

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

---

**ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**МАРҚАЕВ АБДУМЎМИН ЯХШИБОЕВИЧ**

**БОЛАЛАРДА ИНГИЧКА ИЧАК РЕЗЕКЦИЯСИ ЁКИ СТОМА ҚЎЙИШГА  
КЎРСАТМАЛАР ВА ТАКТИК ЁНДАШУВНИ 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)**

**Марқаев Абдумўмин Яхшибоевич**

Болаларда ингичка ичак резекцияси ёки стома қўйишида кўрсатмалар  
ва тактик ёндашувни танлаш ..... 3

**Маркаев Абдумумин Яхшибоевич**

Выбор показаний и тактических подходов к резекции или  
стомированию тонкого кишечника у детей..... 27

**Markaev Abdumumin Yakshiboevich**

Selection of indications and tactical approaches to resection or stomy of the  
small intestine in children..... 51

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ  
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**

**МАРҚАЕВ АБДУМЎМИН ЯХШИБОЕВИЧ**

**БОЛАЛАРДА ИНГИЧКА ИЧАК РЕЗЕКЦИЯСИ ЁКИ СТОМА ҚЎЙИШГА  
КЎРСАТМАЛАР ВА ТАКТИК ЁНДАШУВНИ 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 B2020.2.PhD/Tib1305 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](http://www.bmtm.uz)) ва «Ziyonet» ахборот-таълим порталида ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)) жойлаштирилган.

**Илмий раҳбар:**

**Эргашев Насриддин Шамсиддинович**  
Тиббиёт фанлари доктори, профессор.

**Расмий оппонентлар:**

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

**Юсупов Шухрат Абдурасулович ,**  
Тиббиёт фанлари доктори, профессор.

**Етакчи ташкилот:**

**С.Д.Асфендияров номидаги**  
**Қозғистон миллий тиббиёт**  
**университети.**

Диссертация ҳимояси Болалар миллий тиббиёт маркази хузуридаги илмий даражалар берувчи Dsc.04/01.02.2022.tib.147.01 рақамли илмий кенгашда «\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 й. соат \_\_ да 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](mailto:ilmiy.kengash@bmtm.uz)).

Диссертация билан Болалар миллий тиббиёт марказининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин. (№22 рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: Тошкент шаҳри, Яшнабод тумани, Паркент кучаси, 294-уй.. Телефон: (99855) 503-03-66.

Диссертациянинг автореферати «\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 йилда тарқатилган.  
(«\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 йилда № \_\_ рақамли реестр баённомаси)

**А.М. Шарипов**

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

**А.С. Юсупов**

Илмий даражалар берувчи илмий  
кенгаш илмий котиби, тиббиёт  
фанлари доктори, доцент

**Э.А. Сатвалдиева**

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

## **КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертациясининг автореферати)**

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) экспертларининг маълумотларига кўра, болаларда ошқозон-ичак тизими (ОИТ) аъзоларининг патологияси туғма ва орттирилган касалликлар орасида ўсиб келаётган авлод саломатлигининг жиддий муаммоларидан биридир<sup>1</sup>. Ошқозон-ичак тизими аномалиялари ва ўткир жараёнлар турли-туман бўлиб, улар клиник кўринишлари жиҳатидан кўп қиррали, ҳаётга хавф туғдирувчи асоратлари билан хавфлидир<sup>2</sup>. Сўнгги ўн йилликларда болалар ва ўсмирларда ошқозон-ичак тизими касалликларининг учраш саломоғи 30% га ошди. Тиббиёт соҳасидаги катта технологик янгиланишларга қарамай, турли ёшдаги беморлар шошилиш жарроҳлик патологиялари билан шифохонага кеч ётқизиш, шунингдек, асоратлар ривожланиши туфайли жарроҳлик аралашувларини ҳам кечиктириб амалга ошириш ҳолатлари кўп учрамоқда.

Жаҳон илмий адабиётида ҳанузгача ингичка ичакда жарроҳлик операцияларини амалга ошириш бўйича ягона ёндашув мавжуд эмас. Энтеротомия, ичак резекцияси билан анастомоз ёки стома қўйиш каби жарроҳлик усуллари фавқулудда ҳолларда – масалан, шошилиш жарроҳлик патологиялари ёки травматик жароҳатлар пайтида – танлов усули сифатида қўлланиши мумкин. Шу билан бирга, бу операциялар турли ёшдаги болаларда ошқозон-ичак тизими аномалияларини тузатиш учун босқичма-босқич амалга ошириладиган коррекция жараёнларининг ажралмас қисми сифатида қўлланиши мумкин<sup>3</sup>. Болалик давридаги гастроэнтерологик патология катталарда ошқозон-ичак тизими касалликларининг ривожланишининг дастлабки босқичи бўлиб хизмат қилади<sup>4</sup>.

Ўзбекистон Республикасида турли муаллифлар томонидан ошқозон-ичак патологиялари учун жарроҳлик операцияларига аниқ кўрсатмаларни ишлаб чиқиш, уларни бажариш усуллари такомиллаштириш ва стоманинг фаолият муддатини патология хусусиятларига мувофиқ аниқлаш зарурлиги таъкидланган<sup>5</sup>. Болаларда абдоминал жарроҳлик патологияларини ташхислаш ва даволаш сифатини яхшилаш учун самарадорлик мезонларини аниқловчи илмий асосланган натижалар муҳим аҳамият касб этади.

Ушбу диссертация тадқиқоти Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 16 мартдаги “Тез тиббий ёрдамни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПФ-4985-сонли Фармони, шунингдек, 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сонли “Ўзбекистон Республикаси аҳолисига ихтисослаштирилган тиббий ёрдамни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги Қарори ҳамда ушбу соҳага оид бошқа норматив-ҳуқуқий

<sup>1</sup> Rytting, H.B., Yin, H. (2021). Gastrointestinal Disorders in the Infant and Child. In: Wang, H.L., Chen, Z.E. (eds) Practical Gastrointestinal Pathology. Practical Anatomic Pathology. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-51268-2\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-030-51268-2_1)

<sup>2</sup> Ludwig K., De Bartolo D., Salerno A. et al. Congenital anomalies of the tubular gastrointestinal tract. Pathologica. 2022 Feb;114(1):40-54. doi:10.32074/1591-951X-553.

<sup>3</sup> Аверин В.И. Кишечные стомы у детей / В. И. Аверин, М. А. Аксельров, Ю. Г. Дегтярев и др. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 112 с.

<sup>4</sup> Детская гастроэнтерология: практическое руководство / под ред. И.Ю. Мельниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2018. – 480 с.

<sup>5</sup> Эргашев Н.Ш., Саттаров Ж.Б. Диагностика и лечение врожденной кишечной непроходимости у новорожденных // Современная медицина: актуальные вопросы. 2013. №25. Стр.21-16.

хужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга муайян даражада хизмат қилади<sup>6</sup>.

2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегиясида аҳолининг энг заиф қатламларига тиббий-ижтимоий ёрдам тизимини такомиллаштириш чоратadbирлари белгилаб берилган. Ушбу вазифаларни амалга ошириш жараёнида болаларда қорин бўшлиғи аъзолари касалликларини жарроҳлик йўли билан даволаш самарадорлигини ошириш, ўз вақтида ташхис қўйиш мезонларини ишлаб чиқиш ва жарроҳлик аралашувларининг тактик-техник жиҳатларини такомиллаштириш долзарб аҳамиятга эга.

**Тадқиқотнинг Республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига ҳамда диссертация бажарилган муассасанинг илмий-тадқиқот ишлари режаларига мувофиқлиги.** Диссертация иши Ўзбекистон Республикаси фан ва технологияни ривожлантиришнинг устувор йўналиши – VI “Тиббиёт ва фармакология”, ДИТД-9 нинг “Одам касалликларини олдини олиш, ташхислаш, даволаш ва реабилитация қилишнинг янги технологияларини ишлаб чиқиш” устувор йўналишлари доирасида бажарилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Дунё бўйлаб олиб борилган кўплаб илмий тадқиқотлар натижасида ошқозон-ичак тизими аъзоларининг кўпгина касалликлари этиологияси, патогенези, ташхис ва даволаш усуллари бўйича янги маълумотлар олинди. Бироқ, болалар гастроэнтерологиясига оид замонавий илмий янгиликлар амалиётдаги шифокорлар томонидан етарлича татбиқ этилмапти. Бу ҳолат айрим махсус маълумотларнинг кўплиги ва уларнинг турли мутахассислар томонидан ҳар хил талқин қилинаётгани билан боғлиқ.

Ичакларнинг ривожланиш нуқсонлари абдоминал патологиялар орасида энг кўп учрайдиган касалликлардан ҳисобланади. Янги туғилган чақалоқлар ва ҳаётнинг биринчи ойидаги чақалоқларнинг катта қисми жарроҳлик даволашга муҳтож бўлади. Диаметри ўзаро мос келувчи ичак халқаларини бирлаштириш учун тўғри ёки мослаштирилган анастомозлар яратиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Кўп ҳолларда, жарроҳлик амалиётининг дастлабки босқичи энтеростомия билан яқунланади. Бироқ, экспертлар бу масалада ягона фикрга эга эмас. Айрим мутахассислар, айниқса перитонит ҳолатида, икки стволли терминал энтеростомияни қўллашни мақбул деб ҳисоблашади. Бошқа тадқиқотчилар эса ичакни ташқи дренажлашнинг турли усуллариини таклиф қилишади. Шунингдек, Т-симон анастомоз қўйишда энтеростомия техникасига нисбатан ҳам турлича ёндашувлар мавжуд.<sup>7,8</sup>

Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир касалликларини ташхислашни қийинлаштирадиган омиллардан бири – уларнинг клиник-анатомик вариантларининг хилма-хиллигидир. Бундай касалликларга ичак

<sup>6</sup> Постановление Президента РУз от 20.06.2017 г. № ПП-3071 «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы». Собрание законодательства Республики Узбекистан, 2017 г., № 25, стр. 532.

<sup>7</sup> Gorbatyuk O.M., Babuci S.I., Martinyuk T.V., Bertsun K.T. Obturation intestinal obstruction in the course of necrotizing enterocolitis in newborn children. Wiad Lek. 2021;74(4):838-841.

<sup>8</sup> Gil-Vargas M., Saavedra-Pacheco M.S. Early Feeding versus Traditional Feeding in Children with Ileostomy Closure. J Indian Assoc Pediatr Surg. 2022 Mar-Apr;27(2):223-226.

