қолишидан иборат бўлди.

3-жадвал

ТҚИТ билан беморларда клиник белгиларнинг намоён бўлиши

Кўрсаткичлар	Тадқиқот гуруҳлари					
	ТГ			АГ		
	abs	M±m,%	P	abs	M±m,%	P
ТҚИТ клиник белгилари (қорин шиши, безовталиқ, қусиш, ахлат ва газларнинг ушланиб қолиши)	28	50,0±6,68	$\chi^2 = 53,714;$ $p = 0,000$	29	43,28±6,05	$\chi^2 = 45,030;$ $p = 0,000$
Ўткир ости ёки қайталанувчи қорин оғриғи	11	19,64±5,31		13	19,40±4,83	
Ичакдан қон кетиши	3	5,36±3,01		4	5,97±2,89	
Ичак малабсорбцияси	1	1,79±1,77		2	2,99±2,08	
Қорин бўшлиғида ўсмасимон ҳосила	3	5,36±3,01		5	7,46±3,21	
2 та белгининг турли комбинациялари	10	17,86±5,12		14	20,9±4,97	
Р	Хи-квадрат Пирсона = 0,850; p = 0,974					

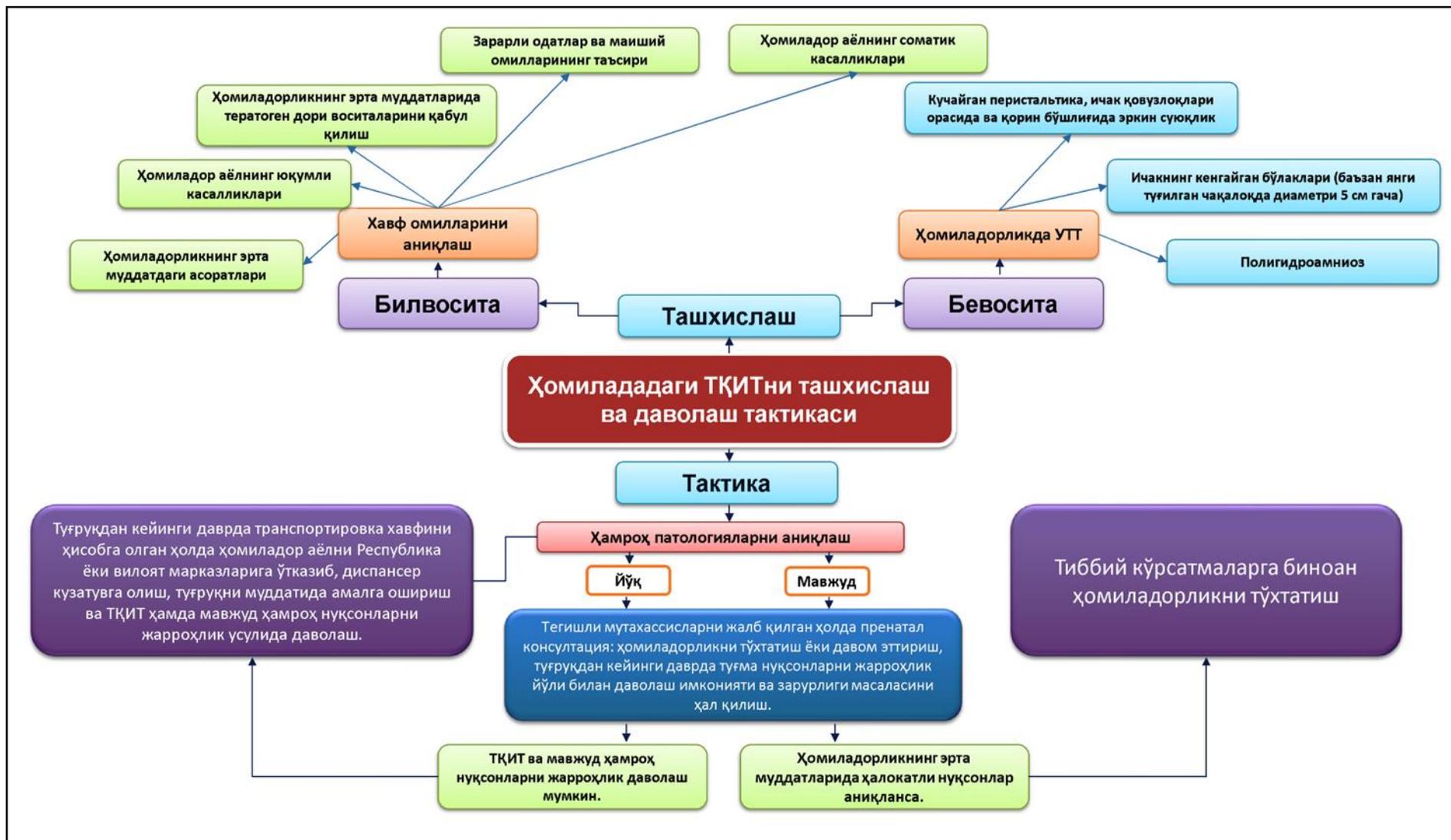
Чақалоқлардаги ТҚИТни ташхислаш ва даволаш натижалари таҳлили асосида антенатал даврнинг аҳамияти ва акушерлик тактикасига, шунингдек, ТҚИТнинг эрта постнатал ташхислаш ва ушбу нуқсон билан туғилган чақалоқларни шифохоналараро транспортировкаси хусусиятларига алоҳида эътибор қаратилди. Шу асосда ҳомилада ТҚИТни антенатал ташхислаш ва акушерлик тактикаси алгоритми (1-расм) ҳамда ТҚИТга эга чақалоқларни постнатал ташхислаш ва даволаш тактикаси алгоритми (2-расм) ишлаб чиқилди.

Ушбу текширувлар мажмуаси ТҚИТ ташхисини аниқлаш имкониятини беради. Бироқ, ташхисдан кейин оптимал даволаш тактикасини танлаш мақсадда қуйидаги электрон дастурлар ишлаб чиқилди: «Чақалоқлар ва кўкрак ёшидаги болаларда туғма қисман ичак тутилиши учун қиёсий ташхислаш ва текширувлар режасини асослаш», 18.08.2023 йилдаги №26780

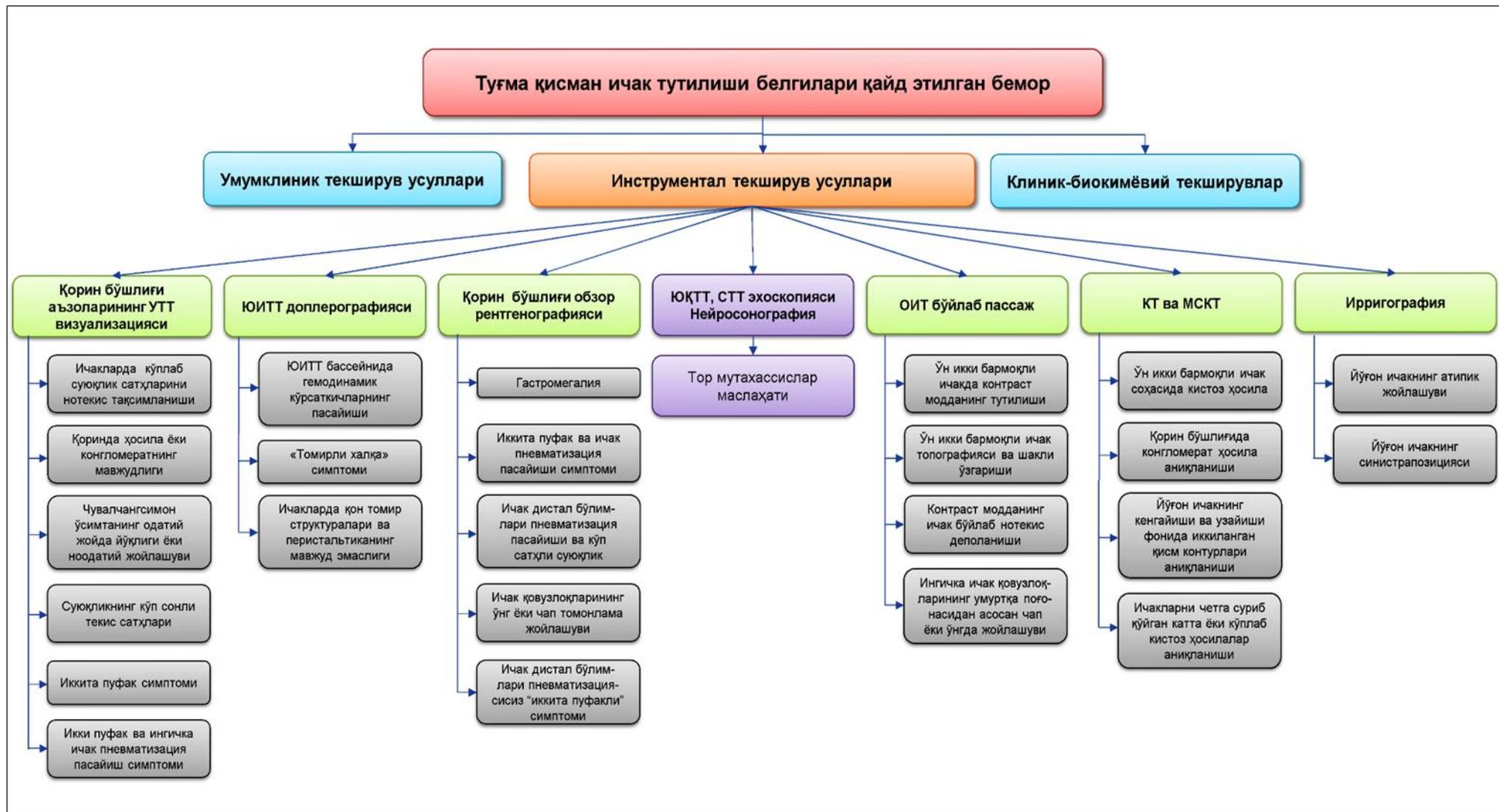
UZ DGU патенти; «Чақалоқлар ва кўкрак ёшидаги болаларда туғма қисман ичак тутилиши клиник ва анатомик шакллари ташхислаш мезонлари», 18.08.2023 йилдаги №26779 UZ DGU патенти.

Дастур ТҚИТ билан касалланган болаларга тиббий ёрдам кўрсатишни оптималлаштириш учун мўлжалланган. Дастур 6 та омилни қайта ишлашни ўз ичига олади, уларнинг ҳар бири муайян баҳолаш мезонларидан иборатдир. Ушбу электрон ҳисоблаш дастури ТҚИТ мавжуд бўлган беморлар билан ишлайдиган шифокорлар учун мўлжалланган. Дастурдан фойдаланиш имкон қадар соддалаштирилган. Балл минимал даражада 5-6 ёки ундан юқори бўлганда, ўзига хос клиник ва анамнез мезонлар ТҚИТ сабабини аниқлашга ёрдам беради.

ТҚИТни ташхислаш бўйича ишлаб чиқилган электрон ҳисоблаш дастури қўлланилиши натижасида асосий гуруҳдаги беморларда ташхис аниқлиги таққослаш гуруҳига нисбатан юқори бўлди (92,54% ва 78,57% мос равишда), яъни ушбу кўрсаткич асосий гуруҳда 13,97% га юқорирок эди (4-жадвал).



1-расм. Ҳомила ва чақалоқларда ТҚИТда анте- ва постнатал қиёсий ташхислаш ва даволаш тактикаси алгоритми



2-расм. Чақалоқлар ва кўкрак ёшидаги болаларда ТҚИТни постнатал ташхислаш алгоритми

4-жадвал

**Чақалоқлар ва кўкрак ёшидаги болаларда нотўғри қўйилган ТҚИТ
ташхиси частотаси**

Кўрсаткичлар	Тадқиқот гуруҳлари					
	ТГ			АГ		
	abs	M±m,%	P	abs	M±m,%	P
Ташхис аниқ	44	78,57±5,48	$\chi^2=18,28$ 6; P=0,000	62	92,54±3,21	$\chi^2=48,49$ 3; P=0,000
Ташхис ноаниқ	12	21,43±5,48		5	7,46±3,21	
P	Хи-квадрат Пирсона = 4,995; p = 0,025					

Асосий гуруҳда тавсия этилган алгоритм ва дастурларнинг ташхислаш киймати ўртача 73,21±5,92% дан 97,01±2,08% га ошди. Бунда таққослаш ва асосий гуруҳга нисбатан солиштирилганда обструкциянинг жойлашуви – 85,71±4,68% дан 97,01±2,08% га, касалликни ташхислаш – 78,57±5,48% дан 92,54±3,21% га, анатомик шаклини аниқлаш – 73,21±5,92% дан 83,58±4,53% га ошди (5-жадвал).

5-жадвал

**Чақалоқларда ва кўкрак ёшидаги болаларда ТҚИТда таққосланаётган
гуруҳларда ташхислаш чораларининг умумий киймати n=123**

Кўрсаткичлар	Тадқиқот гуруҳлари				Хи-квадрат Пирсона	
	ТГ		АГ		χ^2	P
	abs	M±m,%	abs	M±m,%		
Обструкциянинг жойлашуви	48	85,71±4,68	65	97,01±2,08	5,215	0,042
Касалликни ташхислаш	44	78,57±5,48	62	92,54±3,21	4,995	0,025
Анатомик шаклини аниқлаш	41	73,21±5,92	56	83,58±4,53	1,967	0,161

Таклиф этилаётган ташхислаш алгоритмлари ва ЭХМ дастурлари мажмуасининг самарадорлигини баҳолаш мақсадида беморларнинг шифохонада ташхислаш муддатлари 24-48 ва 48 соатдан кўп бўлган беморларнинг текширув натижаларининг ташхислаш муддатининг қиёсий таҳлили ўтказилди (6-жадвал).