мальротациялари, қисман ичак тутилишлари, ичакнинг жароҳатланиши ва некрозланувчи энтероколит киради. Ичак перфорацияси, перитонит ва ичак некрози каби асоратлар билан кечадиган касалликлар алоҳида қийинчиликларни келтириб чиқаради<sup>9</sup> ва одатда ноанъанавий жарроҳлик тактикасини талаб қилади. Янги туғилган чақалоқларда бир қаторли чоклар билан анастомоз қўйиш умумий эътирофга сазовор бўлган. Бироқ, бир ойдан катта болаларда ушбу тикиш усулидан фойдаланиш масаласи ҳамон баҳс мавзуси бўлиб қолмоқда. Бундай жарроҳлик-тактик ёндашувлар бошқа патологияларда, шу жумладан ичакнинг травматик жароҳатларида ҳам қўлланилади. Бироқ, ушбу ҳолларда жарроҳлик тактикасининг жиҳатлари етарлича ёритилмаган. Ичак найи нуқсонларининг патоморфологик вариантларининг хилма-хиллиги, орттирилган ўткир жарроҳлик касалликлари ва яллиғланиш касалликларининг кўплиги, операция усули, муддати ва яқунлаш усулини танлашда ягона ёндашувнинг йўқлиги ушбу муаммонинг долзарблигини белгилайди.

**Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Тошкент педиатрия тиббиёт институтининг илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ №01980006703 «Болаларда туғма ва орттирилган касалликларини ташхислаш, даволаш ва профилактикаси усулларини такомиллаштириш» мавзуси доирасида бажарилган.

**Тадқиқотнинг мақсади:** болаларда ингичка ичак патологиялари ва аномалиялари, шунингдек, қорин бўшлиғи аъзоларининг орттирилган касалликларида ўтказиладиган жарроҳлик операцияларининг натижаларини яхшилаш.

**Тадқиқот вазифалари:**

турли ёшдаги болаларда ингичка ичакда жарроҳлик аралашувларини талаб қиладиган туғма ва орттирилган характердаги қорин бўшлиғи аъзолари касалликларининг турлари ва улушини аниқлаш;

касалликларнинг кечиш хусусиятларини, турли текширув усулларига кўрсатмаларни белгилаш; ташхислаш алгоритмининг ишлаб чиқиш;

ингичка ичакда жарроҳлик операцияларини ўтказишга кўрсатмаларни аниқлаш, даволаш ёндашуви ва операциядан кейинги даврда беморларни парвариш қилишнинг рационал усулларини ишлаб чиқиш;

бир босқичли ва кўп босқичли операцияларнинг эрта ва узоқ муддатдаги натижаларини баҳолаш; таклиф этилган ташхислаш ва даволаш ёндашувининг самарадорлигини асослаш.

**Тадқиқот объекти** сифатида туғма аномалиялар, шикастланиш ва яллиғланиши билан боғлиқ қорин бўшлиғи аъзолари касалликлари мавжуд бўлган 485 нафар 1 кунликдан 18 ёшгача бўлган болалар олинган.

**Тадқиқот предмети:** боланинг умумий соматик аҳволи ва қорин бўшлиғи аъзоларининг анатомик ва функционал ҳолатини жарроҳлик даволаш босқичларида комплекс баҳолаш.

---

<sup>9</sup> Козлов Ю.А., Новожилов В.А., Ковальков К.А. и др. Результаты лечения спонтанной перфорации кишечника у недоношенных детей // Детская хирургия. – 2017. – №6. – С.284-290.

**Тадқиқот усуллари:** умумий клиник, рентгенологик (умумий рентгенография, барийнинг меъда-ичак йўллари орқали пассажи, контрастли ирригография, экскретор урография), УТТ, мульти-спирал компьютер томографияси (МСКТ); махсус функционал, инструментал ва морфологик текшириш усуллари.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги:**

Катта клиник материал асосида турли ёшдаги болаларда ингичка ичакда жарроҳлик аралашувларини талаб қиладиган қорин бўшлиғи аъзолари касалликларининг учраш даражаси ва нозологик шакллари аниқланган.

Ушбу касалликларнинг клиник хусусиятлар ва анатомик вариантлари тизимлаштирилган; қорин бўшлиғи аъзолари патологияларининг айрим турлари учун ахборотдор ташхислаш усуллари ажратилган ва ташхислаш алгоритми таклиф қилинган.

Даволашнинг эрта ва узок муддатдаги натижаларига салбий таъсир қилувчи ҳамроҳ ва соматик касалликларнинг частотаси ва хусусиятлари аниқланган.

Патологиянинг тури ва специфик асоратлар характеридан келиб чиқиб, жарроҳлик тактикаси алгоритми таклиф қилинган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:**

Такдим этилган ташхислаш тактикасининг қўлланилиши қорин бўшлиғи аъзоларининг зарарланиш характерини аниқлашда ахборотдорликни оширади;

бирламчи ва қайта операцияларда аъзони сақлаб қолиш тактикасининг қўлланилиши «қиска ичак синдроми» ривожланиш хавфини камайтиради;

ҳамроҳ учрайдиган нуқсонлар ва касалликларни аниқлаш оптимал жарроҳлик аралашуви ва операциядан кейинги реабилитация тактикасини танлашга имкон беради;

ишлаб чиқилган ёндашув бўйича ичак стомаси бўлган беморларни парвариш қилиш парентерал озиклантириш муддатини қисқартириш ва асоратларнинг олдини олиш имконини беради;

тадқиқот натижалари услубий тавсиялар шаклида умумлаштирилган ва республика, вилоят ҳамда шаҳар тиббиёт муассасаларидаги болалар жарроҳлик бўлимларида жорий этилган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги** клиник, лаборатор, ультратовуш, рентген, компьютер томографияси, эндоскопия текширув натижалари ва статистик таҳлил асосида тасдиқланган.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти** шундаки, болаларда ингичка ичакда жарроҳлик аралашувини талаб қиладиган қорин бўшлиғи аъзолари касалликларини ташхислаш ва уларни даволаш бўйича замонавий ёндашувлар ишлаб чиқилди. Комплекс ташхислаш усуллари орқали патологияларни аниқлаш ва уларга боғлиқ жарроҳлик тактикаси ҳамда операция усулларини такомиллаштириш учун янги ёндашувлар ишлаб чиқилди. Таклиф этилган жарроҳлик усуллари, хусусан операция жараёнида ва ундан кейинги даврда, “қиска ичак синдроми” ривожланиши ҳолатларини камайтиришга ёрдам беради. Мазкур тадқиқот натижалари болалар жарроҳлиги соҳасида амалий ва илмий фаолият учун муҳим аҳамият касб этади. Тадқиқотда олинган маълумотлар Тошкент педиатрия тиббиёт институтининг талабалари, магистрлари ва клиник ординаторлари ўқув дастурига киритилган. Шунингдек, ушбу натижалар республика миқёсидаги бошқа тиббиёт

олийгоҳларида ҳам болалар жарроҳлиги бўйича ўқув дастурларига киритилиши мумкин.

**Тадқиқот ишининг амалий аҳамияти шундаки,** жарроҳлик даволашнинг турли босқичларида оптимал диагностика ва жарроҳлик даволаш усули танланган бўлиб, бу даволаш натижаларини яхшилаш имконини беради. Аниқланган патология турига қараб тактик ёндашув ва жарроҳлик аралашувини танлаш асосида сезиларли даражада ижобий натажаларга эришилганлиги ва тадқиқот иши натижаларини турли даражадаги тиббиёт муассасаларида қўллаш мумкинлиги билан асосланади.

**Тадқиқот натижаларининг амалиётга жорий қилиниши.** Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги илмий-техника кенгашининг 2024 йил 22 октябрдаги 07/70-сонли хулосасига асосан:

**Биринчи илмий янгилик:** Катта клиник материал асосида турли ёшдаги болаларда ингичка ичакда жарроҳлик аралашувларини талаб қиладиган қорин бўшлиғи аъзолари касалликларининг учраш даражаси ва нозологик шакллари аниқланган, ҳамда Тошкент шаҳридаги 1-шаҳар болалар клиник шифохонасининг 10.10.2024 йилдаги №225-сонли буйруғи; Сурхондарё вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт марказининг 17.10.2024 йилдаги №227-сонли буйруғи асосида хирургия бўлимлари амалиётида жорий қилинган. *Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги:* натижаларнинг қиёсий таҳлили шуни кўрсатдики, болаларда ингичка ичакда жарроҳлик аралашувларини талаб қиладиган қорин бўшлиғи аъзолари касалликларининг учраш даражаси ва нозологик шакллари аниқланган, бунга кўра ушбу касалликлар 4 гуруҳдан иборат эканлиги ва қўйидагича учраши аниқланган: 1) қорин бўшлиғи аъзоларининг туғма аномалиялари (n=183; 49%) (ингичка ичак атрезияси, ингичка ичак мембраннаси, ингичка ичак стенози, ингичка ичакнинг кистоз иккиланиши, мекониал ичак тутилиши, ингичка ичак мальротацияси, Гиршпрунг касаллигини тотал шакли, ректал қопча каби касалликлар); 2) қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир касалликлари ва уларнинг асоратлари (n=118; 31,7%) (Меккел дивертикули, ичак инвагинацияси, битишмали ичак тутилиши, тарқалган перитонит каби касалликлар); 3) ичакларнинг шикастланишлари (n=17; 4,6%) (ингичка ичак шикастланиши, йўғон ичакнинг шикастланиши каби ҳолатлар); 4) ичакларнинг яллиғланиш касалликлари (n=55; 14,7%) (некротизланувчи энтероколит, Крон касаллиги). *Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги:* ташхислаш босқичида асосий гуруҳда таққослаш гуруҳига нисбатан 2,5 ётоқ-кунга қисқарган. Тадқиқот гуруҳларидаги ҳар бир нафар бемор учун 1 ётоқ-кун учун харажатлар ўртача 536.639 сўмни ташкил этган бўлса, асосий гуруҳдаги беморлар учун ташхислаш босқичидаги ётоқ-кунларнинг 2,5 кунга қисқариши туфайли иқтисодий самарадорлик – 1.341.597.5 сўмни маблағни тежаш имконини берган. *Хулоса:* ингичка ичакда жарроҳлик аралашувлари кўпинча қорин бўшлиғи аъзоларининг аномалиялари (49,0%) ва ичакнинг шошилинич жарроҳлик касалликлари, некротик энтероколит ва жароҳатлар (51%) кўринишидаги патологияларида амалга оширилган.

**Иккинчи илмий янгилик:** ушбу контингентдаги касалликларнинг клиник хусусиятлар ва анатомик вариантлари тизимлаштирилган; қорин бўшлиғи аъзолари патологияларининг айрим турлари учун ахборотли ташхислаш усуллари

танланиб, ташхислаш алгоритми таклиф қилинган ва Тошкент шаҳридаги 1-шаҳар болалар клиник шифохонасининг 10.10.2024 йилдаги №225-сонли буйруғи; Сурхондарё вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт марказининг 17.10.2024 йилдаги №227-сонли буйруғи асосида хирургия бўлимлари амалиётида 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 болаларда ингичка ичакда жарроҳлик операцияларни ўтказилиши зарур бўлган касалликларни аниқлаш ҳамда қорин бўшлиғи аъзоларининг бошқа касалликлари билан қиёсий ташхис ўтказиш имкониятини яратган. *Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги:* қорин бўшлиғи аъзоларининг туғма аномалиялари, қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир хирургик касалликлари ва уларда юзага келадиган асоратлар, шунингдек, ичакларнинг шикастланишлари ва орттирилган яллиғланиш касалликлардан иборат нозологик формалар тизимлаштирилган, уларнинг учраш даражаси, клиник кечишидаги хусусиятлар ва тафовутларни аниқлаш, тегишли ахборотли анъанавий ва замонавий ташхислаш усуллари танлаш асосида ташхислаш алгоритми таклиф қилинган ва ЭХМ дастури: “Болаларда ичак касалликларни клиник ва инструментал ташхислаш мезонлари” (DGU 202401913 27.02.2024 й.) ишлаб чиқилган. Ташхислаш усуллари такомиллаштириш орқали ҳамроҳ учрайдиган аномалияларни аниқлаш даражаси 59,5% дан 66,4% га оширишга эришилган, асосий гуруҳдаги беморлар учун ташхислаш босқичидаги ётоқ-кунларнинг 2,5 кунга қисқариши туфайли иқтисодий самарадорлик – 1.341.597.5 сўмни маблағни тежаш имконини берган. *Хулоса:* ташхислаш алгоритмини қўллаш, клиник-анатомик вариантларни аниқлаш, ҳамроҳ касалликларни ва эҳтимолий асоратларни аниқлаш сифатини оширди, жарроҳлик аралашувлари ўтказилиши керак бўлган ҳолатлар бўйича кўрсатмаларни аниқлашга, бу эса ўз навбатида тегишли жарроҳлик ёндашувларини танлаш ва жарроҳликдан кейинги асоратларни камайтириш имкониятини яратган.

*Учинчи илмий янгилик:* даволашнинг эрта ва узоқ муддатдаги натижаларига салбий таъсир қилувчи ҳамроҳ ва соматик касалликларнинг частотаси ва хусусиятлари аниқланган ва Тошкент шаҳридаги 1-шаҳар болалар клиник шифохонасининг 10.10.2024 йилдаги №225-сонли буйруғи; Сурхондарё вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт марказининг 17.10.2024 йилдаги №227-сонли буйруғи асосида хирургия бўлимлари амалиётида жорий қилинган. *Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги:* даволашнинг эрта ва узоқ муддатдаги натижаларига салбий таъсир қилувчи ҳамроҳ ва соматик касалликларнинг турлари, учраш даражаси ва хусусиятлари аниқланган. Ташхислаш усуллари такомиллаштириш орқали ҳамроҳ учрайдиган аномалияларни аниқлаш даражаси тадқиқот гуруҳларида солиштирилганда, асосий гуруҳда аниқлаш даражаси 59,5% дан 66,4% га, яъни 6,9% га ошганлиги қайд этилган. *Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги:* ишлаб чиқилган ташхислаш алгоритми дастурини амалда қўллаш ҳамроҳ учрайдиган аномалиялар ва соматик касалликларни аниқлаш даражаси 6,9% га оширилиши, ҳамроҳ аномалиялар ва соматик касалликларни асосий касалликни даволаш мобайнида тегишли мутахассисларни

жалб қилган ҳолда даволаш натижасида кейинчалик яна даволаш учун давлат бюджетидан сарф қилиниши мумкин бўлган катта миқдордаги маблағни тежаш имкони берган. *Хулоса:* таклиф этилган ташхислаш алгоритми ва ЭҲМ дастурини амалиётда қўллаш ингичка ичакда жарроҳлик аралашувларини талаб қиладиган қорин бўшлиғи аъзолари касалликларини эрта аниқлаш имконини берган. Таклиф этилган жарроҳлик тактикаси алгоритми ва ЭҲМ дастурини қўллаш эса тегишли жарроҳлик ёндашувларини тўғри танлаш ва қўллаш, жарроҳликдан аралашуви натижаларининг самарадорлигини ошириш ҳамда жарроҳликдан кейинги асоратларни камайтиришда самарали ечим бўлиб ҳисобланган.

**Тўртинчи илмий янгилик:** патологиянинг тури ва асоратлар характеридан келиб чиқиб, жарроҳлик тактикаси алгоритми таклиф қилинган. Шунингдек, ингичка ичакнинг жарроҳлик касалликларини даволашда таклиф этилган тактик ёндашувнинг самарадорлиги илмий жиҳатдан асосланган ва Тошкент шаҳридаги 1-шаҳар болалар клиник шифохонасининг 10.10.2024 йилдаги №225-сонли буйруғи; Сурхондарё вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт марказининг 17.10.2024 йилдаги №227-сонли буйруғи асосида хирургия бўлимлари амалиётида жорий қилинган. *Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги:* таклиф этилган жарроҳлик-тактик ёндашувларнинг қўлланилиши натижасида тадқиқотдаги асосий ва таққослаш гуруҳлар солиштирилганда умумий жарроҳлик асоратлар 19,6%дан 9,8% гача камайтирилган, махсус жарроҳлик асоратлар 39,1% дан 13,0% гача камайган. Жарроҳликдан кейинги ўлим даражаси 2,6%дан 1,1% гача пасайган; узоқ муддат яхши натижалар 51,9% дан 71,1% гача ошган; қониқарсиз натижалар эса 17,6% дан 4,4% га камайган. *Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги:* стационарда ҳар бир бемор учун бир суткалик харажат 536.639 сўмни ташкил этади. Асосий гуруҳдаги болалар стационарда ўртача  $20,7 \pm 1,2$  ётоқ-кун ўтказадилар, бу  $536.639 \times 20,7$  кун = 11.108.427 сўмни ташкил этади; таққослаш гуруҳида эса –  $24,0 \pm 1,4$  кун, бу  $536.639 \times 24,0 = 12.879.336$  сўм. Тавсия этилган даволаш тактикасининг қўлланилиши ингичка ичакнинг жарроҳлик патологияларига эга болаларнинг стационарда ётиш муддатини ўртача 3,3 кунга қисқартириш ва даволаш курсида эса 1.770.909 сўм давлат бюджети маблағини тежаш билан исботланган. *Хулоса:* жарроҳлик аралашуви усули патологик ҳолатлар ва асоратларнинг табиатига кўра, лапаротомия ёки видеоассистентлик жарроҳлик ёрдамида амалга оширилган: ичак бўшлиғини очмасдан аралашувлар (10,7%), патология сабабларини бартараф этиш учун энтеротомия (9,9%), ичакнинг бутунлигини тиклаш билан резекцияси (30,6%), стома шакллантирилиши билан ичак резекцияси (30,3%), ичакни резекциясиз стома қўйиш (18,5%) ташкил этган.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Тадқиқот натижалари 7 та илмий анжуманларда муҳокама қилинган: 4 та халқаро ва 3 та Республика миқёсидаги анжуманлар.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги.** Диссертация мавзуси бўйича жами 8 та илмий ишлар нашр қилинган: 7 та мақола Ўзбекистон Республикаси Олий Аттестация Комиссияси томонидан диссертациянинг асосий илмий натижаларини чоп этиш учун тавсия этилган илмий нашрларда, 1 та чет элда; ЭҲМ дастурига 2 та ДГУ гувоҳномаси олинган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация иши кириш, 5 та боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертация матнининг ҳажми 149 бет. Диссертация матни 23 та жадвал ва 17 та расмлар билан тасвирланган.

## **ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ**

**Кириш** қисмида ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги ва аҳамияти, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари асосланган; тадқиқот объекти ва предмети тавсифланган, тадқиқотнинг Республикадаги фан ва технологияларнинг устувор йўналишлари билан мувофиқлиги кўрсатилган; 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 диссертация тузилиши ҳақида маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **«Ингичка ичакнинг анатомо-физиологик хусусиятлари. Болаларда туғма ва орттирилган касалликлар ҳамда меъда-ичак тизимининг бошқа патологиялари ҳолатида ингичка ичакдаги жарроҳлик аралашувларига кўрсатмалар»** деб номланган биринчи бобида ингичка ичакнинг анатомо-физиологик хусусиятлари, нозологик шакллар ва радикал жарроҳлик даволашни ҳамда симултан аралашувларни талаб қиладиган касалликларнинг кечиши хусусиятлари тўғрисида адабиётлар маълумотлари келтирилган, ингичка ичак патологиялари бўйича операцияларга кўрсатмалар, патология табиатига мос равишда операция усуллари ва кейинчалик ўз ечимини талаб этувчи мунозарали масалалар тақдим этилган.

Диссертациянинг иккинчи бобида **«Тадқиқот материали ва текшириш усуллари»** клиник материал таҳлил қилинган, клиник, инструментал ва статистик усуллар санаб ўтилган ва тавсифланган.

Тадқиқот иши 2010-2021 йилларда Тошкент педиатрия тиббиёт институти госпитал болалар жарроҳлиги кафедраси клиник базаларида (2-шаҳар клиник болалар жарроҳлик шифохонаси, Республика Перинатал марказининг неонатал жарроҳлик бўлими) қорин бўшлиғи аъзоларининг жарроҳлик касалликларига чалинган 1 кундан 18 ёшгача бўлган 373 бемор болаларни ташхислаш ва жарроҳлик даволаш усуллари таҳлиliga асосланган. Ичак инвагинацияси бўлган ва фақат консерватив даволаш ўтказилган (112 бемор) болаларни ҳисобга олганда, беморларнинг умумий сони 485 ни ташкил этади, аммо бу беморларга жарроҳлик аралашувлари амалга оширилмаганлиги сабабли тадқиқотдан чиқарилган. 373 беморнинг 179 (48,0%) нафари ўғил болалар, 194 (52,0%) нафари эса қиз болалардан иборат бўлган.

Беморлар 2 гуруҳга бўлинди. 189 (50,7%) нафар бемор – 2010-2016 йилларда клиникада кузатилган ва уларга анъанавий ташхислаш ва жарроҳлик тактикаси қўлланилган (**таққослаш гуруҳи**). 184 (49,3%) нафар бемор – 2017-2021 йилларда клиникада кузатилган ва уларга кенгайтирилган ташхислаш усуллари ва даволашда лапароскопик аралашувлар қўлланилган (**асосий гуруҳ**) (1-жадвал).