6-жадвал

**Асосий (n=67) ва таққослаш (n=56) гуруҳидаги беморларнинг
шифохонада ташхислаш муддатлари (соат) n=123**

	ТГ (n=56)	АГ (n=67)
Соат	56,50±2,67	21,19±2,18*

Эслатма: * - билан таққослаш гуруҳига нисбатан (***) - P<0,05; ** - P<0,01; * - P<0,001)
ўртача арифметик кийматлар орасидаги ишонччилик фарқи белгиланган.

Касалхонада беморнинг 1 ётоқ куни (24 соат) учун харажати 423000 сўмни ташкил этади бу харажат (1 соат 17625 сўм) иборат. Асосий гуруҳда ташхислаш ўтказилган соатларининг ўртача кўрсаткичи 21,19±2,18 соатни ташкил этган бўлса, таққослаш гуруҳида бу кўрсаткич 56,50±2,67 соатни ташкил қилди. Асосий гуруҳдаги 1 нафар бемор учун ташхислаш босқичдаги харажатлари ўртача – 21,19*17625= 373473,75 сўмни, таққослаш гуруҳида эса – 56,50*17625=995 812,5 сўмни ташкил этди. Бундан кўриниб турибдики,

асосий гуруҳдаги 1 нафар бемор учун ташхислаш босқичидаги иқтисодий самарадорлик 622 338,75 сўмни ташкил қилди.

Диссертациянинг тўртинчи боби “**Туғма қисман ичак тутилишларини жарроҳлик даволаш тактикаси ва усуллари танлаш**” деб номланган бўлиб, бунда даволашнинг умумий тамойиллари, жарроҳлик даволаш усуллари ва жарроҳликдан кейинги даврнинг кечиши кўриб чиқилган. Асосий гуруҳда 67 (54,5%) нафар беморда жарроҳлик амалиёти ўтказилган, таққослаш гуруҳида 56 (45,5%) нафар беморда жарроҳлик билан яқунланди.

ТҚИТ 94 (76,4%) нафар беморда изоляцияланган нуқсон шаклида келган бўлса, 29 (23,6%) нафар беморда ҳамроҳ нуқсоннинг биргаликда учраши кузатилди. Ҳамроҳ нуқсонларнинг асосий қисми юрак-қон томир тизими ва марказий асаб тизимида эканлиги қайд этилди (7-жадвал).

7-жадвал

ТҚИТ билан беморларда аниқланган ҳамроҳ нуқсонлар (n=29)

Кўрсаткичлар	Тадқиқот гуруҳлари				Хи-квадрат Пирсона	
	ТГ		АГ		χ^2	P
	abs	M(%)	abs	M(%)		
Сийдик таносил тизими	1	1,79±1,77	2	2,99±2,08	0,184	1,000
Юрак қон-томир тизими	2	3,57±2,48	5	7,46±3,21	0,861	0,453
Марказий асаб тизими	2	3,57±2,48	3	4,48±2,53	0,064	1,000
Ошқозон-ичак тизими	0	0,0±0,0	3	4,48±2,53	2,570	0,250
Суюк-мушак тизими	1	1,79±1,77	1	1,49±1,48	0,016	1,000
2 ва ундан кўп нуқсонлар	4	7,14±3,44	5	7,46±3,21	0,005	1,000

ТҚИТ видеолапароскопия ва очик (анъанавий) жарроҳлик аралашувининг қиёсий натижалари 8-жадвалда келтирилган.

Турли хил клиник тавсиялар, протоколлар ва стандартларни мавжудлиги ва чекланган вақтга эга бўлган болалар жарроҳига ТҚИТ билан беморларни жарроҳлик даволаш учун қисқа алгоритм зарурати мавжуд.

Жарроҳликдан кейинги даврнинг кечиши силлик. Беморлар 12-15 кунни қониқарли ҳолатда уйга чиқарилди. Уйга чиқарилишдан олдин жароҳат чоклари олинди, жароҳат бирламчи битди. Жарроҳликдан кейинги даврда яшаш жойида 10 кун давомида прозерин ва лидазани алмаштириш билан 15-20 кун давомида қорин олд деворининг электрофорези тавсия этилди. Яшаш жойида неонатолог (гастроэнтеролог) томонидан кузатувга олиниши тавсия берилди.

Диссертациянинг бешинчи боби “**Туғма қисман ичак тутилишларида жарроҳлик даволаш натижалари**” деб номланган бўлиб, бунда жарроҳликдан кейинги даврнинг кечиши кўриб чиқилган ва натижалар тўлиқ таҳлил қилинган. ТҚИТ ташхиси кўйилиб, жарроҳлик амалиёти ўтказилган 123 нафар бемордан 84 нафарида (68,3%) жарроҳликдан кейинги давр асоратларсиз ўтди. Қолган 37 нафар беморда (30,1%), асосан чақалоқларда, турли асоратлар кузатилди. Таққослаш гуруҳидаги 2 нафар беморда (1,6%) ўлим ҳолати қайд этилди.

8-жадвал

ТҚИТда асосий ва таққослаш гуруҳларида беморларда даволаш тактикаси, жарроҳлик турлари ва усулларини танлаш (n=123)

ТҚИТ шакллари Жарроҳлик аралашуви тавсифи	ЎБИ стеноз		ЎБИ Мембранаси		ЎБИ нинг ташқаридан сиклиши		ЎБИ сиклиш билан уйғунлашган мальротация		Аралаш, куп Уринли шакллари		Ичак стенози		Ичак мембранаси		Ичакнинг ташқаридан сиклиши		Ичак тутилиши мальротация		Жами (%)		
	А	Г	А	Г	А	Г	А	Г	А	Г	А	Г	А	Г	А	Г	А	Г	А	Г	А
Дуоденотомия	-	-	-	7 (1)*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7 (1)*
Айланиб ўтувчи дуодено-дуоденоанастомоз	-	-	-	-	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
Ледда операцияси Аппендэктомия	-	-	-	-	-	-	33	23	1 (1)*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	34 (1)*	23
Учма-уч еюно-дуоденоанастомоз	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Учма-уч еюно-еюноанастомоз	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2	-
Перидуоденал битишмаларни бартараф этиш.	-	-	-	-	-	4 (1)*	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6 (1)*
Еюнотомия. Еюнопластика	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	2	1
Учма уч илео-илеоанастомоз.	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	1	4	1	-	-	-	4	4
Буралиб колган ичакни бартараф этиш	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	2	2	2
Қорин бўшлигидаги тератомани бартараф этиш	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 (1)*	-	-	-	-	1 (1)*	-
Учма-уч илео-колоанастомоз	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-
Трансверзостомия	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Дивертикулостомия	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
ТҚИТда видеолапароскопия жарроҳлик аралашувлари																					
Айланиб ўтувчи дуодено-дуоденоанастомоз	2	-	1	-	1	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-
Дуоденотомия	1	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1
Дуоденопластика	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-
Перидуоденал битишмаларни бартараф этиш	-	-	-	-	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1
Жами (%):	3 (2,4)	1 (0,8)	10 (8,2)	7 (5,7)	4 (3,3)	15 (12,2)	36 (29,3)	26 (21,2)	3 (2,4)	-	1 (0,8)	2 (1,6)	3 (2,4)	1 (0,8)	5 (4,1)	2 (1,6)	2 (1,6)	2 (1,6)	67 (54,5)	56 (45,5)	

Изоҳ (*) - симультант операция қўшимча бажарилган

Жарроҳликдан кейинги эрта асоратлар қуйидаги икки турга бўлинди: *умумий жарроҳлик* асоратлари (ичак парезлари, йирингли-яллиғланиш асоратлари, эрта битишмали ичак тутилиши, анастомоз етишмовчилиги, вентрал чурра, ичак тутқичлари тромбози, перитонит) 16 нафар беморда (13,2%); *соматик* асоратлар (ўткир юрак, нафас ва буйрак етишмовчилиги, томир ичи тарқалган коагуляция синдроми, сепсис, кўп аъзолар етишмовчилиги, хомила ичи инфекциясининг генерализацияси, шунингдек икки ёки ундан ортиқ асоратлар) 29 нафар беморда (24,0%) қайд этилди. Ушбу асоратлар тўғрисидаги маълумотлар 9-жадвалда келтирилган.

Видеолапароскопиядан фойдаланиш минимал жарроҳлик жароҳати ва ТҚИТ билан оғриган беморларда операциядан кейинги тикланиш даврининг тез ва қулай кечишига, шунингдек, мукамал косметик натижаларга эришишга имкон беради (3-расм).



3-расм. Бемор А., Кас.тар. №300/ Ўн икки бармоқ ичак тешикли мембранасида амалга оширилган видеолапароскопия жарроҳликдан кейинги ҳолат. Бола шифохонадан чиқарилгандан 1 ой ўтгач. Қорин олд деворининг умумий кўриниши.

Жарроҳлик амалиёти ўтказилган 123 нафар бемордан 121 нафари (98,4%) касалхонадан уйга чиқарилди, улардан 97 нафари (78,9%) чақалоқлар ва 24 нафари (19,5%) – кўкрак ёшидаги болалардир. Икки ҳолатда (1,6%) ўлим қайд этилди. Сўнгги йилларда чақалоқларнинг ушбу касалликдан тирик қолиш кўрсаткичи анча яхшиланди. Масалан, 2015-2018 йилларда даволанган 56 нафар бемордан 2 нафарида (3,6%) ўлим қайд этилган бўлса, 2019-2022 йилларда касалхонада даволанган 67 нафар беморнинг барчаси тўлиқ шифо топди ва ўлим қайд этилмади.

Даволаш натижалари шифохонадан жавоб берилган 121 нафар беморнинг 112 (92,6%) нафарида ўрганилди: асосий гуруҳдаги 63 (94,0%) нафар ва таққослаш гуруҳидан 49 (87,5%) нафар беморлар. 9 (7,4%) нафар бемор яшаш жойи ўзгарганлиги ва мулоқот учун телефон рақамлари ҳам ўзгарганлиги сабабли улардаги даволаниш натижаларининг ўрганиш имкони бўлмади.

Анамнез маълумотлар ўрганилди, клиник, лаборатория ва биокимёвий таҳлиллар ўтказилди, ультратовуш текшируви ва кўрсатмага биноан – УТТ, ошқозон-ичак тизимининг рентген-контрастли текшируви ва ирригография ўтказилди.

**ТҚИТ билан оғриган асосий ва таққослаш гуруҳлардаги беморларда
эрта умумий жарроҳлик ва соматик асоратлар тавсифи ва салмоғи
(Clavien-Dindo таснифи бўйича 2004 й.) (n=121)**

Асорат тури		ТГ (n=54)			АГ (n=67)			Жами		
		абс.	%	P	абс.	%	P	абс.	%	P
Умумий жарроҳлик n=16	йирингли-яллиғланиш	1	1,79	$\chi^2 = 3,727; p = 0,589$	1	1,49	$\chi^2 = 0,600; p = 0,896$	2	1,63	$\chi^2 = 8,500; p = 0,204$
	ичак парези	4	7,14		2	2,99		6	4,88	
	эрта битишмали ичак тугилиши	2	3,57		1	1,49		3	2,44	
	вентрал чурра	1	1,79		0	0,00		1	0,81	
	ичак тутқичлари тромбози	2	3,57		0	0,00		2	1,63	
	перитонит	0	0,00		1	1,49		1	0,81	
	анастомоз етишмовчилиги	1	1,79		0	0,00		1	0,81	
	P		Хи-квадрат Пирсона = 4,364; p = 0,628							
Жами (%)		11	19,64		5	7,46		16	13,01	
Соматик n=29	УНЕ	2	3,57	$\chi^2 = 6,059; p = 0,533$	3	4,48	$\chi^2 = 2,000; p = 0,849$	5	4,07	$\chi^2 = 13,517; p = 0,095$
	УБЕ	1	1,79		2	2,99		3	2,44	
	УЮЕ	3	5,36		2	2,99		5	4,07	
	тарқалган интраваскуляр коагуляция синдроми	1	1,79		1	1,49		2	1,63	
	кўп аъзолар етишмовчилиги	2	3,57		0	0,00		2	1,63	
	сепсис	2	3,57		0	0,00		2	1,63	
	хомила ичи инфекциясининг генерализацияси	1	1,79		0	0,00		1	0,81	
	гипербилирубинемия	0	0,00		1	1,49		1	0,81	
	икки ёки ундан ортик асоратлар	5	8,93		3	4,48		8	6,50	
P		Хи-квадрат Пирсона = 6,566; p = 0,584								
Жами (%)		17	30,36		12	17,91		29	23,58	

Жарроҳлик даволашнинг яхши, қониқарли ва қониқарсиз натижалари кўйидаги мезонлар бўйича баҳоланди.