**Қорин бўшлиғи аъзолари касалликлари (n=485) ва жарроҳлик аралашувлари бажарилган (n=373) асосий ва таққослаш гуруҳидаги беморларнинг нозология тури ва даволаш ёндашуви бўйича тақсимланиши**

Асосий гуруҳидаги беморлар сони	Касалликларнинг нозологик шакллари бўйича беморларнинг умумий сони	Таққослаш гуруҳидаги беморлар сони
	<b>Жарроҳлик даволаш (n=373)</b>	
<i>Қорин бўшлиғи аъзоларининг туғма аномалиялари (n=183)</i>		
50	Ингичка ичак атрезияси (n=94)	44
10	Ингичка ичак мембранаси (n=21)	11
5	Ингичка ичак стенози (n=6)	1
4	Ингичка ичакнинг кистоз иккиланиши (n=16)*	12
8	Меконеал ичак тугилиши (n=13)	5
13	Ингичка ичакни иштирокидаги ичак мальротацияси (n=16)	3
1	Қорин ички чурралари (n=5)	4
2	Гиршпрунг касаллигининг тотал ва энтероколит билан асоратланган шакллари (n=5)	3
2	Ректал қопча (n=7)	5
<i>Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўтқир касалликлари ва уларнинг асоратлари (n=118)</i>		
2	Тарқалган перитонит (n=5)	3
22	Меккел дивертикули касалликлари (n=46)**	24
12	Ичак инвагинацияси (n=37)	25
17	Битишмали ичак тугилиши (n=30)	13
<i>Ичакларнинг шикастланишлари (n=17)</i>		
8	Ингичка ичакнинг шикастланишлари (n=14)	6
1	Ўғон ичакнинг шикастланишлари (n=3)	2
<i>Ичакларнинг орттирилган яллиғланиш касалликлари (n=55)</i>		
3	Крон касаллиги (n=3)	-
24	Некротланувчи энтероколит (n=52)	28
<b>184</b>	<b>Жами: 373</b>	<b>189</b>
<b>Консерватив даволаш (n=112)</b>		
76	Ичак инвагинацияси (n=112)	36
<b>76</b>	<b>Жами: 112</b>	<b>36</b>
<b>260</b>	<b>Умумий сони: 485</b>	<b>225</b>

Изоҳ: \* – 3 нафар беморда касаллик инвагинация билан асоратланган; \*\* – 11 беморда касаллик инвагинация билан асоратланган.

Диссертациянинг «Болаларда ингичка ичакда жарроҳлик аралашувларни талаб қилувчи қорин бўшлиғи аъзоларининг туғма ва орттирилган касалликларининг ташхислаш ва уларнинг учраш частотаси» номли учинчи бобида қорин бўшлиғи аъзоларининг туғма ва орттирилган касалликларини ташхислашда қўлланилган усулларнинг натижалари таҳлил қилинган. Абдоминал патологиялар ҳолати аниқланиб, анамнез маълумотларини ўрганиш (антенатал

даврни ўз ичига олган ҳолда), клиник текширув усуллари – палпация, перкуссия ва қорин аускультацияси маълумотлари асосида баҳоланди, бу жараён рентгенологик, УТТ, МСКТ, эндоскопик фиброгастроуденоскопия, колоноскопия каби инструментал ва махсус ташхислаш усуллари билан тўлдирилди.

373 нафар қорин бўшлиғида жарроҳлик аралашуви ўтказилган болалар орасидан 183 (49,1%) нафариди қорин бўшлиғи аъзоларининг аномалиялари аниқланди. Ушбу гуруҳга ўн икки бармоқли ичак патологияси бор беморлар киритилмаган, чунки ушбу патологиялар юқори ичак шакли бўлиб, клиник-анатомик хусусиятлари билан ажралиб туради ва ўн икки бармоқли ичакда тегишли жарроҳлик аралашувни талаб қилади. 171 (93,5%) ҳолатда улар туғма ичак тутилиши (ТИТ) билан намоён бўлди. Ингичка ичакда асосий жарроҳлик (стома қўйиш) амалиётини ўтказган 7 (3,8%) нафар беморда ноёб турдаги аноректал нуқсон (ректал қопча) ва йўғон ичакнинг йўқлиги ёки аномал ривожланганлиги билан боғлиқ ҳолатлар аниқланди, 5 (2,7%) ҳолатда эса Гиршпрунг касаллиги тотал шакли ташхисланди. Йўғон ичак ва аноректал соҳадаги аномалиялар, уларнинг ташхиси ва хирургик тактик ёндашувлари ТИТга нисбатан кескин фарқли бўлгани учун бу гуруҳга киритилмаган.

ТИТ шакллари ичак найларининг ривожланишидаги нуқсонлар билан ифодаланди – ички обструкция тури (атрезия, стеноз, ичак мембранаси, ички чурралар, мекониал ичак тутилиши, ичакнинг иккиланиши) 155 (90,6%) бемор болаларда кузатилди. Қорин бўшлиғининг бошқа аъзоларининг патологиялари – ташқи обструкция тури (ичакни ташқи томондан босилиши) 16 (9,4%) беморда кузатилди. 14 беморда ташқи обструкция сабаби ичакнинг мальротацияси, 2 (6,9%) беморда эса сариқлик йўлининг битмаслиги билан боғлиқ туғма битишмалар атрофида ичакларнинг буралиши натижасида ташқи босилиш ва странгуляция ҳолатлари кузатилди. Энг кўп учраган ТИТ шакллари ичак атрезияси ва стенозлари бўлиб, жами 94 (25,2%) нафар беморда кузатилди ва типлари бўйича тақсимланиши қуйидагича: I тип – 38 беморда; II тип – 23; III тип А – 17; III тип В – 11; IV тип – 5 беморда.

16 (8,7%) беморда ичак тутилиши ичакнинг малротацияси билан боғлиқ бўлди: 4 (25%) беморда тўлиқ ичак тутилиши, 12 (75%) беморда эса қисман ичак тутилиши аниқланди. Айрим турдаги ичак малротацияси оғир кечиши билан янги туғилган чақалоқларда кузатилди – 7 (43,7%) ҳолат, сурункали қайталанувчи кечиши эса 9 (56,3%) нафар турли ёшдаги болаларда учради.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир жарроҳлик касалликлари 118 (31,7%) беморда аниқланган, булар: ичак инвагинацияси – 37 (31,4%) ҳолат; Меккел дивертикули – 46 (39,0%) ҳолат; ўткир битишмал ичак тутилиши – 30 (25,4%) ҳолат (эрта битишмал ичак тутилиши – 13 беморда, кечки битишмал ичак тутилиши эса 17 беморда); 5 (4,2%) беморда тарқалган перитонитда полиорган бузилишлари билан боғлиқ ҳолатлар (3 беморда ўткир аппендицитнинг кеч ташхисланиши ва 2 беморда ичак резекцияси ва анастомози операцияси асорати сифатида ривожланган).

Ингичка ичакка жарроҳлик амалиёти ўтказилган 373 нафар болалар орасидан 17 (4,5%) нафариди ичак жароҳатлари қайд этилди. 9 (52,9%) ҳолатда ичакнинг жароҳатланиши қоринга тўғридан-тўғри зарба натижасида содир бўлган; 1 (5,9%)

ҳолатда баландликдан йиқилиш оқибатида; яна 1 ҳолат (5,9%) йўл-транспорт ҳодисаси натижасида юз берган. 6 (35,3%) нафар беморда ошқозон-ичак тизими (ОИТ) аъзолари ичак бўшлиғига кирган ёт жисмлар оқибатида жароҳатланганлиги қайд этилди. Бир ҳолатда ошқозоннинг ёрилиши бир неча ичак гематомалари билан бирга қайд этилган, бу ҳолат беморнинг отаси томонидан қоринга тўғридан-тўғри зарба берилиши натижасида юзага келган (жиной ҳолат). Ичак шикастланишлари Америка жарроҳлик жароҳатлари ассоциациясининг (The American Association for the Surgery of Trauma – AAST) шкаласи бўйича баҳоланди. Бу шкалага кўра, ичак шикастланишлари қуйидагича тоифаланади: изоляцияланган (фақат ичакнинг шикастланиши) – 10 (58,8%); кўплаб (ичак ва қорин бўшлиғидаги бошқа аъзоларнинг шикастланиши) – 5 (29,4%); аралаш (ичак ва бошқа анатомик соҳадаги аъзоларнинг шикастланиши) – 2 (11,8%).

Ичакнинг яллиғланиш касалликлари орасида некррозловчи энтероколит (НЭК) 52 (13,9%) беморда кузатилди. Патологиянинг эрта босқичида 32 нафар (61,5%) бемор қабул қилинган, бу касалликнинг Ib ва IIa босқичига мос келади. Патологиянинг авж олиши сабабли уларга жарроҳлик амалиёти ўтказилди. 20 (38,5%) нафар беморга Ib, IIIa ва IIIb босқичда паллиатив амалиётлар бошқа стационарларда ўтказилган, кейинчалик улар бизнинг клиникага йўналтирилган. НЭК билан касалланган 16 нафар (30,7%) бола муддатидан олдин туғилган, шулардан 5 нафари (31,1%) жуда эрта туғилган (гестация муддати 28-32 ҳафта бўлган), уларнинг ўртача тана вазни  $1613,5 \pm 75,6$  граммни ташкил қилган.

Крон касаллиги билан касалланган 3 нафар (0,8%) бола гастроэнтерология бўлимларидан патологиянинг авж олиши сабабли қайта-қайта консерватив даволаш курслари ўтказилганидан сўнг жарроҳлик бўлимига йўғон ичакнинг тотал шикастланган қисмида функционал тинч ҳолат яратиш мақсадида энтеростома қўйиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш учун йўналтирилган.

152 (40,8%) беморда ингичка ичак патологиясидан ташқари, 542 турли ҳамроҳ аномалия ва бошқа аъзолар касалликлари ҳам аниқланган: асосий гуруҳда – 257 (47,4%), таққослаш гуруҳида – 285 (52,6%). Ҳамроҳ патологиялар турлари қуйидагича: юрак-қон томир тизими – 33, нафас олиш тизими – 72, ҳазм қилиш тизими – 99, сийдик ажратиш тизими – 26, марказий нерв тизими – 77, чала туғилиш – 56 та, гипотрофия – 101, камқонлик – 78 нафар беморларда аниқланган.

Клиник маълумотларни умумлаштириш орқали қорин бўшлиғи аъзолари патологияларини уларнинг учраш хусусияти ва клиник-анатомик хусусиятлари асосида гуруҳлаштирдик ҳамда таҳлилий ташхислаш алгоритминини ишлаб чиқдик, бунинг учун энг самарали текширув усуллари қўлланилди (1-расм).

Текширув натижалари ингичка ичакнинг турли патологияларини аниқлаш имконини берди, бунинг учун ЭВМ дастури: "Болаларда ичак патологияларини ташхислашнинг клиник-инструментал мезонлари" (DGU 34147 UZ 27.02.2024 йил) ишлаб чиқилди.



**1-расм. Болаларда ингичка ичак касалликларини ташхислаш алгоритми**

Диссертациянинг тўртинчи боби "Болаларда қорин бўшлиғи аъзолари патологияларида ингичка ичакда бажарилган жарроҳлик аралашувлари" деб номланган бўлиб, ушбу бобда жарроҳлик тактикаси ва амалга оширилган жарроҳлик аралашувлари усуллари кўриб чиқилган. 357 (95,7%) беморларга жарроҳлик аралашуви шошилнч равишда ва 16 (4,3%) ҳолларда – режали тартибда ўтказилди. 336 (90,1%) беморга лапаротом йўл билан, 37 (9,9%) – видеоассистенлик усулда амалиётлар амалга оширилди. Ингичка ичакдаги

жарроҳлик усуллари асосий касаллик хусусияти ва пайдо бўлган асоратларни ҳисобга олган ҳолда танланди (2-жадвал).

2-жадвал

### Қорин бўшлиғи касалликларида бажарилган бирламчи жарроҳлик аралашувлари турлари (n=373)

Бажарилган жарроҳлик аралашувларининг тури	Қорин бўшлиғи аъзолари касалликларининг тури								Жами:		
	Ривожалниш аномалиялари		Ўткир касалликлари ва уларнинг асоратлари		Ичак жароҳатланишлари		Ичакларнинг яллиғланиш касалликлари				
	АГ	ТГ	АГ	ТГ	АГ	ТГ	АГ	ТГ	АГ	ТГ	АГ+ТГ
Ичак бўшлиғини очмасдан жарроҳлик аралашувлари	5	2	19	14	–	–	–	–	24	16	40
Энтеротомия	9	7	3	2	7	5	–	–	19	14	33
Энтеростомия, ичак резекциясиз:											
• бир стволли	5	8	2	3	–	–	2	2	9	13	22
• икки стволли	4	7	2	4	–	–	7	14	13	25	38
• осма	–	–	–	–	–	–	1	3	1	3	4
Ичак резекцияси:											
а) анастомоз қўйиш билан	36	25	11	16	1	1	–	–	48	42	90
б) ичак оқмасини қўйиш билан:											
• бир стволли	1	6	2	1	–	–	2	4	5	11	16
• икки стволли	11	14	12	25	2	1	6	14	31	54	85
• Т-симон анастомоз билан оқма	3	1	1	1	–	–	–	–	4	2	6
• Bishop-Koop	2	–	–	–	–	–	–	–	2	–	2
Лапароскопик аралашувлар:											
• резекция ва стома қўйиш	4	–	–	–	–	–	–	–	4	–	4
• резекция ва анастомоз қўйиш	24	–	–	–	–	–	–	–	24	–	24
• энтеростомия	5	–	–	–	–	–	–	–	5	–	5
• энтеротомия	4	–	–	–	–	–	–	–	4	–	4
<b>Жами:</b>	<b>113</b>	<b>70</b>	<b>52</b>	<b>66</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>18</b>	<b>37</b>	<b>193</b>	<b>180</b>	<b>373</b>
	<b>183</b>		<b>118</b>		<b>17</b>		<b>55</b>		<b>373</b>		

40 (10,7%) нафар беморга ингичка ичакдаги жарроҳлик аралашувлари унинг бўшлиғи очилмасдан ўтказилди. Бунда битишмаларни ажратиш, ичак буралишини бартараф этиш, дезинвагинация, битишмали ичак тутилишида ва ичак фиксациясининг йўқлигида энтеропликация билан чекландик.

37 (9,9%) нафар беморга жарроҳлик аралашувлари ингичка ичак бўшлиғини очиш – энтеротомия қилиниб амалга оширилди: уларнинг 33 нафарида жарроҳлик аралашуви анъанавий очик усулда, 4 нафарида лапароскопик усулда бажарилди. Ушбу беморларнинг 19 (57,6%) нафарида ингичка ичак бўшлиғи очилиб, оч ичак мембранасини кесиш (5 беморда) ёнбош ичак мембранасини кесиш (10 беморда) ва ичак бўшлиғидаги ёт жисмларни олиб ташлаш (4 беморда) амалга оширилди. Жарроҳлик амалиёти қийшиқ кўндаланг йўналишдаги икки қаторли чоклар ёрдамида ичак бутунлигини тиклаш билан яқунланди. Бундай тактика Меккел дивертикулини кесишда (2 беморда) ва ичакнинг шикастланишлари ва яллиғланишларидаги чегараланган перфорацияларда (10 беморда) ҳам қўлланилди. Тор диаметрли Меккел дивертикули асосидан боғланиб кесилди, дивертикулнинг чўлтоғи кесилди чоклар ёрдамида чўктирилди (2 беморда).

227 (60,8%) кузатувларда турли даражада патологик ўзгарган ингичка ичак қисмини резекция қилиш зарурияти туғилди: 199 (87,7%) беморларда жарроҳлик амалиёти анъанавий очик усулда, 28 (12,3%) беморларда лапароскопик усулда бажарилди. 15-20 см (қисқа резекция) резекция 149 (65,6%) беморда амалга

оширилди; 21-50 см (ўртача резекция) – 55 (24,2%) беморда; 51-100 см (катта ҳажмли резекция) – 23 (10,2%) беморда бажарилди.

114 (30,5%) нафар беморларда жарроҳлик аралашуви бирламчи ичак анастомозларини қўйиш билан яқунланди: энтеро-энтероанастомоз – 101 (88,6%) беморда (булардан 4 беморда Т-шаклдаги ингичка ичакни анастомози шакллантирилди); энтеро-колоанастомоз – 13 (11,4%) беморда.

182 (48,8%) беморларда жарроҳлик аралашувлари ичак стомаларини қўйиш билан яқунланди. Ичак стомаларини қўйиш учун кўрсатмалар, тури ва қўйилиш жойини биз асосий касаллик хусусиятлари, пайдо бўлган асоратлар ва реконструктив жарроҳлик аралашуви усулидан келиб чиққан ҳолда аниқладик. Ингичка ичак оқмасини қўйиш ичакнинг маълум бир қисмини функционал фаолиятини чеклашни назарда тутаяди, бу одатда беморнинг умумий аҳволини оғирлашишига олиб келувчи авж олувчи перитонит ва ичак парези ривожланган ҳолатларда қўлланилади.

113 (59,9%) беморларда ичак резекциясидан кейин жарроҳлик аралашуви стома қўйиш билан яқунланди. Стомалар қуйидаги ҳолатларда қўйилди: ичак аномалиялари – 42 (37,2%), қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир касалликлари – 42 (37,2%), НЭЖ – 26 (23,0%) ва ичакнинг травматик шикастланиши – 3 (2,6%).

64 (35,2%) беморларда жарроҳлик амалиёти ичак резекциясини амалга оширмасдан ингичка ичак стомасини қўйиш билан яқунланди: 7 нафар беморда ичак яллиғланиш касалликларида (Крон касаллиги – 3 бемор (4,7%), НЭЖ – 4 бемор (6,3%)) зарарланган ичак қисмларига функционал дам беришни таъминлаш мақсадида; 45 (70,3%) нафар беморларда ингичка ичак оқмаси перитонитнинг авж олиши ва ичак парези ҳолатларида, перитонитнинг кечки босқичларида, қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир касалликлари сабабли релапаротомияларда ичак мотор-эвакуация функциясини яхшилаш мақсадида қўйилди. Шунингдек, ингичка ичак оқмаси 7 (10,9%) нафар беморда кам учрайдиган аноректал малформацияларда, йўғон ичакнинг йўқлиги ёки тўлиқ ривожланмаганлигида шакллантирилди ва 5 (7,8%) нафар беморда Гиршпрунг касаллигининг тотал шаклида реконструктив жарроҳлик аралашувига тайёргарлик мақсадида қўйилди.

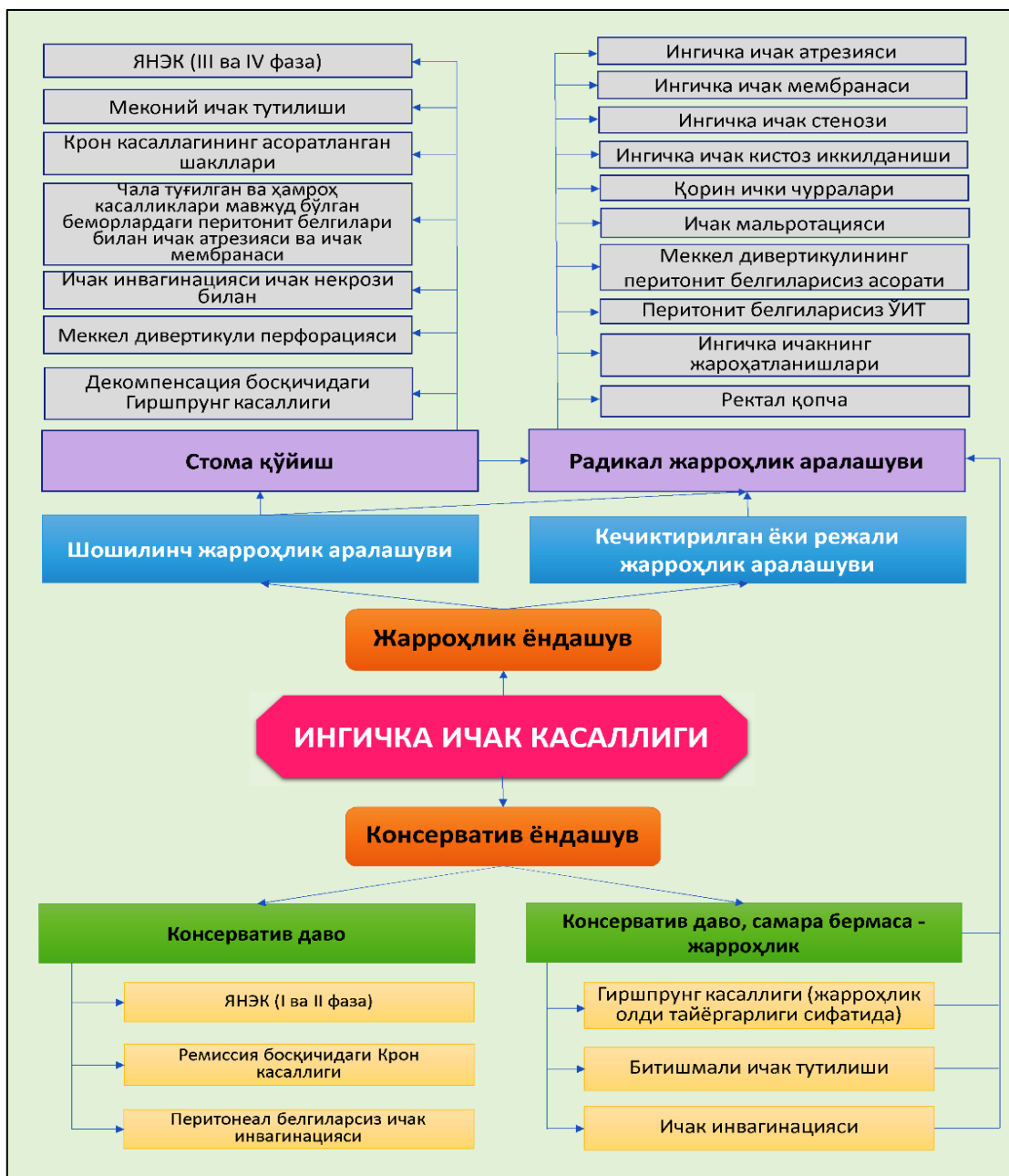
37 видеоассистентлик жарроҳлик амалиёти ўтказилган беморларнинг 5 (4,9%) нафарида аралашув стома қўйиш билан яқунланди.