91 (81,25%) нафар беморда **яхши натижаларга** эришилди: асосий гуруҳда – 58 (92,06%) нафар бемор; таққослаш гуруҳида – 33 (67,35%) нафар бемор. Яхши натижалар мезонлари: шикоятлар йўқ, қорин бўшлиғи аъзолари касалликлари, кечки асоратлар ва жарроҳлик аралашувининг нохуш оқибатлари ҳақида лаборатория-инструментал белгилар мавжуд эмас, боланинг жисмоний ривожланиши унинг ёшига мос келади.

Қониқарли даволаш натижалари 8 (7,14%) нафар беморда қайд этилди: асосий гуруҳда – 3 (4,76%) нафар бемор; таққослаш гуруҳида – 5 (10,20%) нафар бемор. Қониқарли натижа мезонлари: жарроҳликдан сўнг умумий аҳволида яхшиланиши кузатилди, аммо даврий қорин оғриғи ёки инструментал текшириш усуллар билан тасдиқланган патологик ҳолатларнинг (сурункали ич қотиши, ичак дисбактериози, гастродуоденит,

тана вазнининг 5 дан 12% гача етишмовчилиги) аниқланиши. Ушбу ҳолатларда такрорий жарроҳлик талаб этилмайди, консерватив ёки симптоматик даво билан бартараф этилади.

Қониқарсиз натижалар 13 (11,60%) беморларда қайд этилди: асосий гуруҳда – 2 (3,17%) нафар бемор; таққослаш гуруҳида – 11 (22,45%) нафар бемор. Қониқарсиз натижа мезонлари бўлиб қуйидагилар ҳисобланди: боланинг жисмоний ривожланишининг ёшига мос ва тана вазни меъёрий кўрсаткичларидан 20% дан ортиқ етишмовчилиги; такрорий жарроҳлик аралашувини талаб қиладиган узоқ муддатдаги асоратлар; бажарилган жарроҳлик асоратларидан ўлим ҳолати.

Жарроҳликдан кейинги эрта асоратларнинг сабабларини таҳлил қилиш шуни кўрсатадики, улар ҳамроҳликда келган касалликлар, ноқулай соматик фон туфайли юзага келиб чиққан.

ТҚИТни жарроҳлик даволаш натижалари кўп жиҳатдан жарроҳлик тактикасини танлашга, нуқсоннинг анатомик шаклларининг оғирлик даражасига ва овқат ҳазм қилиш тизимининг ҳамроҳ учрайдиган касалликларини жараёнга жалб қилинишига кўп жиҳатдан боғлиқдир. Асоратларнинг салмоғи ва табиати, солиштирилган гуруҳлардаги беморларнинг стационар даволаниш муддати тавсия қилинган даволаш тактикаси самарадорлигини кўрсатади.

Асосий гуруҳда касалхонада ўтказилган ётоқ кунларининг ўртача кўрсаткичи $12,37 \pm 0,29$ ётоқ-кунни ташкил этган бўлса, таққослаш гуруҳида бу кўрсаткич $16,88 \pm 0,54$ ётоқ-кунни ташкил қилди. Касалхонада беморнинг 1 ётоқ-кун учун даволаниш харажати 423000 сўмни ташкил этади. Асосий гуруҳдаги беморларнинг касалхонада умумий даволаниш харажатлари ўртача – $12,37 * 423000 = 5232510$ сўмни, таққослаш гуруҳида эса – $16,88 * 423000 = 7\ 140\ 240$ сўмни ташкил этди. Бундан кўриниб турибдики, асосий гуруҳдаги 1 нафар бемор учун иқтисодий самарадорлик 1907730 сўмни ташкил қилди.

Асосий гуруҳдаги беморларда даволанишдан кейинги асоратлар салмоғининг камайиши биз ишлаб чиққан таххислаш, жарроҳлик ва реабилитация тактикаларининг самарадорлигини кўрсатади.

Реабилитация чора-тадбирларидан сўнг, назорат текширувида, болалар аста-секин чекловларсиз ўз ёшига мос келадиган парҳезга ўтказилди. Ичак моторикасига таъсир қилишнинг физиотерапевтик усулларида шикоятлари, клиник намоён бўлиши ва жарроҳликдан олдинги босқичда боланинг кўшимча текшируви натижаларини ҳисобга олган ҳолда амбулатория тармоғида мавжуд бўлган муолажалар таклиф қилинди.

ХОТИМА

1.ТҚИТ чақалоқлар ва эрта кўкрак ёшли болаларда учрайдиган ичак тутилишларининг 26,6% ни ташкил этиб, улар қуйидаги сабаблар орқали юзага келади: ичак мальротацияси аномалиялари (53,7%); обструкциянинг ички сабаблари (22,8%); ичакнинг қорин бўшлиғи аъзоларининг патологик ҳосилалари билан босилиши (21,1%); кўп сонли омиллар (2,4%).

2.Перинатал даврда ҳомиладор аёл ва ҳомилада кузатилган бир ёки кўплаб хавф омиллари ҳамда ўтказилган медикаментоз даволашнинг салбий таъсири туғма ичак тутилиши ривожланишига бевосита ёки билвосита таъсир қилади. Интранатал даврдаги салбий омиллар мавжуд гипоксия ва асфиксиянинг кучайиши ҳисобига чақалоқнинг адаптив ҳолатларини пасайтиради. Бу эса касалликнинг оғир кечиши ва иккиламчи ўзгаришлар ривожланишига сабаб бўлади.

3.ТҚИТ, тўлиқ ичак тутилишига ўхшаш тарзда, обструкция жойлашувига қараб юқори (85,4%) ёки пастки (14,6%) ичак тутилиши аломатлари билан клиник намоён бўлади. Бироқ, анатомик тўсилиш даражаси касалликнинг кечиш хусусиятларини белгилайди. Критик обструкцияларда (46,3%) ўткир ичак тутилишига хос классик аломатлар кузатилса, ичак мальротациясининг нотўлиқ шаклларида касаллик қайталанувчи ўткир ости ёки сурункали (19,5%) ҳолда кечади. Бунда мальабсорбция ва дисбактериоз белгиларининг устуворлиги фониди болада тана вазни етишмовчилиги кузатилади. Уйғунлашган ҳамроҳ аномалиялар (23,6%) эса ТҚИТ кечишида тегишли ўзгаришларни келтириб чиқаради.

4.ТҚИТда антенатал ультратовушли скрининг ташхислашнинг сезгирлиги 95% ва ишончлиги 93% ни ташкил этади. Полигидроамниоз, ичак қовузлокларининг локал кенгайиши, ичак мальротацияси фониди ривожланган турларида доплерли текширувда "гирдоб" белгисини аниқлаш характерли ҳисобланади. Постнатал даврда контрастли рентген текширувида ичак эвакуациясининг секинлашиши, унинг проксимал қисмининг кенгайиши, шунингдек, ирригографияда нотўлиқ ротация белгиларини аниқлаш нафақат туғма қисман ичак тутилиши мавжудлигини, балки унинг ичак мальротацияси асосида юзага келганини ҳам кўрсатади.

5.ТҚИТда оператив-тактик ёндашув патологиянинг тури ва сабабларини инобатга олган ҳолда амалга оширилади. Ичак мембраналарида дуоденотомия (14,6%) ва энтеротомия (2,4%) энг кўп қўлланиладиган операциялар ҳисобланади. Ичак стенозларида торайиш соҳасининг қисқа резекцияси ва анастомози (10,7%) самарали хирургик усуллардир. Касалликнинг ичак мальротацияси билан уйғунлашган турларида (49,6%) тегишли коррекция талаб этилади. 12 бармоқли ичак ташқи сиқилишларида дуодено-дуоденоанастомоз ёки дуоденоюноанастомоз (12,2%), шунингдек, перидуоденал битишмаларни бартараф этиш (8,1%), ингичка ичакдаги бундай ўзгаришлар патологик ҳосила билан қамралган ичак қисмини резекциясини талаб қилади (2,4%).

6.Таклиф қилинган ташхислаш ва жарроҳлик-тактик ёндашувларнинг қўлланилиши асосий ва таққослаш гуруҳлари солиштирилганда жарроҳликдан кейинги асоратларни 19,64% дан 7,46% гача камайтириш, ўлим ҳолатини 3,6% дан 0% гача камайтириш, даволашнинг яхши натижаларини 77,55% дан 96,82% гача ошириш, қоникарсиз натижаларни 22,45% дан 3,17% гача камайтириш имконини берди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/01.02.2022.tib.147.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ НАЦИОНАЛЬНОМ ДЕТСКОМ
МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ**

ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ИБРАГИМОВ АХРОРЖОН ВАЛИЖОНОВИЧ

**ДИАГНОСТИКА И ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ
ЧАСТИЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У
НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА**

14.00.35 – Детская хирургия

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

ТАШКЕНТ-2025

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан за № № В2023.1.PhD/Tib3424

Диссертация выполнена в Ташкентском педиатрическом медицинском институте.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекском, русском, английском (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета www.bmtm.uz и на Информационно-образовательном портале «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Научный руководитель:

Саттаров Жамолиддин Бахронович
доктор медицинских наук, доцент

Официальные оппоненты:

Акилов Хабибулла Атауллаевич
доктор медицинских наук, профессор

Агзамходжаев Саиданвар Талатович
доктор медицинских наук, доцент

Ведущая организация:

**Самаркандский государственный
медицинский университет**

Защита диссертации состоится «__» _____ 2025 г. в __ часов на заседании Научного совета DSc.04/01.02.2022.Tib.147.01 при Национальном Детском Медицинском Центре (Адрес: г. Ташкент, Яшнабадский р-он, ул. Паркентская, 294, (Национальный детский Медицинский Центр) Тел/факс(+99855) 503-03-66, e-mail: ilmiy.kengash@bmtm.uz).

Диссертация зарегистрирована в Информационно-ресурсном Национального Детского Медицинского Центра (зарегистрирована за № ____). Текст диссертации доступен в Информационно-исследовательском центре по следующему адресу: 100140, Адрес: г. Ташкент, Яшнабадский р-он, ул. Паркентская, 294, Тел/факс(+99855) 503-03-66.

Автореферат диссертации разослан «__» _____ 2025 года.
(Реестр протокола рассылки № ____ от «__» _____ 2025 года)

А.М. Шарипов
Председатель Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

А.С. Юсупов
Ученый секретарь Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, доцент

Н.Ш. Эргашев
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. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), частота врождённых пороков развития у новорождённых варьируется от 2,5% до 4,5%. Среди них аномалии пищеварительной системы занимают лидирующие позиции, составляя от 21,7% до 25%¹⁶. Врождённая кишечная непроходимость (ВКН) составляет относительно высокий процент от общего числа случаев – около 8-10%¹⁷. Также встречается врождённая частичная кишечная непроходимость (ВЧКН), которая наблюдается у живорождённых детей с частотой от 1:10 000 до 1:40 000. Эта патология может проявляться в различных анатомических формах¹⁸.

Следует подчеркнуть, что за последние десятилетия во всем мире значительно расширились возможности антенатальной и постнатальной диагностики врождённой полной кишечной непроходимости. Однако, несмотря на прогресс в этой области, выявление ВЧКН по-прежнему представляет определённые сложности. Если частичная обструкция двенадцатиперстной кишки не будет диагностирована на ранней стадии, это может привести к развитию хронической дуоденальной непроходимости у новорождённого^{19,20}. Такие изменения в тонком и толстом кишечнике не только замедляют нормальное развитие ребёнка, но и могут способствовать развитию патологических состояний, таких как дисбактериоз и мальабсорбция.

В нашей республике имеется ограниченное количество обобщающих научных трудов, в которых глубоко рассматриваются клинические аспекты, методы диагностики и подходы к лечению этих заболеваний. С учетом высоких показателей рождаемости в нашей стране и, как следствие, значительного количества новорожденных с врожденной кишечной непроходимостью, эта проблема становится одним из самых актуальных направлений в области детской хирургии, неонатологии, реаниматологии и интенсивной терапии^{21,22}.

Данная диссертационная работа в некоторой степени способствует реализации целей, установленных Указом Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года № УП-60 «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы»²³. Она также дополняет Постановление Президента Республики Узбекистан от 26 июля 2021 года № ПП-5198 «О

¹⁶ Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг ахборот бюллетени. 2010. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_10-EN.PDF.

¹⁷ Farrokhkhani P., Farhadi R., Ala S., Mousavi S.A. Etiology and Outcome of Intestinal Obstruction in Neonates: A 5-Year Investigation of Admitted Cases From a Tertiary Neonatal Intensive Care Unit in Northern Iran. *Clin Med Insights Pediatr.* 2023 Sep 12;17:11795565231196771.

¹⁸ Singh S., Srivastav S., Raj Singh G., Roshan Khan T. Intestinal Malrotation in Older Children – A Case Series of Delayed Diagnosis *Int J Pediatr.* 2024; 12 (02):18555-18562. DOI: 10.22038/ijp.2024.78490.5433

¹⁹ Козлов Ю.А., Полоян С.С., Чубко Д.М. и др. Внутриспросветные технологии лечения врождённого стеноза двенадцатиперстной кишки // *Детская хирургия.* 2021. 25(2) – С.99-103.

²⁰ Борисевич М.А., Кумейко И.Д., Изенов А.М. и др. Врожденные атрезии желудочно-кишечного тракта у новорожденных // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.* - 2019. - № 6. - С. 78-84.

²¹ Эргашев Н.Ш., Сагтаров Ж.Б. Ближайшие и отдаленные результаты лечения мальротации кишечника у детей // *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии.* 2016. №1. Стр.24-29.