Шундай қилиб, ингичка ичак оқмаси жами 182 (48,8%) нафар беморларда шакллантирилди.

Ичак стомасини қўйиш учун кўрсатмалар касалликнинг табиати, келиб чиққан асоратлар ва реконструктив жарроҳлик амалиётининг тури ва даражасига қараб белгиланди. Клиник ҳолатдан келиб чиқиб, турли хил энтеростомалар бажарилди. 38 (20,9%) нафар беморга бир стволли стома қўйилди, 136 (74,8%) нафар беморга икки стволли стома қўйилди, 6 (3,3%) нафар беморга олиб чиқувчи стома билан Т-симон анастомоз ва 2 (1,1%) нафар беморга эса Bishop-Коор усули бўйича анастомоз амалга оширилди. Қўйилган вақтинчалик ичак стомаларини ёпиш муддати ва усули боланинг умумий аҳволи, қорин бўшлиғидаги яллиғланиш жараёнининг давомийлиги, стомаланган ичак бўлимларининг ҳолати, туғма нуқсонни жарроҳлик йўли билан тузатишнинг якунига қараб белгиланди.

Стомани ёпиш учун оптимал муддат 6-8 ҳафта ўтгач мақсадга мувофиқ деб топилди.

Клиник маълумотларни умумлаштириш асосида қорин бўшлиғи аъзолари касалликларида жарроҳлик ёндашувини танлашга ёрдам берувчи алгоритм (2-расм) ва ЭХМ дастури: «Болаларда ингичка ичак касалликларида жарроҳлик ёндашуви» (DGU 34144 UZ, 27.02.2024 й.) ишлаб чиқилди.



**2-расм. Болаларда қорин бўшлиғи аъзолари касалликларида жарроҳлик ёндашув алгоритми**

Неонатал даврда туғма ичак тугилиши каби патологияларнинг энг кўп учрайдиган сабаблари бўлган атрезияларни жарроҳлик йўли билан тузатишнинг асосий усуллари билан бўлиб мослаштирилган (адаптацияланган), “учма-уч” ёки Т-

симон анастомозлар (ичак резекцияси билан ёки резекциясиз) бўлиб ҳисобланади. Янги туғилган чақалоқларда ичак анастомозини қўйишда афзалроқ тикиш усули – бир қаторли давомли чок қўйиш бўлди. 16 та ҳолатда ичак тутилиши сабабларини энтеротомия йўли билан бартараф этишга муваффақ бўлинди. Туғма ичак тутилиши, перитонит ва қўшма туғма нуқсонлари бўлган 37 нафар беморда жарроҳлик амалиёти ичак тутилишининг баландлигига қараб энтеростома шакллантириш билан яқунланди. Малротацияларда жарроҳлик аралашувининг асосий принциплари ичак ротацияси бузилишларини қунт билан тафтиш қилиш, ичак тутилишини бартараф этиш ва аппендэктомияни амалга оширишни ўз ичига олади. Операция вақтида ингичка ичакни, йўғон ичак бўлимларини ва ичак тутқичини физиологик ҳолатга келтириш имкониятини баҳолаш, юзага келган ичак ротацияси бузилишини операцияда тугалланган ротация ҳолатига келтиришга ҳаракат қилиниши керак. Туғма ичак тутилишлари билан касалланган 37 (9,9%) нафар янги туғилган чақалоқда бажарилган лапароскопик аралашувлар операциянинг интраоперацион асоратларини камайтириш ва пайдо бўлиши мумкин бўлган битишмалар хавфини пасайтириш, шунингдек, шифохонада ётиб даволаниш муддатини қисқартириш имконини берди.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг шошилиш жарроҳлик касалликлари орасида, ингичка ичакда операцияларни талаб қилувчи ҳолатлардан энг катта гуруҳни, 485 беморнинг 163 (33,6%) нафарида, инвагинация ташкил қилди. Ичак инвагинацияси беморнинг шикоятлари, анамнези, объектив ва инструментал текширув маълумотлари асосида ташхисланди. УТТнинг ташхислашга жорий қилиниши нурланиш таъсирини камайтиришга, инвагинация ва ҳамроҳ касалликларнинг (ўткир аппендицит, мезентериал лимфаденит) эҳтимолий сабабларини аниқлашга ёрдам берди. Қорин бўшлиғининг умумий рентгенографияси ичак тутилиши клиник белгилари намоён бўлганда ва асоратларга шубҳа бўлганда амалга оширилди. Кўкрак ёшидаги болаларда инвагинацияга ўхшаш клиник кўриниш бошқа сабаблар, жумладан, ривожланиш нуқсонлари билан боғлиқ бўлиши мумкин. Кўшимча ташхислаш усуллари натижалари инвагинациянинг даволаш тактикаси ва консерватив дезинвагинациянинг натижасини баҳолашга имкон берди. Касалликнинг 4-босқичида (перитонит босқичи) бўлган 24 (14,7%) нафар беморларга консерватив даволашсиз шошилиш жарроҳлик амалиёти талаб қилинди.

Пневмоирригография дезинвагинация усули орқали инвагинацияни консерватив равишда бартараф этиш 139 нафар беморга (касалликнинг 1, 2 ва 3-босқичи аниқланган беморларда) қўлланилди. Консерватив дезинвагинация 112 (80,6%) нафар беморда самарали бўлди. Инвагинациянинг бартараф этилганлигига ҳавонинг ёнбош ичакнинг терминал қисмига ўтиши ва қорин бўшлиғидаги ўсмасимон ҳосиланинг йўқолиши мезон бўлиб ҳисобланди. 27 (19,4%) ҳолатда консерватив даво самара бермади ва ушбу беморлар жарроҳлик йўли билан даволанди.

Шундай қилиб, ичак инвагинацияси билан оғриган 163 бемордан 51 нафари жарроҳлик йўли билан даволанди. Жарроҳлик амалиёти вақтида инвагинациянинг қуйидаги анатомик шакллари аниқланди: ёнбош-чамбар ичак – 19 (37,3%), ёнбош-

кўр-чамбар ичак – 27 (52,9%), йўғон-йўғон ичак – 2 (3,9%) ва ингичка-ингичка ичак – 3 (5,9%).

373 беморнинг 30 (8%) нафарида ўткир битишмали ичак тутилиши (ЎБИТ) сабабли ингичка ичакка жарроҳлик аралашувлари амалга оширилди. Ушбу беморларнинг 13 (43,3%) нафаридан ичак тутилиши бирламчи жарроҳлик аралашувидан сўнг 7 кундан 30 кунгача муддатда ривожланди – эрта битишмали ичак тутилиши (ЭБИТ). 17 (56,7%) нафар беморда жараён 1 ойдан 18 йилгача муддатда ривожланган – кечки битишмали ичак тутилиши (КБИТ). 10 (33,3%) беморда ЎБИТ аппендэктомиядан кейин ривожланган, ушбу беморларнинг 5 (16,7%) нафарида анамнезда ўткир аппендицитнинг асоратлари ва перитонит ривожланганли аниқланди. ЎБИТ ривожланган 2 (6,7%) бемор аввал консерватив дезинвагинация муваффақиятсиз ўтгани сабабли жарроҳлик йўли билан даволанган. 1 (3,3%) ҳолатда лапаротомия қорин бўшлиғи аъзоларининг ёпик шикастланиши (жигар ва талоқ ёрилиши) ва қорин бўшлиғи ички қон кетиши сабабли амалга оширилган. 6 (20%) нафар бемор эса янги туғилган давр ва гўдак ёшида ошқозон-ичак тизими нуқсонлари билан боғлиқ операциялар ўтказилиши сабабли жарроҳлик йўли билан даволанган. 6 (20%) ҳолатда битишма жараёни йўғон ичак нуқсонлари сабабли режали операциялардан кейин (йўғон ичак резекцияси пайдо бўлган) ривожланган.

Меккель дивертикули (МД) билан оғриган 46 беморда жарроҳлик тактикаси унинг диаметри ва асосининг кенлиги, асоратлар характери, яллиғланиш жараёнининг тарқалиши ва МД асосидаги ҳамда яқин жойлашган ёнбош ичак деворининг ҳолатига қараб танланган. Шунингдек, беморларнинг асосий касаллик ва унга боғлиқ асоратлар туфайли умумий аҳволининг оғирлик даражаси ҳам ҳисобга олинди. Қўйидаги турдаги жарроҳлик аралашувлари амалга оширилди: 4 беморда МДнинг асоси диаметри 10 мм гача бўлганда, типик аппендэктомияга ўхшаб кисет шаклидаги тугунли чоклар ёрдамида чўлтоғи чўктирилиб дивертикулэктомия ўтказилди; 5 беморда МД диаметри 10-20 мм бўлганида, асосида инфильтрация бўлгани сабабли ёнбош ичак деворининг понасимон резекцияси билан дивертикулэктомия амалга оширилди; 28 беморда ДМ сақловчи ичак қисмини сегментар резекцияси амалга оширилди (дивертикулит – 12 беморда; дивертикулдан қон кетиши – 1 беморда; дивертикул инвагинацияси – 11 беморда; дивертикул туфайли ривожланган бошқа турдаги ичак тутилишлари – 4 беморда); 9 нафар беморда перфорация сабабли МД бор ичак сегменти резекция қилиниб стома қўйилди.

Некротик энтероколитнинг IIв ва IIIа фазаларида операция қилинган 52 беморнинг 49 (94,2%) нафарида эрта асоратлар ривожланди: ичак перфорацияси – 33 (67,3%) нафар ва ичак тутилиши – 16 (32,7%) нафар беморларда. 3 (5,8%) ҳолатда кечки асорат – йўғон ичакнинг постнекротик стенози юзага келди, ушбу ҳолат клиник кечиши ва кўрик маълумотлари, рентген ва ультратовуш текширувлари натижаларига асосланиб аниқланди.

Кузатувимиздаги 20 (38,5%) нафар беморларда бирламчи жарроҳлик аралашувлари беморларнинг яшаш жойидаги тиббий муассасаларда амалга оширилган: 2 нафар беморда кўндаланг чамбар ичак перфорациясини тикиш ва осма илеостома қўйиш бирламчи жарроҳлик аралашуви, қолган 18 (90%) ҳолатда

ичак резекциясиз энтеростома қўйиш (10 беморда) ва ичак резекцияси билан энтеростома (8 беморда) жарроҳлик аралашувлари бажарилган. Ушбу беморлар кейинчалик даволашнинг якуний босқичи – стомаларни ёпиш учун бизнинг шифохонамизга мурожаат қилиб келишган.

Кузатувимиздаги 32 (61,5%) нафар беморларда бирламчи ва кейинги операциялар ичак зарарланишининг табиати ва узунлигига қараб амалга оширилди. Ингичка ичакнинг маҳаллий ва сегментар, бир-бирига яқин, 4-5 см масофада жойлашган зарарланишлари билан 4 (12,5%) нафар беморда зарарланган зона (зоналар)ни резекция қилиш ва бирламчи анастомоз қўйиш амалга оширилди. НЭКда ичакнинг узун ва кенг зарарланишларида, некротик ўзгаришлар ва кескин қон айланиш бузилишлари билан ўзаро алмашинувчи сегментларда, зарарланган зонани резекция қилиш, ичакнинг проксимал ҳалқасига стома қўйиш жарроҳлик аралашуви (2 (6,2%) бемор) ўтказилди. Касалликнинг IIб босқичида, перфорациясиз ичак тутилиши аломатлари бўлганида, қўшалок ажратилган энтеростома шакллантирилди (2 (6,2%) беморда). Кузатувимиздаги 6 (18,9%) беморда турли узунликдаги сегментар қон айланиш бузилишларида (бир қисмда – 4, бошқа қисмида – 2), улар орасидаги масофа 10-15 см бўлганида – икки стволли энтеростома шакллантирилди. Некротик жараён оч ичакда жойлашган 1 (3,1%) нафар беморда, зарарланган соҳа резекция қилинганидан сўнг, Т-симон энтеростома шакллантирилди. IIIа ва IIIб босқичдаги НЭК ҳолатида 5 (15,6%) нафар беморларда ичакда аъзони сақлаб қолувчи резекция ўтказилиб, қўшалок ажратилган энтеростома қўйилди. Ичак некрози ривожланган НЭКнинг IIIб ва IV босқичдаги 5 (15,6%) нафар беморларда ичак резекцияси амалга оширилиб, қўшалок ажратилган энтеростома шакллантирилди. IIIб босқичдаги НЭКда 3 (9,4%) нафар беморларда перфорация ҳолатида чамбар ичак перфорацияси тикилиб, қўшалок илеостома қўйилди. 1 (3,1%) нафар чала туғилган болада НЭКнинг ичак перфорацияси билан асоратида, кўплаб аъзолар етишмовчилиги ва гемодинамиканинг беқарорлиги туфайли беморнинг ўта оғир аҳволида лапароцентез амалга оширилди. Ушбу жарроҳлик аралашуви қорин ичи босимининг маълум даражада камайишига ва ўпка вентиляциясининг яхшиланишига ёрдам берди, бироқ эндотоксикознинг кучайиб бориши фонида 3-кунга келиб бемор вафот этди. Аутопсияда ингичка ичакни бироз қамраб олган йўғон ичакнинг субтотал некрози аниқланди. НЭКнинг кечки асорати йўғон ичакнинг турли узунликдаги стенозлари ривожланиши билан шифохонага ётқизилган 3 (9,4%) нафар беморда яллиғланиш жараёнлари сақланиб қолганлиги туфайли терминал энтеростома қўйилди. Стомани ёпиш учун такрорий операциялар асосий жарроҳликдан 6-10 ҳафта ўтгач ўтказилди.

Ичакнинг жароҳатланишлари билан боғлиқ ҳолатлар 373 нафар бемордан 17 (4,5%) нафарда кузатилди ва ушбу беморларга ичакда жарроҳлик аралашувлари бажарилди. 9 (52,9%) ҳолатда ичакнинг жароҳатланиши қоринга тўғридан-тўғри зарба натижасида содир бўлган; 1 (5,9%) ҳолатда баландликдан йиқилиш оқибатида; яна бир ҳолат (5,9%) йўл-транспорт ҳодисаси натижасида юз берган. 6 (35,3%) нафар беморда ошқозон-ичак тизими (ОИТ) аъзолари ичак бўшлиғига кирган ёт жисмлар оқибатида жароҳатланганлиги қайд этилди. Бир ҳолатда ошқозоннинг ёрилиши бир неча ичак гематомалари билан бирга қайд этилган, бу

ҳолат беморнинг отаси томонидан қоринга тўғридан-тўғри зарба берилиши натижасида юзага келган (жиноий ҳолат).

Ичак жароҳатлари Америка жарроҳлик жароҳатлари ассоциациясининг (AAST) шкаласига мувофиқ баҳоланди (3-жадвал).

Ичак жароҳатларини даволашнинг ягона ишончли усул бўлиб жарроҳлик аралашуви ҳисобланади. AAST тавсияларига кўра, ичакнинг I даражали жароҳатлари консерватив усулда даволаниши мумкин. Қориннинг тўмтоқ шикастланишида I даражали ичак жароҳатланиши 2 (16,7%) жарроҳлик амалиёти вақтида ташхисланди, бунда беморларда ичак тутқичи лат ейиши ва гематомаси мавжудлиги аниқланди.

3-жадвал

### Ичак жароҳатларининг AAST шкаласи бўйича тавсифи

AAST бўйича ичак жароҳати даражаси	Беморлар сони (%)
I даража – ичакнинг лат ейиши, ичак ёки тутқич гематомаси, ичакнинг трансмурал бўлмаган ёрилиши	1 (5,9%)
II даража – ичакнинг кичик (айланасининг 50% дан кам қисми) ёрилиши	11 (64,7%)
III даража – ичакнинг катта (айланасининг 50% дан кўп қисми) ёрилиши	4 (23,5%)
IV даража – ичакнинг тўлиқ ёрилиши (ичак айланасининг 100% ёрилиши)	1 (5,9%)
V даража – тўқималарнинг йўқотилиши билан ичакнинг ёрилиши, сегментнинг деваскуляризацияси	-
<b>Жами:</b>	<b>17 (100%)</b>

Шунингдек, бу беморларнинг биттасида ошқозон ёрилиши ва иккинчисида эса жигар ўнг бўлагининг I даражали жароҳатланиши ҳам ташхисланди. Бу кузатувларда ичакнинг жароҳатларига ичакка махсус жарроҳлик аралашувлари талаб қилинмади. Бироқ, ошқозон ва жигар ёрилишини даволаш учун тегишли тактика қўлланилди. Ичакнинг II-V даражали жароҳатлари шошилиш жарроҳлик аралашувини талаб қилади. Бизнинг кузатувимизда жарроҳлик аралашувлари жароҳат олган вақтдан 2 дан 6 соатгача муддатда – 9 (81,8%) беморда, 7 соатдан дан 12 соатгача – 2 (18,2%) беморда ўтказилди. Жарроҳлик аралашувининг мажбурий шарти – қорин бўшлиғини яхшилаб санация қилиш, ошқозон-ичак трактининг барча қисмларини тафтиш қилиш ёки кўплаб жароҳатланишларни истисно қилиш. Изоляцияланган ва ичак қўшма жароҳатларида жароҳатланган ҳудудлар ошқозонда – 1 беморда, ингичка ичакда – 8 беморда, оч ичакда – 5 беморда, йўғон ичакда – 3 беморда аниқланди. Жарроҳлик аралашуви турлари жароҳатнинг оғирлиги ва хусусиятига қараб аниқланди (4-жадвал).

Диссертациянинг бешинчи бобида «**Даволашнинг эрта ва узоқ муддатли натижалари**» даволашнинг умумий тамойиллари ҳамда жарроҳликдан кейинги даврнинг бориши таҳлил қилиниб, олинган маълумотлар эрта ва узоқ муддатли натижаларга ажратилди. 373 нафар бемордан 236 (63,3%) нафарида жарроҳликдан кейинги давр яхши ўтди. 137 (36,7%) нафар беморларда турли асоратлар ривожланди, уларнинг 55 (23,2%) нафарида умумий жарроҳлик асоратлари, 98

(41,4%) нафарида махсус асоратлар, 84 (35,4%) нафарида соматик асоратлар ривожланганлиги қайд этилди.

#### 4-жадвал

#### Ичакнинг изоляцияланган, кўплаб ва қўшма жароҳатланишларида бажарилган жарроҳлик аралашувлари турлари (n=17)

Жарроҳлик аралашуви тури	Изоляцияланган жароҳат					Кўплаб жароҳатлар *	Қўшма жароҳатлар*
	1 дар.	2 дар.	3 дар.	4 дар.	5 дар.		
Ичакнинг понасимон резекцияси	-	1	-	-	-	-	-
Ичакнинг сегментар резекцияси ва анастомози	-	-	1	-	-	-	-
Ичакнинг сегментар резекцияси ва стома қўйиш	-	-	1	-	-	2*	-
Ичакни тикиш	-	7	-	-	-	3*	2**
<b>Жами:</b>	-	8	2	-	-	5	2

Изоҳ: \* кўплаб жароҳатлар (ошқозон ёрилиши + ичакнинг кўплаб лат ёйиши ва гематомаси); \*\* қўшма жароҳатлар (бош миянинг лат ёйиши + ичакнинг I даражали жароҳати, жигар жароҳати + ичакнинг I даражали жароҳати)».

Клиник материалларнинг таҳлили ўлим кўрсаткичлари нисбатан паст бўлганига қарамасдан, турли асоратлар кўрсаткичларининг анча юқори эканлигини кўрсатади (5-жадвал).