²² Эргашев Б.Б., Камолов Ш.Б. Еюнальная атрезия - современные взгляды на диагностику и лечение // *Вестник НДМЦ.* 2022. №3. Стр.64-67.

²³ Ўзбекистон Республикаси Президентининг Фармони, 28.01.2022 санадаги ПФ-60-сон «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида».

мерах по дальнейшему повышению качества медицинских услуг, оказываемых населению», а также другие нормативно-правовые акты.

Обеспечение качественной медицинской помощи в условиях реформирования системы здравоохранения является одной из приоритетных задач. Особое внимание уделяется повышению эффективности комплексного обследования и лечения детей с ВЧКН.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий в республике. Данное исследование было проведено в рамках приоритетного направления развития науки и технологий в стране – VI. «Медицина и фармакология». Исследование было выполнено в соответствии с задачей «Разработка новых технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации заболеваний человека».

Степень изученности проблемы. Исследования, посвященные диагностике и лечению ВЧКН, осуществляются ведущими медицинскими научными центрами и высшими учебными заведениями мира, в том числе: Section of Pediatric Surgery, Yale University School of Medicine, New Haven (США); Pediatric Surgery, Wilhelmina Children's Hospital University Medical Center (Нидерланды); Центр хирургии новорожденных при Санкт-Петербургской педиатрической медицинской академии (Россия); Department of Pediatric Surgery, Hyogo College of Medicine, Nishinomiya, Hyogo (Япония); Department of Obstetrics and Gynecology, Catholic University of Korea, Seoul (Корея). Научные исследования, посвящённые изучению эмбриологии, патогенеза, клинических проявлений, диагностики и лечения врождённой кишечной непроходимости, широко представлены как в зарубежной, так и в отечественной литературе, а также в научных изданиях нашей страны. Благодаря улучшению организации медицинской помощи, развитию анестезиологии и оптимизации послеоперационного периода, в лечении врождённой кишечной непроходимости у новорождённых и детей грудного возраста были достигнуты значительные успехи. В развитых странах уровень смертности от этого заболевания снизился до 0,1-0,2%^{24,25,26}.

В научной литературе представлены подробные сведения о различных формах ВКН. Данное заболевание связано с нарушением органогенеза желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в эмбриональном периоде. Дети рождаются с симптомами кишечной непроходимости. Однако диагностика ВЧКН затруднена из-за специфических динамических процессов. В научно-практических исследованиях, посвящённых ВЧКН, недостаточно внимания уделяется таким аспектам, как частота встречаемости клинико-анатомических форм в различных локализациях ЖКТ, особенности их течения, а также сопоставление результатов диагностических методов с объективными клиническими данными. Это приводит к позднему выявлению заболевания и развитию осложнений^{27,28}.

²⁴Ашкрафт К.У., Холдер Т. М. «Детская хирургия». I-том. Санкт-Петербург. – 1996. – С.341-365.

²⁵Козлов Ю.А., Подкамнев В.В., Новожилова В.А. Непроходимость желудочно-кишечного тракта у детей: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 189-224 с.

²⁶Володина Н.Н., Дегтярева Д.Н. Неонатология: национальное руководство: в 2 т. Том 2 / под ред. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 424-426 с. DOI: 10.33029/9704-7829-5-NNG-2023-1-768.

²⁷Эргашев Н.Ш., Саттаров Ж.Б., Эргашев Б.Б. Синдром Ледда у новорожденных // Детская хирургия. 2015. № 2.– С.26-29.

В последние десятилетия в хирургии активно применяются лапароскопические и видеоассистированные операции для лечения различных заболеваний^{29,30}. Однако вопросы их применения к различным формам ВЧКН остаются недостаточно изученными. Научные исследования показывают, что ранняя диагностика, разработка оптимальных тактических подходов и выбор эффективных методов хирургического лечения имеют большое значение.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационная работа выполнена в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и техники Республики Узбекистан, а также в рамках научно-исследовательской программы Ташкентского педиатрического медицинского института №01980006703 «Совершенствование методов диагностики, лечения и профилактики врожденных и приобретенных заболеваний у детей».

Цель исследования – улучшение результатов лечения врожденной частичной кишечной непроходимости у новорожденных и детей грудного возраста путём совершенствования методов диагностики и выбора оптимальной хирургической тактики.

Задачи исследования:

на основе анализа клинических данных определить частоту и виды аномалий, приводящих к ВЧКН у новорожденных и детей грудного возраста;

изучить влияние факторов риска, возникших в пренатальном и интранатальном периодах, на течение ВЧКН у новорожденных и детей грудного возраста;

определить причины, степень, протяжённость и локализацию обструкции при различных формах ВЧКН. Разработать алгоритм диагностики, учитывающий особенности клинического течения болезни и результаты диагностических методов, в соответствии с указанными факторами;

разработать оптимальный алгоритм лечения ВЧКН на основе анализа существующих тактических подходов и методов оперативного вмешательства, включая оптимизацию процессов предоперационной подготовки и послеоперационного восстановления;

оценить эффективность предложенных оперативно-тактических методов, а также обоснованность их применения путем сравнительного анализа результатов лечения.

Объект исследования: 123 ребёнка с диагнозом ВЧКН, находившиеся на различных этапах хирургического лечения. Также были изучены анкеты 53 беременных женщин из 50 790, у плодов которых при антенатальном скрининге были выявлены пороки развития на разных сроках беременности.

²⁸Разумовский А.Ю., Куликова Н.В., Холостова В.В., Аманова М.А., Хавкин А.И. Синдром Хилаидити, как причина хронической дуоденальной непроходимости у оперированных по поводу омфалоцеле детей // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2021. №192 (8). С. 181-187.

²⁹Эргашев Б.Б., Эшкабилов Ш.Д., Мухтаров Ж.У. Лечебная тактика при дуоденальной непроходимости у новорожденных // Новый день в медицине. – Ташкент. 2013. – Том 3, №3. – С. 29-30.

³⁰Chung P.H., Wong C.W., Ip D.K., et al. Is laparoscopic surgery better than open surgery for the repair of congenital duodenal obstruction? A review of the current evidences // J Pediatr Surg. 2017. Vol.52. No.3. P.498-505.

Предмет исследования: комплексная оценка соматического статуса и анатомо-функционального состояния органов ЖКТ у больных с ВЧКН на этапах хирургического лечения; оценка течения антенатального и интранатального периодов у новорожденных с ВЧКН.

Методы исследования. В ходе исследования были применены общеклинические, лабораторные, ультразвуковые и лучевые методы диагностики (рентгенография, компьютерная томография), а также морфологические, эндоскопические и статистические методы. Проведен анализ течения антенатального и интранатального периодов у новорожденных с ВЧКН.

Научная новизна исследования:

выявлены факторы риска развития ВЧКН у плода в пренатальном периоде, а также особенности течения беременности. Определена частота встречаемости данного порока в структуре других врожденных аномалий;

доказано, что многоводие является наиболее значимым и легко определяемым эхографическим признаком, который связан с развитием ВЧКН у плода и требует обязательного проведения раннего послеродового обследования новорожденного с целью исключения наличия пороков развития кишечника;

систематизированы анатомические формы ВЧКН и проанализированы особенности их клинического течения у новорожденных и детей грудного возраста; определены наиболее информативные методы диагностики и разработан алгоритм диагностики для выявления отдельных форм ВЧКН;

изучены удельный вес и особенности сопутствующих пороков и соматических заболеваний, влияющих на результаты лечения ВЧКН у новорожденных и детей грудного возраста. Научно обоснованы преимущества и высокая эффективность видеолапароскопической хирургии в сравнении с традиционными методами хирургического лечения.

Практическая значимость исследования:

оптимизированы методы пренатальной диагностики ВЧКН на основе факторов риска у беременных женщин и определены ключевые пренатальные признаки данного порока;

анализ частоты и вида ВЧКН подтверждает необходимость проведения антенатального и комплексного постнатального обследования с целью выявления клинко-анатомических форм патологий;

разработаны алгоритмы диагностики ВЧКН на ранних сроках беременности и в послеродовом периоде, позволяющие определить оптимальную акушерскую тактику и провести комплексное лечение до и после родов, предотвращая развитие осложнений;

установлено, что в 76,4% случаев ВЧКН проявляется как изолированная аномалия. Однако в 23,6% случаев она сочетается с другими нарушениями: в 16,3% – в виде сочетанной аномалии, а в 7,3% – с множественными пороками. Обоснована важность целенаправленного выявления подобных сочетаний и проведения одновременных хирургических вмешательств во время операции;

предложенные оперативно-тактические подходы, учитывающие характер ВЧКН и сопутствующие заболевания, способствуют повышению эффективности лечения;

выявлены преимущества видеолапароскопической хирургии, позволяющей улучшить результаты лечения новорожденных и детей грудного возраста с ВЧКН, снизить частоту послеоперационных осложнений и летальность;

на основе анализа тактических ошибок, а также видов и причин осложнений были разработаны практические рекомендации по лечению детей с ВЧКН и профилактике осложнений;

комплексный анализ результатов лечения позволяет разработать оптимальную программу реабилитационных мероприятий;

результаты исследования были оформлены в виде двух методических рекомендаций и внедрены в практическую деятельность отделений детской хирургии республиканских и городских медицинских учреждений.

Достоверность результатов исследования подтверждается использованием современных теоретических подходов, методологически правильным проведением работы и достаточным объёмом материала, и выборкой пациентов. В процессе исследования применялись актуальные и научно обоснованные методы, основанные на сочетании общеклинических, инструментальных и статистических методов анализа. Полученные результаты были тщательно сопоставлены с данными международных и отечественных исследований, что позволило сделать объективные выводы. Выводы и результаты исследования также были подтверждены в компетентных структурах.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость работы заключается в том, что она расширяет наши знания о диагностике и хирургическом лечении изолированных и комбинированных форм ВЧКН у новорожденных и детей грудного возраста, особенно в случае возникновения осложнений. Исследование, проведённое на основе изучения особенностей течения беременности, позволило выявить факторы риска, способствующие рождению детей с данным пороком. Результаты ante- и постнатальной диагностики дают возможность рекомендовать научно обоснованные методы для практического применения в детской хирургии и гастроэнтерологии. Кроме того, результаты исследования представляют ценность для образовательного процесса, так как могут быть использованы для подготовки студентов, магистрантов и клинических ординаторов по специальности «детская хирургия».

Практическая ценность исследования заключается в разработке новых алгоритмов, которые позволяют на ранних сроках беременности и в послеродовом периоде выявлять ВЧКН. Эти алгоритмы помогают подобрать оптимальную тактику лечения, учитывая сопутствующие аномалии как до рождения, так и после него. Систематизация клинических проявлений, результатов дополнительных обследований и анатомических особенностей ВЧКН позволила определить различные анатомические формы заворота и фиксации кишечника, характерные для новорожденных и детей грудного возраста. На основе этих данных были разработаны рекомендации, которые могут быть использованы в детских хирургических и неонатологических отделениях. Эти рекомендации могут быть полезны как для практикующих врачей, так и для преподавателей медицинских дисциплин.

Внедрение результатов исследования. На основании заключения №09/36 Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан от 26 ноября 2024 года представлены следующие:

Сущность первой научной новизны: выявлены факторы риска развития ВЧКН у плода в пренатальном периоде, а также особенности течения беременности. Определена частота встречаемости данного порока в структуре других врожденных аномалий. *Внедрение научной новизны в практику:* разработанная в рамках исследования программная методика пренатальной диагностики внедрена в систему здравоохранения. В частности, метод был интегрирован в практику хирургических отделений на основании следующих нормативных документов: приказ №108 от 17.09.2024 года детского многопрофильного медицинского центра Сурхандарьинской области; приказ №4 от 16.09.2024 года Сурхандарьинского областного филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. *Социальное значение научной новизны:* выявление факторов риска у беременных женщин обладает высокой прогностической значимостью для диагностики ВЧКН. Установлено, что факторы риска, наблюдаемые как во время беременности, так и у плода в перинатальном периоде, наряду с проводимым медикаментозным лечением, оказывают прямое или косвенное влияние на развитие данного порока. Неблагоприятные интранатальные факторы, такие как усиление гипоксии и асфиксии, могут существенно снижать адаптационные возможности новорождённого, приводя к тяжёлому течению заболевания и развитию вторичных осложнений. *Экономическая эффективность научной новизны:* сравнительный анализ экономической эффективности показал, что затраты на диагностику одного пациента в основной группе составили в среднем 373 473,75 сума, тогда как в группе сравнения они достигли 995 812,50 сума. Экономическая выгода составила 622 338,75 сума на одного пациента в основной группе. *Заключение:* разработанные методы диагностики позволили выявить один или несколько факторов риска у беременных женщин, а также установить, что неблагоприятное воздействие медикаментозного лечения является прямой или косвенной причиной развития ВЧКН у плода. Эти результаты подчеркнули необходимость внедрения целенаправленных методов обследования в постнатальном периоде для снижения рисков.

Сущность второй научной новизны: доказано, что многоводие является наиболее значимым и легко определяемым эхографическим признаком, который связан с развитием ВЧКН у плода и требует обязательного проведения раннего послеродового обследования новорожденного с целью исключения наличия пороков развития кишечника. *Внедрение научной новизны в практику:* разработанный в рамках исследования алгоритм антенатальной диагностики был внедрён в практическое здравоохранение. Алгоритм используется в хирургических отделениях на основании следующих нормативных документов: приказ №108 от 17.09.2024 года детского многопрофильного медицинского центра Сурхандарьинской области; приказ №4 от 16.09.2024 года Сурхандарьинского областного

филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. *Социальное значение научной новизны:* применение методов пренатального обследования позволило своевременно диагностировать ВЧКН, а также выявить сопутствующие аномалии развития у плода. *Экономическая эффективность научной новизны:* практическое использование разработанного алгоритма антенатальной диагностики способствовало сокращению длительности стационарного лечения новорождённых. Это позволило сэкономить в среднем 622 338,75 сума из государственного бюджета на каждого пациента. *Заключение:* установлено, что при наличии многоводия, локального расширения петель кишечника и мальротации характерным эхографическим признаком является выявление так называемой «воронки» с использованием доплерографического исследования. Эти данные подчёркивают необходимость применения целенаправленных методов диагностики в постнатальном периоде. Среди ключевых рентгенологических признаков, выявляемых в постнатальном периоде, отмечены замедление эвакуации кишечного содержимого, расширение проксимального отдела кишечника и признаки неполной ротации при ирригографии. Эти изменения свидетельствуют не только о наличии врождённой кишечной непроходимости, но и о том, что данная патология развивается на фоне мальротации кишечника.

Сущность третьей научной новизны: систематизированы анатомические формы ВЧКН и проанализированы особенности их клинического течения у новорожденных и детей грудного возраста; определены наиболее информативные методы диагностики и разработан алгоритм диагностики для выявления отдельных форм ВЧКН. *Внедрение научной новизны в практику:* алгоритмы антенатальной и постнатальной диагностики, разработанные в рамках исследования, внедрены в практическую деятельность хирургических отделений. Их применение регламентировано следующими нормативными актами: приказ №108 от 17 сентября 2024 года Детского многопрофильного медицинского центра Сурхандарьинской области; приказ №4 от 16 сентября 2024 года Сурхандарьинского областного филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. *Социальное значение научной новизны:* разработанные диагностические алгоритмы и компьютерные программы упростили процесс диагностики, способствовали выбору оптимальной лечебной тактики и обеспечили возможность раннего выявления причин ВЧКН у новорождённых и детей грудного возраста. Кроме того, они позволили провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями органов брюшной полости, что повысило качество медицинской помощи. *Экономическая эффективность научной новизны:* применение предложенных диагностических алгоритмов и программ привело к значительному улучшению показателей диагностики: диагностическая эффективность в основной группе увеличилась с $73,21 \pm 5,92\%$ до $97,01 \pm 2,08\%$; определение локализации обструкции повысилось с $85,71 \pm 4,68\%$ до $97,01 \pm 2,08\%$; показатель диагностики заболевания возрос с $78,57 \pm 5,48\%$ до

92,54 ± 3,21%; эффективность определения анатомической формы увеличилась с 73,21 ± 5,92% до 83,58 ± 4,53%. *Заключение:* систематизация анатомических компонентов, характерных для ВЧКН, позволила выявить отдельные формы ВЧКН у новорождённых и детей грудного возраста. Это, в свою очередь, дало возможность выбрать наиболее соответствующие хирургические подходы и снизить риск послеоперационных осложнений.

Сущность четвертой научной новизны: изучены удельный вес и особенности сопутствующих пороков и соматических заболеваний, влияющих на результаты лечения ВЧКН у новорождённых и детей грудного возраста. Научно обоснованы преимущества и высокая эффективность видеолaparоскопической хирургии в сравнении с традиционными методами хирургического лечения. *Внедрение научной новизны в практику:* разработанные подходы, основанные на результатах исследования, внедрены в практическую деятельность хирургических отделений. Их использование регламентировано следующими приказами: приказ №108 от 17 сентября 2024 года Детского многопрофильного медицинского центра Сурхандарьинской области; приказ №4 от 16 сентября 2024 года Сурхандарьинского областного филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. *Социальное значение научной новизны:* применение предложенных хирургико-тактических подходов позволило снизить частоту послеоперационных осложнений с 19,64% до 7,46%, а уровень летальности – с 3,6% до 0% (по данным сравнительного анализа основной и контрольной групп). Кроме того, отмечено увеличение доли положительных исходов лечения с 77,55% до 96,82%, а неудовлетворительных результатов – с 22,45% до 3,17%. Эти показатели убедительно демонстрируют преимущества видеолaparоскопической хирургии по сравнению с традиционными методами. *Экономическая эффективность научной новизны:* применение разработанных подходов позволило сократить среднюю длительность пребывания пациентов в стационаре в основной группе до 12,37 ± 0,29 дней, тогда как в группе сравнения этот показатель составил 16,88 ± 0,54 дней. Учитывая стоимость одного койко-дня в размере 423 000 сумов, общие затраты на лечение одного пациента составили в основной группе 5 232 510 сумов (12,37 × 423 000), а в группе сравнения – 7 140 240 сумов (16,88 × 423 000). Таким образом, экономическая эффективность подтверждена экономией средств в размере 1 907 730 сумов на одного пациента в основной группе. *Заключение:* систематизация анатомических компонентов, характерных для ВЧКН, позволила выделить специфические анатомические формы ВЧКН у новорождённых и детей грудного возраста. Эти данные обеспечили возможность выбора оптимальных хирургических подходов, что позволило существенно снизить риск послеоперационных осложнений.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были представлены и обсуждены на 6 научно-практических конференциях, в том числе на 2 международных и 4 республиканских.

Опубликованность результатов исследования. По материалам диссертации опубликовано 30 научных работ, в том числе: 9 научных статей, 7 из

которых опубликованы в республиканских, включенных в список ВАК изданиях, 2 в международных научных журналах, 2 методические рекомендации, 2 свидетельства на программу для ЭВМ и 17 тезисов.

Структура и объём диссертации. Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, практических рекомендаций и списка литературы. Общий объём диссертации составляет 120 страниц, включая 19 таблицы и 32 рисунков.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во **введении** обоснована актуальность и значимость проведенного исследования, сформулированы его цель и задачи, а также охарактеризованы объект и предмет исследования. Подчеркнуто соответствие работы приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики, представлена научная новизна и практическая ценность полученных результатов. Также изложены сведения о внедрении результатов исследования в практическую медицину, перечислены публикации, посвященные теме исследования, и представлена структура диссертации.

Первая глава диссертации под названием **«Современные принципы диагностики и лечения врожденной частичной кишечной непроходимости»** посвящена анализу литературных данных об анатомо-морфологических особенностях ВЧКН, её нозологических формах, особенностях клинического течения и необходимости диагностики и радикального хирургического лечения. Включены показания для хирургического вмешательства в зависимости от типа и характера порока, а также обсуждаются спорные и нерешённые вопросы, требующие дальнейших исследований и уточнений.

Во второй главе диссертации **«Общая характеристика клинического материала и методы исследования»** представлен анализ клинического материала, описаны клинические, инструментальные и статистические методы. В основу исследования положены данные о 463 пациентах с заболеваниями органов брюшной полости, сопровождающимися признаками врожденной кишечной непроходимости, проходивших лечение в Республиканском учебно-лечебном и методическом центре неонатальной хирургии при Республиканском перинатальном центре и на клинической базе кафедры госпитальной детской хирургии Ташкентского педиатрического медицинского института в период с 2015 по 2022 год. Из них у 123 (26,6%) пациентов был диагностирован ВЧКН, возраст которых варьировал от одного дня до одного года.

Научно-исследовательская работа основана на анализе результатов диагностики и лечения 123 пациентов с ВЧКН. В зависимости от применяемых методов лечебно-диагностических мероприятий пациенты были разделены на две группы: контрольную и основную. В контрольной группе, состоящей из 56 пациентов (45,5%), использовались традиционные методы диагностики и лечения (2015-2018 гг.). В основной группе, состоящей из 67 пациентов (54,5%), применялись современные методы диагностики и лечения, а также новый тактический подход (2019-2022 гг.).

Среди пациентов, находившихся под нашим наблюдением, 99 (80,49%) пациентов были новорожденными, а 24 (19,51%) – детьми грудного возраста. Из

всех пациентов 41,46% (51 человек) были мальчиками, а 58,54% (72 человека) – девочками.

Третья глава диссертации под названием «Методы диагностики врожденной частичной кишечной непроходимости» посвящена анализу примененных методов диагностики и лечения ВЧКН. Врожденная кишечная непроходимость была диагностирована у 463 новорожденных, причем у 123 из них (26,6%) выявлена ВЧКН: в антенатальном периоде диагноз был установлен у 53 плодов (43,0%), а в постнатальном периоде – у 70 новорожденных (57,0%).

На основании данных анамнеза женщин были определены факторы риска, оказывающие влияние на ранние сроки беременности; подробное описание факторов риска представлено в таблице 1.

Таблица 1

Факторы риска, которые могут служить клиническими признаками ВЧКН плода на ранних сроках беременности

Показатели	Исследуемые группы					
	ГС			ОГ		
	abs	M±m,%	P	abs	M±m,%	P
Контакт с пестицидами	3	5,36±3,01	$\chi^2 = 29,000;$ $p = 0,000$	5	7,46±3,21	$\chi^2 = 27,985;$ $p = 0,000$
TORCH-инфекция	6	10,71±4,13		11	16,42±4,53	
Прием лекарств	28	50±6,68		17	25,37±5,32	
Многоводие	19	33,93±6,33		34	50,75±6,11	

Из 123 пациентов с ВЧКН у 105 (85,4%) была выявлена высокая частичная кишечная непроходимость, тогда как у 18 (14,6%) – низкая частичная кишечная непроходимость, при этом у всех пациентов преобладали характерные признаки частичной кишечной непроходимости. Различные нозологические формы высокой и низкой ВЧКН представлены в таблице 2.

Таблица 2

Распределение пациентов с ВЧКН по возрасту и форме заболевания (n=123)

Локализация и характеристика частичной кишечной непроходимости	Новорожденные		до 3 месяцев		от 3 до 6 месяцев		6-9 месяцев		9-12 месяцев		Всего		P
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	
1. Высокие формы КН													
Стенозы ДПК	2	1,63	1	0,81	1	0,81	0	0,00	0	0,00	4	3,3	$\chi^2 = 110,190;$ $p = 0,000$
Мембраны ДПК	15	12,20	2	1,63	0	0,00	0	0,00	0	0,00	17	13,8	
Наружное сдавление ДПК	14	11,38	4	3,25	0	0,00	1	0,81	0	0,00	19	15,4	
Сдавления ДПК в сочетании с мальротацией	52	42,28	9	7,32	1	0,81	0	0,00	0	0,00	62	50,4	
Сочетанные множественные формы	3	2,44	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	2,4	
P	Хи-квадрат Пирсона = 18,669; p = 0,097												
2. Низкие формы КН													
Стенозы кишечника	3	2,44	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	2,44	$\chi^2 = 2,000;$ $p = 0,572$
Мембраны кишечника	3	2,44	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,81	4	3,25	
Наружное сдавление кишечника	5	4,07	1	0,81	1	0,81	0	0,00	0	0,00	7	5,69	
Сочетание низкой КН с мальротацией	2	1,63	2	1,63	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	3,25	
P	Хи-квадрат Пирсона = 9,527; p = 0,390												
Всего:	99	80,49	19	15,45	3	2,44	1	0,81	1	0,81	123	100,00	

Клинические проявления ВЧКН и их манифестация у пациентов исследуемых групп детально представлены в таблице 3. Из таблицы видно, что заболевание с явными классическими симптомами наблюдалось у 57 детей. Эти симптомы включали боль и вздутие живота, беспокойство ребенка, рвоту, задержку стула и отсутствие отхождения газов.

Таблица 3

Проявление клинических признаков у больных с ВЧКН

Показатели	Исследуемые группы					
	ГС			ОГ		
	abs	M±m,%	P	abs	M±m,%	P
Клинические признаки ВЧКН (вздутие в животе, беспокойство, рвота, задержка стула и газов)	28	50,0±6,68	$\chi^2 = 53,714; p = 0,000$	29	43,28±6,05	$\chi^2 = 45,030; p = 0,000$
Подострая или рецидивирующая боль в животе	11	19,64±5,31		13	19,40±4,83	
Кишечное кровотечение	3	5,36±3,01		4	5,97±2,89	
Малабсорбция кишечника	1	1,79±1,77		2	2,99±2,08	
Опухолевидное образование в брюшной полости	3	5,36±3,01		5	7,46±3,21	
Различные комбинации 2 признаков	10	17,86±5,12		14	20,9±4,97	
P	Хи-квадрат Пирсона = 0,850; p = 0,974					

На основании анализа результатов диагностики и лечения ВЧКН у новорожденных, с учетом значимости антенатального периода и акушерской тактики, особенностей ранней постнатальной диагностики ВЧКН и организации межгоспитальной транспортировки новорожденных с данным пороком, нами были разработаны алгоритмы антенатальной диагностики и выбора акушерской тактики при ВЧКН у плода (рис. 1), а также алгоритм постнатальной диагностики и лечебной тактики для новорожденных с ВЧКН (рис. 2).

Данный комплекс исследований позволяет установить диагноз ВЧКН. Однако для выбора оптимальной тактики лечения после постановки диагноза необходимо также оценить степень тяжести заболевания. С этой целью были разработаны следующие ЭВМ программы: "Дифференциальная диагностика и обоснование плана обследования врожденной частичной кишечной непроходимости у новорожденных и детей грудного возраста" патент UZ DGU №26780 от 18.08.2023; "Критерии диагностики клинических и анатомических форм врожденной частичной кишечной непроходимости у новорожденных и детей грудного возраста" патент UZ DGU №26779 от 18.08.2023. Программа предназначена для оптимизации оказания медицинской помощи детям с ВЧКН.

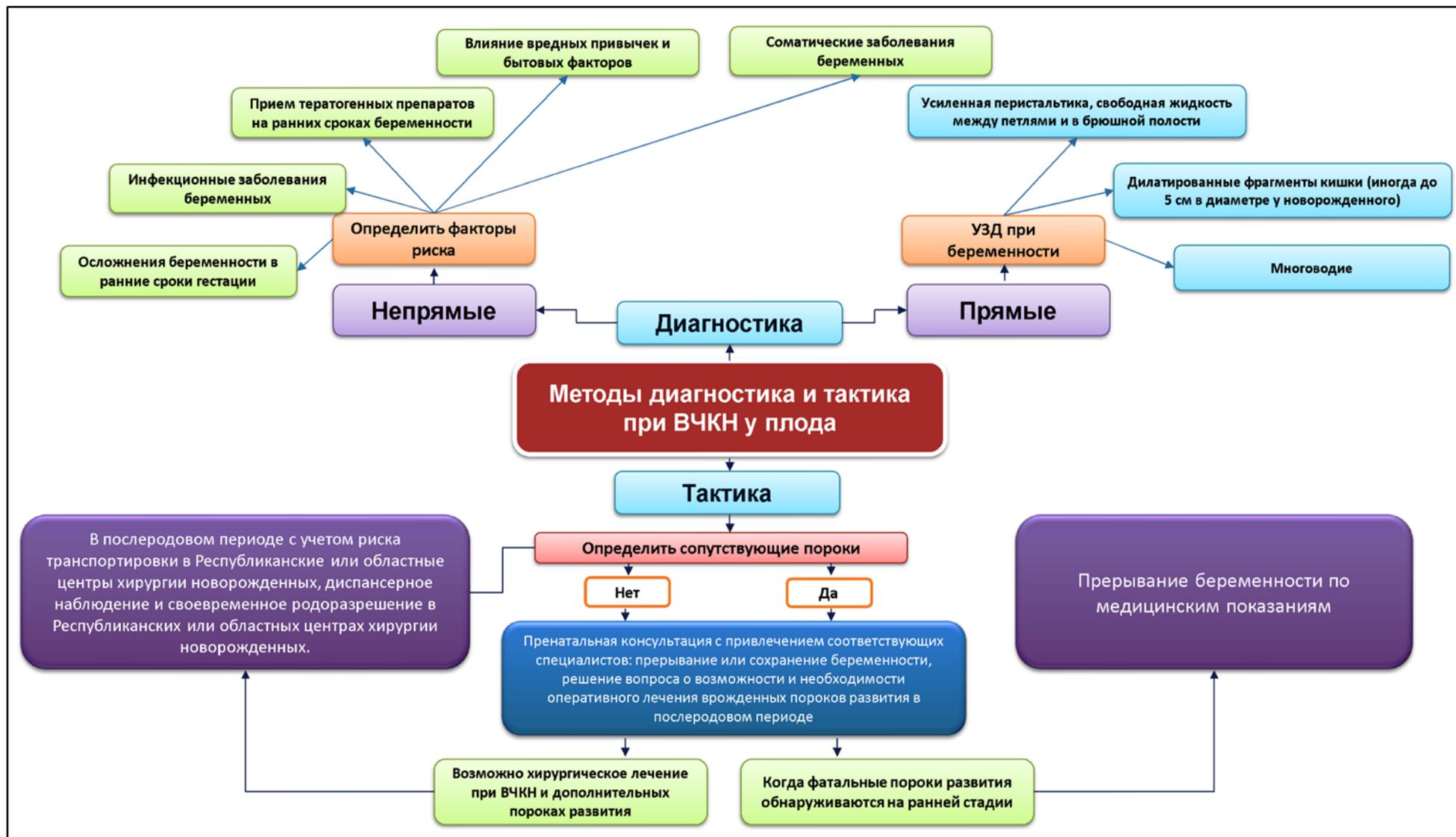


Рис. 1. Алгоритм анте- и постнатальной дифференциальной диагностики и тактики лечения при ВЧКН у плода и новорожденного



Рис. 2. Алгоритм постнатальной диагностики ВЧКН у новорожденных и детей грудного возраста

Программа включает в себя обработку 6 факторов, каждый из которых состоит из определенных критериев оценки. В результате применения разработанной программы ЭВМ для диагностики ВЧКН точность диагностики у пациентов основной группы оказалась выше, чем в группе сравнения (92,54% и 78,57% соответственно), то есть этот показатель в основной группе увеличился на 13,97% (таблица 4).

Таблица 4

Частота неправильно поставленного диагноза ВЧКН у новорожденных и детей грудного возраста

Показатели	Исследуемые группы					
	ГС			ОГ		
	abs	M±m,%	P	abs	M±m,%	P
Диагноз точен	44	78,57±5,48	$\chi^2=18,286;$ $P=0,000$	62	92,54±3,21	$\chi^2=48,493;$ $P=0,000$
Диагноз неясен	12	21,43±5,48		5	7,46±3,21	
P	Хи-квадрат Пирсона = 4,995; p = 0,025					

Диагностическая ценность рекомендованных алгоритмов и программ в основной группе увеличилась в среднем с 73,21±5,92% до 97,01±2,08%. При этом, по сравнению с группой сравнения, в основной группе процент выявления локализаций обструкции повысился с 85,71±4,68% до 97,01±2,08%, диагностика заболевания – с 78,57±5,48% до 92,54±3,21%, определение анатомической формы – с 73,21±5,92% до 83,58±4,53% (таблица 5).

Таблица 5

Общая ценность диагностических мероприятий в основной и сравниваемой группах при ВЧКН у новорожденных и детей грудного возраста, n=123

Показатели	Исследуемые группы				Хи-квадрат Пирсона	
	ГС		ОГ		χ^2	P
	abs	M±m,%	abs	M±m,%		
Определение локализация обструкции	48	85,71±4,68	65	97,01±2,08	5,215	0,042
Диагностика патологии	44	78,57±5,48	62	92,54±3,21	4,995	0,025
Определение анатомической формы	41	73,21±5,92	56	83,58±4,53	1,967	0,161

С целью оценки эффективности предложенных алгоритмов диагностики и комплекса программ ЭВМ был проведен сравнительный анализ результатов обследования пациентов со сроками диагностики в стационаре 24-48 часов и более 48 часов (таблица 6).

Таблица 6

Сроки стационарной диагностики пациентов основной группы (n=67) и группы сравнения (n=56) (в часах) n=123

	ГС (n=56)	ОГ (n=67)
Часы	56,50±2,67	21,19±2,18*

Примечание: * - по сравнению с группой сравнения (***) - P<0,05; ** - P<0,01; * - P<0,001) установлена достоверная разница между средними арифметическими значениями.

Расходы на один койко-день (24 часа) пребывания пациента в больнице составляют 423 000 сумов, что эквивалентно затратам в 17 625 сумов за один час. В основной группе среднее время, затраченное на диагностику заболевания, составило $21,19 \pm 2,18$ часа, тогда как в группе сравнения этот показатель достигал $56,50 \pm 2,67$ часа. Таким образом, средние затраты на диагностику для одного пациента в основной группе составили $21,19 \times 17\ 625 = 373\ 473,75$ сума, в то время как в группе сравнения они равнялись $56,50 \times 17\ 625 = 995\ 812,5$ сума. Исходя из этого, экономическая эффективность на этапе диагностики в основной группе составила 622 338,75 сума на одного пациента.

Четвертая глава диссертации, озаглавленная «**Выбор тактики и методов хирургического лечения врожденной частичной кишечной непроходимости**», посвящена общим принципам, используемым в лечении, а также различным методам хирургического вмешательства и особенностям послеоперационного периода. В основной группе были прооперированы 67 пациентов, что составляет 54,5% от общего числа. В группе сравнения хирургическое лечение завершилось у 56 пациентов, что соответствует 45,5%.

ВЧКН была как изолированный порок у 94 (76,4%) пациентов, а сопутствующий порок развития наблюдался у 29 (23,6%) пациентов. Было отмечено, что основная часть сопутствующих пороков развития локализовалась в сердечно-сосудистой и центральной нервной системах (таблица 7).

Таблица 7

Сопутствующие пороки развития, выявленные у пациентов с ВЧКН (n=29)

Показатели	Исследуемые группы				Хи-квадрат Пирсона	
	ГС		ОГ		χ^2	P
	abs	M (%)	abs	M (%)		
Мочеполовая система	1	1,79±1,77	2	2,99±2,08	0,184	1,000
Сердечно-сосудистая система	2	3,57±2,48	5	7,46±3,21	0,861	0,453
Центральная нервная система	2	3,57±2,48	3	4,48±2,53	0,064	1,000
Желудочно-кишечная система	0	0,0±0,0	3	4,48±2,53	2,570	0,250
Костно-мышечная система	1	1,79±1,77	1	1,49±1,48	0,016	1,000
2 и более пороков развития	4	7,14±3,44	5	7,46±3,21	0,005	1,000

В таблице 8 представлены сравнительные результаты применения видеолапароскопии и традиционного открытого хирургического вмешательства при лечении ВЧКН.

В связи с наличием различных клинических рекомендаций, протоколов и стандартов, а также ограниченностью времени, перед детскими хирургами стоит задача разработки краткого алгоритма хирургического лечения пациентов с ВЧКН.

Таблица 8

Выбор тактики лечения, видов и методов хирургического вмешательства у пациентов с ВЧКН в основной и сравняваемой группах (n=123)

Виды ВЧКН Характер хирургического вмешательства	Стеноз ДПК		Мембрана ДПК		Наружное сдвигание ДПК		Сдвигания ДПК в сочетании с мальротацией		Сочетанные многоместные формы		Стенозы кишечника		Мембраны кишечника		Наружное сдвигание кишечника		Сочетание низкой КН с мальротацией		Всего (%)		
	ОГ	ГС	ОГ	ГС	ОГ	ГС	ОГ	ГС	ОГ	ГС	ОГ	ГС	ОГ	ГС	ОГ	ГС	ОГ	ГС	ОГ	ГС	
Дуоденотомия	-	-	-	7 (1)*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7 (1)*
Обходной дуодено-дуоденоанастомоз	-	-	-	-	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
Операция Леда. Аппендэктомия	-	-	-	-	-	-	33	23	1 (1)*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	34 (1)*	23
Еюно-дуоденоанастомоз «конец в конец»	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Еюно-суюноанастомоз «конец в конец»	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2	-
Устранение перидуоденальных спаек	-	-	-	-	-	4 (1)*	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6 (1)*
Еюнотомия. Еюнопластика	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	2	1
Илео-илеоанастомоз «конец в конец»	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	1	4	1	-	-	4	4	
Устранение заворота кишки	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	2	2	
Удаление подпеченочной тератомы	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 (1)*	-	-	-	1 (1)*	-	
Илсо-колоанастомоз «конец в конец»	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	
Трансверзостомия	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Дивертикулостомия	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Видеолaparоскопические вмешательства при ВЧКН																					
Обходной дуодено-дуоденоанастомоз	2	-	1	-	1	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-
Дуоденотомия	1	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1
Дуоденопластика	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-
Устранение перидуоденальных спаек	-	-	-	-	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1
Всего (%):	3(2,4)	1(0,8)	10(8,2)	7(5,7)	4(3,3)	15(12,2)	36(29,3)	26(21,2)	3(2,4)	-	1(0,8)	2(1,6)	3(2,4)	1(0,8)	5(4,1)	2(1,6)	2(1,6)	2(1,6)	67(54,5)	56(45,5)	

Примечание (*) - симультанная операция выполнена дополнительно

Послеоперационный период прошёл гладко. Пациенты были выписаны домой в удовлетворительном состоянии на 12-15 день. Перед выпиской с раны были сняты швы, и она зажила первичным натяжением. В послеоперационном периоде по месту жительства рекомендован электрофорез передней брюшной стенки в течение 15-20 дней с чередованием прозерина и лидазы в течение первых 10 дней. Рекомендовано наблюдение у неонатолога (гастроэнтеролога) по месту жительства.

Пятая глава диссертации, озаглавленная **«Результаты хирургического лечения врожденной частичной кишечной непроходимости»**, посвящена рассмотрению течения послеоперационного периода и анализу результатов. Из 123 пациентов, подвергшихся хирургическому лечению по поводу ВЧКН, у 84 (68,3%) послеоперационный период протекал без осложнений. У 37 пациентов (30,1%), в основном новорожденных, наблюдались различные осложнения. В группе сравнения зафиксировано 2 летальных исхода (1,6%).

Ранние послеоперационные осложнения были классифицированы следующим образом: *общехирургические* (парез кишечника, гнойно-воспалительные осложнения, ранняя спаечная кишечная непроходимость, недостаточность анастомоза, вентральная грыжа, тромбоз брыжейки, перитонит) – у 16 (13,2%) больных; *соматические* (острая сердечная, дыхательная и почечная недостаточность, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания, сепсис, полиорганная недостаточность, генерализованная внутриутробная инфекция, а также сочетание двух и более осложнений) – у 29 (24,0%) больных. Подробная информация по этим осложнениям представлена в таблице 9.

Применение видеолaparоскопического метода хирургии позволяет свести к минимуму хирургическую травму, способствует благоприятному течению послеоперационного восстановительного периода и обеспечивает отличные косметические результаты у пациентов с ВЧКН (рис. 3).



Рис. 3. Пациент А., Ист.бол.№300. Состояние после видеолaparоскопии, выполненной на перфорированной мембране двенадцатиперстной кишки. Через 1 месяц после выписки из стационара. Общий вид передней брюшной стенки.

Таблица 9

Характеристика и частота ранних общехирургических и соматических осложнений у пациентов с ВЧН в основной и сравниваемой группах (по классификации Clavien-Dindo 2004 г.) (n=121)

Вид осложнения		ГС (n=54)			ОГ (n=67)			Всего		
		абс.	%	P	абс.	%	P	абс.	%	P
Общехирургические n=16	Гнойно-воспалительные	1	1,79	$\chi^2 = 3,727; p = 0,589$	1	1,49	$\chi^2 = 0,600; p = 0,896$	2	1,63	$\chi^2 = 8,500; p = 0,204$
	Парез кишечника	4	7,14		2	2,99		6	4,88	
	Ранняя спаечная кишечная непроходимость	2	3,57		1	1,49		3	2,44	
	Вентральная грыжа	1	1,79		0	0,00		1	0,81	
	Мезентеральный тромбоз	2	3,57		0	0,00		2	1,63	
	Перитонит	0	0,00		1	1,49		1	0,81	
	Несостоятельность анастомоза	1	1,79		0	0,00		1	0,81	
P		Хи-квадрат Пирсона = 4,364; p = 0,628								
Всего (%)		11	19,64		5	7,46		16	13,01	
Соматические n=29	ОДН	2	3,57	$\chi^2 = 6,059; p = 0,533$	3	4,48	$\chi^2 = 2,000; p = 0,849$	5	4,07	$\chi^2 = 13,517; p = 0,095$
	ОПН	1	1,79		2	2,99		3	2,44	
	ОСН	3	5,36		2	2,99		5	4,07	
	ДВС-синдром	1	1,79		1	1,49		2	1,63	
	Полиорганная недостаточность	2	3,57		0	0,00		2	1,63	
	Сепсис	2	3,57		0	0,00		2	1,63	
	Генерализация внутриутробной инфекции	1	1,79		0	0,00		1	0,81	
	Гипербилирубинемия	0	0,00		1	1,49		1	0,81	
	2 или более осложнений	5	8,93		3	4,48		8	6,50	
P		Хи-квадрат Пирсона = 6,566; p = 0,584								
Всего (%)		17	30,36		12	17,91		29	23,58	

Из 123 прооперированных пациентов 121 (98,4%) были выписаны из стационара: 97 (78,9%) из них – новорожденные, и 24 (19,5%) – дети грудного возраста. В 2 случаях (1,6%) был зафиксирован летальный исход. В последние годы показатели выживаемости новорожденных с этими заболеваниями значительно улучшились. Так, из 56 пациентов, проходивших лечение в 2015-2018 годах, 2 (3,6%) скончались, тогда как все 67 пациентов, находившихся на стационарном лечении в 2019-2022 годах, полностью выздоровели, и смертность в этой группе отсутствовала.

Результаты лечения были изучены у 112 (92,6%) из 121 пациента, выписанных из стационара: у 63 (94,0%) пациентов основной группы и 49 (87,5%) пациентов группы сравнения. У 9 (7,4%) пациентов не было

возможности изучить результаты лечения из-за смены места жительства и изменения контактных телефонных номеров.

Изучены анамнестические данные, проведены клинические, лабораторные и биохимические анализы, ультразвуковое исследование и по показаниям – рентген-контрастное исследование желудочно-кишечного тракта и ирригография.

Результаты хирургического лечения оценивались как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные на основе следующих критериев:

Хорошие результаты были достигнуты у 91 (81,25%) пациента, из них: в основной группе – 58 (92,06%) пациентов, в группе сравнения – 33 (67,35%) пациента. Критерии хороших результатов включали: отсутствие жалоб, отсутствие лабораторно-инструментальных признаков заболеваний органов брюшной полости, отсутствие поздних осложнений и неблагоприятных исходов хирургического вмешательства; физическое развитие ребенка соответствует возрастным нормам.

Удовлетворительные результаты наблюдались у 8 (7,14%) пациентов, в том числе: в основной группе – у 3 (4,76%) пациентов, в группе сравнения – у 5 (10,20%) пациентов. Критерии удовлетворительных результатов включали улучшение общего состояния после операции, но наличие периодических болей в животе или патологических состояний, выявленных при инструментальных обследованиях (таких как хронический запор, дисбактериоз кишечника, гастродуоденит, дефицит массы тела от 5 до 12%). В этих случаях повторная операция не требуется; лечение проводится консервативными или симптоматическими методами.

Неудовлетворительные результаты были зафиксированы у 13 (11,60%) пациентов: в основной группе – у 2 (3,17%) пациентов, в группе сравнения – у 11 (22,45%) пациентов. Критерии неудовлетворительных результатов включали: несоответствие физического развития возрастным нормам, дефицит массы тела более чем на 20% от нормативных показателей, отдаленные осложнения, требующие повторного хирургического вмешательства, а также летальный исход вследствие осложнений хирургического вмешательства.

Анализ причин ранних послеоперационных осложнений показывает, что их возникновение связано с сопутствующими заболеваниями и неблагоприятным соматическим фоном пациентов.

Результаты хирургического лечения ВНЧК во многом зависят от выбора хирургической тактики, степени тяжести анатомических форм порока и вовлечения в процесс сопутствующих заболеваний пищеварительной системы. Удельный вес и характер осложнений, а также продолжительность стационарного лечения пациентов в сравниваемых группах указывают на эффективность предложенной тактики лечения.

В основной группе средняя длительность пребывания пациента в стационаре составила $12,37 \pm 0,29$ койко-дней, в то время как в группе сравнения данный показатель равнялся $16,88 \pm 0,54$ койко-дня. Поскольку

стоимость лечения за один койко-день составляет 423 000 сумов, общие затраты на лечение одного пациента в стационаре составили в основной группе $12,37 \times 423\ 000 = 5\ 232\ 510$ сумов, а в группе сравнения – $16,88 \times 423\ 000 = 7\ 140\ 240$ сумов. Таким образом, экономическая эффективность по снижению затрат на лечение одного пациента в основной группе составила 1 907 730 сумов.

Снижение частоты осложнений после лечения у пациентов основной группы свидетельствует об эффективности разработанных нами методов диагностики, хирургического вмешательства и реабилитационной тактики.

После реабилитационных мероприятий при контрольном обследовании детей постепенно переводили на диету, соответствующую их возрасту, без ограничений. С учетом жалоб, клинических проявлений и результатов дополнительного обследования ребенка на предоперационном этапе были предложены доступные в амбулаторной сети процедуры физиотерапевтического воздействия на моторику кишечника.

Выводы

1. ВЧКН составляет 26,6% случаев кишечной непроходимости у новорождённых и детей раннего грудного возраста. Причинами ВЧКН могут быть: аномалии мальротации кишечника (53,7%); внутрикишечные причины обструкции (22,8%); сдавление кишечника патологическими образованиями органов брюшной полости (21,1%); множественные факторы (2,4%).

2. Наличие одного или нескольких факторов риска у беременной женщины и плода в перинатальный период, а также негативное воздействие медикаментозного лечения могут оказывать прямое или косвенное влияние на развитие врождённой кишечной непроходимости. Неблагоприятные факторы в интранатальный период снижают адаптационные возможности новорождённого, усиливая гипоксию и асфиксию, что приводит к тяжелому течению заболевания и развитию вторичных изменений.

3. ВЧКН, подобно полной кишечной непроходимости, может проявляться различными симптомами в зависимости от локализации обструкции. В 85,4% случаев наблюдаются симптомы высокой кишечной непроходимости, а в 14,6% – низкой. Однако степень анатомической непроходимости определяет особенности течения заболевания. При критических обструкциях (46,3%) возникают классические признаки, характерные для острой кишечной непроходимости. В случаях неполной мальротации кишечника (19,5%) заболевание может протекать в рецидивирующей подострой или хронической форме. При этом у ребёнка наблюдается дефицит массы тела на фоне мальабсорбции и дисбактериоза. Сопутствующие аномалии, которые встречаются в 23,6% случаев, также могут влиять на течение ВЧКН.

4. Чувствительность антенатального УЗ-скрининга при ВЧКН составляет 95%, а достоверность – 93%. При многоводие, развивающемся на

фоне локального расширения кишечных петель и мальротации кишечника, при доплеровском исследовании может быть выявлен признак «воронки». В постнатальном периоде при рентгенологическом исследовании с контрастным веществом замедление эвакуации кишечного содержимого, расширение проксимального отдела кишечника и признаки неполной ротации при ирригографии могут указывать не только на наличие ВЧКН, но и на её возникновение на основе мальротации кишечника.

5. Выбор метода хирургического вмешательства при ВЧКН зависит от характера и причин возникшего патологического состояния. Наиболее часто выполняемыми операциями на кишечных мембранах являются дуоденотомия (14,6%) и энтеротомия (2,4%). В случаях стеноза кишечника эффективными методами лечения являются короткая резекция суженного участка и наложение анастомоза (10,7%). Если патологическое состояние сочетается с мальротацией кишечника (49,6%), требуется соответствующая коррекция. При наружном сдавлении двенадцатиперстной кишки выполняются дуодено-дуоденоанастомоз или дуоденоюноанастомоз (12,2%), а также рассечение перидуоденальных спаек (8,1%). При аналогичных изменениях в тонкой кишке требуется резекция поражённого патологическим процессом участка (2,4%).

6. Применение разработанных диагностических и хирургических методов, а также тактических подходов в сравнении с контрольной группой, позволило достичь следующих результатов: снижение частоты послеоперационных осложнений с 19,64% до 7,46%; уменьшение летальности с 3,6% до нуля; повышение доли хороших результатов лечения с 77,55% до 96,82%; сокращение неудовлетворительных результатов с 22,45% до 3,17%.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/01.02.2022Tib.147.01 FOR AWARDING ACADEMIC
DEGREES AT THE NATIONAL CHILDREN'S MEDICAL CENTER
TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL INSTITUTE**

IBRAGIMOV AXRORJON VALIJONOVITCH

**DIAGNOSIS AND CHOICE OF TREATMENT TACTICS FOR
CONGENITAL PARTIAL INTESTINAL OBSTRUCTION
IN NEWBORNS AND INFANTS**

14.00.35 – Children Surgery

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

Tashkent -2025

The topic of the Doctor of Philosophy (PhD) dissertation is registered with the Higher Attestation Commission under the Ministry of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan under No. № B2023.1.PhD/Tib3424

The dissertation was completed at the Tashkent Pediatric Medical Institute.

The abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) is posted on the web page of the Scientific Council www.6mtm.uz and on the Information and Educational Portal “Ziyonet” (www.ziyonet.uz).

Scientific advisor -

Sattarov Jamoliddin Bakhronovich
doctor of medical sciences, associate professor

Official opponents:

Akilov Khabibulla Ataulaevich
doctor of medical sciences, professor

Agzamkhodjaev Saidanvar Talatovich
doctor of medical sciences, associate professor

Lead organization -

Samarkand State Medical University

Defence of the dissertation will be held on “_____” -----2025 at -----at the meeting of Scientific Council DSc.04/01.02.2022.Tib.147.01 at the National Children’s Medical center (Address: 104110, Tashkent, Yashnabad district, Parkentskaya street, 294 Tel/fax: (+99855) 503-03-66; e-mail: ilmiykengash@bmtm.Uz, National Children's Medical Center).

The dissertation can be found at the Information Resource Center at the National Children's Medical Center (registered as -----) (Address: 104110, Tashkent, Yashnabad district, Parkentskaya street, 294 Tel/fax: (+99855) 503-03-66;

Dissertation abstract was sent out on “_____” ----- 2025

Mailing protocol № _____ on “_____” -----2025 .

A.M. Sharipov

Chairman of the Scientific Award Council on scientific degrees,
doctor of medical sciences, professor

A.S. Yusupov

Scientific Secretary of the Scientific Council on scientific degrees,
doctor of medical sciences, associate professor

B.B. Ergashev

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

INTRODUCTION (Annotation of the PhD Dissertation)

Aim of the Research – is to enhance the effectiveness of treatment for congenital partial intestinal obstruction (CPIO) in newborns and infants by improving diagnostic methods and selecting the most appropriate surgical approaches.

Research Objectives:

analyze clinical data to determine the prevalence and types of anomalies causing CPIO in newborns and infants;

investigate the influence of prenatal and intrapartum risk factors on the development and course of CPIO in newborns and infants;

identify the causes, severity, extent, and localization of obstruction in various forms of CPIO. Develop a diagnostic algorithm that integrates the clinical characteristics of the disease with the results of diagnostic methods, taking into account the identified factors;

formulate an optimal treatment algorithm for CPIO by analyzing existing surgical approaches, including the optimization of preoperative preparation and postoperative recovery;

evaluate the effectiveness of the proposed surgical and therapeutic strategies through a comparative analysis of treatment outcomes, ensuring the rationale for their application.

Object of the Research. The study involved 123 children diagnosed with CPIO at different stages of surgical treatment. Additionally, questionnaires from 53 pregnant women were analyzed out of a cohort of 50,790 women whose fetuses were diagnosed with developmental defects at various gestational ages during antenatal screening.

Subject of the Research. The subject of the research includes a comprehensive assessment of the somatic and anatomical-functional state of the gastrointestinal tract in patients with CPIO during surgical treatment, as well as an evaluation of prenatal and intrapartum factors influencing the course of the disease.

Research Methods. The study utilized general clinical, laboratory, ultrasound, and radiological diagnostic methods (X-ray and computed tomography), as well as morphological, endoscopic, and statistical techniques. The antenatal and intranatal periods of newborns with CPIO were analyzed in detail.

Scientific Novelty:

risk factors contributing to the development of CPIO during the prenatal period, as well as specific features of pregnancy progression, were identified;

polyhydramnios was found to be the most significant and easily detectable sonographic marker associated with the development of CPIO, necessitating mandatory early postnatal examination to rule out intestinal malformations;

anatomical forms of CPIO were systematically categorized, and their clinical characteristics were analyzed. The most informative diagnostic methods were

identified, and a diagnostic algorithm for detecting specific forms of CPIO was developed;

the prevalence and characteristics of concomitant defects and somatic diseases affecting the treatment outcomes of CPIO in newborns and infants were studied. The advantages and high effectiveness of video-assisted laparoscopic surgery compared to traditional surgical treatment methods have been scientifically substantiated.

Practical Significance

methods for prenatal diagnosis of CPIO based on identified risk factors in pregnant women were optimized, and key prenatal markers of this condition were determined;

analysis of the frequency and forms of CPIO highlighted the necessity of antenatal and comprehensive postnatal diagnostic evaluations to identify clinical and anatomical forms of pathology;

algorithms for diagnosing CPIO during early pregnancy and the postpartum period were developed. These algorithms facilitate optimal obstetric management and comprehensive treatment before and after delivery, thereby reducing complications;

it was established that in 76.4% of cases, CPIO is an isolated anomaly. However, in 23.6% of cases, it is associated with other abnormalities – 16.3% as combined anomalies and 7.3% as multiple defects. The importance of identifying such combinations and performing simultaneous surgical corrections was substantiated;

operational and tactical approaches tailored to the nature of CPIO and associated conditions were proposed, improving treatment effectiveness;

the advantages of videolaparoscopic surgery in improving treatment outcomes, reducing postoperative complications, and lowering mortality rates were demonstrated;

practical recommendations were developed to address tactical errors, complications, and their causes during treatment;

a comprehensive analysis of treatment outcomes facilitated the development of an optimal rehabilitation program;

two methodological recommendations derived from the research were implemented in pediatric surgery departments at both the municipal and national levels.

Reliability of Research Results. The reliability of the findings is ensured by the application of modern theoretical approaches, a methodologically sound study design, an adequate sample size, and appropriate patient selection. Scientifically validated methods combining clinical, instrumental, and statistical techniques were employed. The results were compared with data from international and domestic studies, enabling objective conclusions. Additionally, the findings were corroborated by relevant expert authorities.

Scientific Significance. This research expands the understanding of the diagnosis and surgical treatment of isolated and combined forms of CPIO in newborns and infants, particularly in cases involving complications. By

examining pregnancy progression, the study identifies key risk factors leading to CPIO. The results of antenatal and postnatal diagnostics provide scientifically substantiated methods for practical application in pediatric surgery and gastroenterology. Furthermore, the findings contribute to medical education by serving as a resource for training undergraduate students, master's students, and clinical residents specializing in pediatric surgery.

Practical Value. New algorithms were developed to detect CPIO during early pregnancy and the postpartum period, facilitating the selection of optimal treatment strategies. These algorithms account for associated anomalies both before and after birth. The systematization of clinical manifestations, diagnostic findings, and anatomical features of congenital high intestinal obstruction enabled the classification of intestinal malrotation and fixation forms common in newborns and infants. Based on these findings, recommendations were formulated for use in pediatric surgical and neonatal departments, benefitting practicing physicians and educators in medical disciplines.

Approbation of Research Results. The findings were presented and discussed at six scientific and practical conferences, including two international and four national conferences.

Publication of Research Results. Based on the dissertation materials, 30 scientific works have been published, including: 9 scientific articles, of which 7 were published in republican publications included in the Higher Attestation Commission list, 2 in international scientific journals, 2 methodological recommendations, 2 computer program certificates, and 17 abstracts.

Structure and Volume of the Dissertation. The dissertation consists of an introduction, five chapters, a conclusion, practical recommendations, and a bibliography. It spans 120 pages and includes 19 tables and 32 figures.

ЭЪЛОН КИЛИНГАН ИШЛАР РУЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS
I бўлим (I часть; part I)

1. Саттаров Ж.Б., Ибрагимов А.В. Диагностика и лечение врожденной кишечной непроходимости у новорожденных и детей различных возрастных групп// Журнал «Тиббиётда янги кун» Ташкент. 2021. 3(35). 95-99 бетлар. (14.00.00. №22).
2. Sattarov J.B., Ibragimov A.V. Antenatal Ultrasonographic Diagnosis of Congenital Partial Intestinal Obstruction// American Journal of Medicine and Medical Sciences 2023. 13(12): 1993-1996 DOI: 10.5923/j.ajmms.20231312.37. ResearchBib ОАК ro‘ухатida №2 baza.
3. Ибрагимов А. В., Саттаров Ж. Б. Частичная кишечная непроходимость у новорожденных и детей грудного возраста// Журнал «Вестник врача» Самарқанд. 2023. №4(112). 12-16 бетлар. (14.00.00. №20).
4. Ибрагимов А.В., Саттаров Ж.Б. Клинико-анатомические аспекты частичной кишечной непроходимости у новорожденных и детей грудного возраста// Журнал «Педиатрия» Ташкент. 2023. №4. 232-235 бетлар. (14.00.00. №16).
5. Sattarov Zh., Ibragimov A.V. Clinical and Radiological Manifestations of Partial Intestinal Obstruction in Newborns and Infants// American Journal of Medicine and Medical Sciences 2024, 14(3): 597-601 DOI: 10.5923/j.ajmms.20241403.12. ResearchBib ОАК ro‘ухатida №2 baza.
6. Ибрагимов А.В., Саттаров Ж.Б. Чақолоқлар ва кўкрак ёшдаги болаларда туғма қисман ичак тутилишида жарроҳлик ёндашувлар// Журнал «Педиатрия» Ташкент. 2024. №3. 272-279 бетлар. (14.00.00. №16).
7. Саттаров Ж.Б., Ибрагимов А.В. Диагностика врожденной частичной кишечной непроходимости у новорожденных и детей грудного возраста// Журнал «Евразийский вестник педиатрии» Ташкент. 2024. (19). 34-40 бетлар. (14.00.00. №2).

II бўлим (II часть; part II)

8. Саттаров Ж.Б., Ибрагимов А.В. Врожденная кишечная непроходимость у детей как один из распространенных пороков развития кишечника// «Журнал репродуктивного здоровья и уро-нефрологических исследований» Самарқанд. 2021. 98-101 бетлар.
9. Ibragimov A.V., Sattarov J.B. Anatomical forms and features of the clinical course of partial intestinal obstruction in newborns and infants// Xalqaro ilmiy jurnali «Science and innovation» - 25.11.2023. 263-267 бетлар. Index Copernicus ОАК ro‘ухатida 12-raqam.
10. Ибрагимов А.В. Диагностика и лечение врожденной высокой кишечной непроходимости у детей// «Журнал репродуктивного здоровья и уро-нефрологических исследований» международной научно-практической конференции. Самарқанд. 2021. 206 бет.

11. Ибрагимов А.В. Диагностика и лечение врожденной низкой кишечной непроходимости у детей//«Журнал репродуктивного здоровья и уро-нефрологических исследований» международной научно-практической конференции. Самарканд. 2021. 207 бет.
12. Саттаров Ж.Б., Ибрагимов А.В. Диагностика и лечение врожденной высокой кишечной непроходимости у детей// VIII Санкт-Петербургский септический форум и конгресс ассоциации по неотложной хирургии 13-16 сентября 2021. 69 бет.
13. Саттаров Ж.Б., Ибрагимов А.В. Диагностика и лечение врожденной низкой кишечной непроходимости у детей// VIII – Санкт -петербургский септический форум и конгресс ассоциации по неотложной хирургии 13-16 сентября 2021. 70 бет.
14. Ибрагимов А.В., Саттаров Ж.Б. Диагностика и лечение врожденной высокой кишечной непроходимости у детей// Научно-практический журнал университетская клиника – Донецкой 11-12 ноября 2021. 203 бет.
15. Ибрагимов А.В., Саттаров Ж.Б. Диагностика и лечение врожденной низкой кишечной непроходимости у детей// Научно-практический журнал университетская клиника – Донецкой 11-12 ноября 2021. 405 бет.
16. Ибрагимов А.В., Саттаров Ж.Б. Врожденная частичная кишечная непроходимость у детей// «Тиббиётдаги замонавий илмий тадқиқотлар: долзарб муаммолар, ютуқлар ва инновациялар» мавзусидаги халқаро илмий-амалий конференция. – Термиз. 2022. 330 бет.
17. Ибрагимов А.В., Саттаров Ж.Б. Частота врожденной кишечной непроходимости и ее значение среди распространенных пороков развития кишечника у детей// «Тиббиётдаги замонавий илмий тадқиқотлар: долзарб муаммолар, ютуқлар ва инновациялар» мавзусидаги халқаро илмий-амалий конференция. – Термиз. 2022. 331 бет.
18. Ибрагимов А.В., Врожденная частичная кишечная непроходимость у детей// «Современные аспекты диагностики и лечения хирургических заболеваний у детей» Международная конференция. Бишкек – 2022. 109-110 бетлар.
19. Ибрагимов А.В., Частота врожденной кишечной непроходимости и ее значение среди распространенных пороков развития кишечника у детей// «Молодёжное научное творчество – эффективный путь подготовки медико-биологических кадров» Международная конференция. Бишкек – 2022. 111-112 бетлар.
20. Ибрагимов А.В. Кишечная непроходимость: виды, причины, симптомы, диагностика// Журнал «O`zbekiston xirurgiyasi» 2023. №3. 46-47 бетлар.
21. Саттаров Ж.Б., Ибрагимов А.В. Особенности клинического течения врожденной частичной кишечной непроходимости у новорожденных и детей грудного возраста// Журнал «O`zbekiston xirurgiyasi» 2023. №3. 130 бет.
22. Ибрагимов А.В. Кишечная непроходимость: виды, причины, симптомы, диагностика// «Актуальные вопросы детской хирургии» 14.10.2023. 16-бет

23. Саттаров Ж.Б., Ибрагимов А.В. Причины и особенности клинического течения врожденной частичной кишечной непроходимости у новорожденных и детей грудного возраста// «Актуальные вопросы детской хирургии» 14.10.2023. 18-бет.
24. Ибрагимов А.В. Рентгенологические исследования в диагностике врожденной частичной кишечной непроходимости у новорожденных и детей грудного возраста// Журнал «O`zbekiston xirurgiyasi» 2024. №3. 151-152 бетлар.
25. Ибрагимов А.В. Частота встречаемости врожденной частичной кишечной непроходимости у новорожденных и детей грудного возраста// Журнал «O`zbekiston xirurgiyasi» 2024. №3. 152-153 бетлар.
26. Ибрагимов А.В. Врожденная кишечная непроходимость// Журнал «O`zbekiston xirurgiyasi» 2024. №3. 153-154 бетлар.
27. Ибрагимов А.В., Саттаров Ж.Б., Хуррамов Ф.М. «Чақалоқлар ва кўкрак ёшидаги болаларда туғма қисман ичак тутилишларининг клиник ва анатомик шакллари ташхислаш мезонлари» ЭХМ учун яратилган дастурнинг расмий рўйхатдан ўтказганлиги тўғрисидаги гувоҳнома № DGU 26779. 18.08.2023 й.
28. Саттаров Ж.Б., Ибрагимов А.В., Хуррамов Ф.М. «Чақалоқлар ва кўкрак ёшидаги болаларда туғма қисман ичак тутилишларини қиёсий ташхислаш ва текширувлар режасини асослаш» ЭХМ учун яратилган дастурнинг расмий рўйхатдан ўтказганлиги тўғрисидаги гувоҳнома № DGU 26780. 18.08.2023 й.
29. Саттаров Ж.Б., Ибрагимов А.В. Чақалоқлар ва кўкрак ёшидаги болаларда туғма қисман ичак тутилишини эрта ташхислаш. Услубий тафсиянома. Тошкент. ТошПТИ. Эксперт кенгашидан №03/306. 25.09.2024 й.
30. Саттаров Ж.Б., Ибрагимов А.В. Чақалоқлар ва кўкрак ёшидаги болаларда туғма қисман ичак тутилишини жарроҳлик даволашдаги ёндашувлар. Услубий тафсиянома. Тошкент. ТошПТИ. Эксперт кенгашидан №03/306. 25.09.2024 й.