Операциядан кейинги даврнинг оғир ўтиши янги туғилган чақалоқларда – 61 (44,5%) нафар ва эрта ёшдаги болаларда – 47 (34,3%) нафар касалликлар ва уларнинг асоратлари хусусияти ҳамда интранатал бузилишлар натижасида юзага келган ҳамроҳ ҳолатлар билан боғлиқ бўлди. 373 бемордан 366 (98,1%) нафари шифохонадан уйга чиқарилди. 7 нафар беморда ўлим қайд этилди (1,08% – асосий гуруҳда, 2,11% – таққослаш гуруҳида): уларнинг 5 (71,4%) нафари янги туғилган чақалоқлар ва 2 (28,6%) нафари эса эрта ёшдаги ёш болалар эди. Асосий гуруҳдаги беморларнинг эрта даволаш натижалари ва жарроҳликдан кейинги ўлим кўрсаткичларининг яхшироқ бўлиши жарроҳликдан аввал ва кейинги даврлардаги тактик-техник жиҳатларнинг такомиллаштирилиши ва оптималлаштирилиши билан изоҳланади.

**Асосий ва таққослаш гуруҳларидаги беморларда жарроҳликдан кейинги асоратлар ва ўлим ҳолатларининг солиштирма тавсифи (n=267)**

Жарроҳликдан кейинги асоратларнинг тавсифи ва умумий сони	Асосий гуруҳ (n=184)		Таққослаш гуруҳи (n=189)	
	Сони	%	Сони	%
Умумий жарроҳлик (n=55)	18	9,8	37	19,6
Махсус (n=98)	24	13,0	74	39,1
Соматик (n=84)	25	13,6	59	31,2

366 бемордан 267 (72,9%) нафари 6 ойдан 10 йилгача бўлган муддатда стационар (188 – 70,4%) ва амбулатор (79 – 29,6%) текширувлар асосида кузатилди. Уларнинг 139 нафари (52,1%) асосий гуруҳдан, 128 нафари (47,9%) таққослаш гуруҳидан бўлди.

Узоқ муддатли натижалар мослаштирилган Clavien-Dindo мезонлари бўйича баҳоланди, беморнинг шикоятлари, боланинг жисмоний ривожланиши, клиник кўрикнинг объектив маълумотлари, лаборатория кўрсаткичлари ва қўшимча ташхислаш усулларининг натижалари инобатга олинган. Натижалар умулаштирилгач яхши, қониқарли ва қониқарсиз турларга ажратилди (6-жадвал).

6-жадвал

**Асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳидаги беморларда жарроҳлик даволашнинг узоқ муддатли натижаларини солиштирма тавсифи (n=267)**

Даволаш натижалари	Асосий гуруҳ (n=159)		Таққослаш гуруҳи (n=108)	
	Сони	%	Сони	%
Яхши (n=169)	113	71,1	56	51,9
Қониқарли (n=72)	39	24,5	33	30,5
Қониқарсиз (n=26)	7	4,4	19	17,6
<b>Жами:</b>	<b>159</b>	<b>100</b>	<b>108</b>	<b>100</b>

Умумий жарроҳлик асоратлар 19,6%дан 9,8%гача камайтирилди, махсус жарроҳлик асоратлар 39,1% дан 13,0% гача камайтирилди. Ўлим кўрсаткичларини 2,6% дан 1,1% га камайгани, яхши узоқ муддатли натижаларга эга бўлган беморлар сонининг таққослаш гуруҳига нисбатан 51,9% дан 71,1% гача ошгани, шунингдек, қониқарсиз натижалар сони уч баробар камайиб, 17,6% дан 4,4% гача камайганлиги ишлаб чиқилган тактиканинг самарадорли эканлигини тасдиқлайди.

## ХОТИМА

1. Ингичка ичакда жарроҳлик аралашувлари кўпинча қорин бўшлиғи аъзоларининг аномалиялари (49,0%) ва ичакнинг шошилиш жарроҳлик касалликлари, некротик энтероколит ва жароҳатлар (51%) кўринишидаги патологияларида амалга оширилади. Ичак яллиғланиши касалликларида комплекс консерватив даволаш натижаси самарали бўлмаганда, энтеростома қўйишга зарурият туғилади.

2. Туғма ёки орттирилган характердаги қорин бўшлиғи аъзолари касалликларининг кечиши ўзига хос хусусиятларга эга. Ташхис алгоритмини қўллаш, клиник-анатомик вариантларни аниқлаш, ҳамроҳ касалликларни ва эҳтимолий асоратларни аниқлаш сифатини оширди, жарроҳлик аралашувлари ўтказилиши керак бўлган ҳолатлар бўйича кўрсатмаларни аниқлашга ва ичак инвагинациясида консерватив даволаш самарадорлиги 80,6% га оширишга имкон берди.

3. Клиник маълумотлар, қўшимча ташхислаш усуллари ва жарроҳлик амалиёти давомидаги топилмаларни ҳисобга олган ҳолда ишлаб чиқилган жарроҳлик тактикаси алгоритми асосий жарроҳлик аралашувлари кўрсатмаларини аниқлаш имконини берди: бир босқичли радикал аралашув – 191 (51,2%), куп босқичли ёндашув – 182 (48,8%) ни ташкил этди.

4. Жарроҳлик аралашуви усули патологик ҳолатлар ва асоратларнинг табиатига кўра, лапаротомия ёки видеоассистентлик жарроҳлик ёрдамида амалга оширилади: ичак бўшлиғини очмасдан аралашувлар (10,7%), патология сабабларини бартараф этиш учун энтеротомия (9,9%), ичакнинг бутунлигини тиклаш билан резекцияси (30,6%), стома шакллантирилиши билан ичак резекцияси (30,3%), ичакни резекциясиз стома қўйиш (18,5%) ташкил этади.

5. Такдим этилган ташхислаш ва жарроҳлик-тактик ёндашувлари туфайли, умумий жарроҳлик асоратлар 19,6% дан 9,8% гача, махсус жарроҳлик асоратлар 39,1% дан 13,0% гача камайтирилди. Ўлим даражаси 2,6% дан 1,1% гача туширилди; узоқ муддат яхши натижалар 51,9% дан 71,1% гача ошди; қоникарсиз натижалар 17,6% дан 4,4% гача камайтирилди.

6. Илмий ишнинг иқтисодий самарадорлиги ташхислаш, клиник шаклларни аниқлаш ва жарроҳлик муолажаларини самарадорлигини ошириш орқали асоратлар сонини камайтиришдан иборат бўлди. Натижада беморларнинг шифохонада ётиб даволаниш муддати ўртача 3,3 кунга қисқарди. Бир беморга кунига ўртача 536.639 сўм сарфланган бўлса, бир даволаш курси учун 1.770.909 сўм маблағ тежалди.

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

---

**ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**МАРКАЕВ АБДУМУМИН ЯХШИБОВЕВИЧ**

**ВЫБОР ПОКАЗАНИЙ И ТАКТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К РЕЗЕКЦИИ  
ИЛИ СТОМИРОВАНИЮ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ**

**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 № В2020.2.PhD/Tib1305**

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](http://www.bmtm.uz)) и на Информационно-образовательном портале «Ziyonet» ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

**Научный руководитель:** **Эргашев Насриддин Шамсиддинович**  
доктор медицинских наук, профессор.

**Официальные оппоненты:** **Акилов Хабибула Атауллаевич,**  
доктор медицинских наук, профессор.

**Юсупов Шухрат Абдурасулович,**  
доктор медицинских наук, профессор.

**Ведущая организация:** **Казахстанский Национальный  
Медицинский университет имени  
С.Д.Асфендиярова**

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](mailto:ilmiy.kengash@bmtm.uz)).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Национального детского медицинского центра. (зарегистрирована за № \_\_\_\_\_). Адрес: г Ташкент, Яшнабадский район, ул. Паркентская, 294. Телефон: (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

**Э.А. Сатвалдиева**  
Заместитель председателя Научного семинара при Научном совете по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

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

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** По данным экспертов ВОЗ, патология органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей – одна из серьезных проблем здоровья подрастающего поколения среди приобретенных и врожденных заболеваний<sup>1</sup>. Гастроэнтерологическая патология в детском возрасте влияет на развитие болезней органов пищеварения у взрослых. Аномалии развития желудочно-кишечного тракта и острые процессы разнообразны – по нозологическим формам, многолики по клиническим проявлениям и опасны с различными жизнеугрожающими осложнениями<sup>2</sup>. В последние десятилетия частота болезней органов пищеварения у детей и подростков увеличивалась на 30%. Несмотря на существенное технологическое обновление медицины, больные всех возрастов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости продолжают поступать в поздние сроки, их оперируют с опозданием в условиях возникших осложнений.

В мировой научной литературе отсутствует единый подход к проведению хирургических операций на тонкой кишке. В экстренных случаях, таких как неотложные хирургические патологии или травматические повреждения, могут применяться такие методы, как энтеротомия, резекция кишечника с анастомозом или наложение стомы. Эти операции также могут быть частью поэтапных корректирующих процессов для устранения аномалий желудочно-кишечного тракта у детей разного возраста<sup>3</sup>. Гастроэнтерологическая патология в детском возрасте может служить начальным этапом развития заболеваний желудочно-кишечного тракта у взрослых<sup>4</sup>.

В Республике Узбекистан ряд авторов отмечают необходимость разработки четких показаний к операциям, методам их завершения, длительности функционирования стомы в зависимости от характера патологии<sup>5</sup>. Для улучшения качества диагностики и лечения детей с абдоминальной хирургической патологией необходимы научно-обоснованные результаты оценки их эффективности.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему совершенствованию экстренной медицинской помощи» за УП №4985 от 16 марта 2017 года, Постановлением Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы» за

<sup>1</sup> Rytting, H.B., Yin, H. (2021). Gastrointestinal Disorders in the Infant and Child. In: Wang, H.L., Chen, Z.E. (eds) Practical Gastrointestinal Pathology. Practical Anatomic Pathology. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-51268-2\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-030-51268-2_1)

<sup>2</sup> Ludwig K., De Bartolo D., Salerno A. et al. Congenital anomalies of the tubular gastrointestinal tract. *Pathologica*. 2022 Feb;114(1):40-54. doi:10.32074/1591-951X-553.

<sup>3</sup> Аверин В.И. Кишечные стомы у детей / В. И. Аверин, М. А. Аксельров, Ю. Г. Дегтярев и др. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 112 с.

<sup>4</sup> Детская гастроэнтерология: практическое руководство / под ред. И.Ю. Мельниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2018. – 480 с.

<sup>5</sup> Эргашев Н.Ш., Сагтаров Ж.Б. Диагностика и лечение врожденной кишечной непроходимости у новорожденных // Современная медицина: актуальные вопросы. 2013. №25. Стр.21-16.

ПП №3071 от 20 июня 2017 года, других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере<sup>6</sup>.

В стратегию действий по пяти основным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017-2021 годы включены меры по совершенствованию системы медико-социальной помощи у наиболее уязвимым группам населения для обеспечения их полноценной жизнедеятельности. Реализация этих задач, включая улучшение результатов хирургического лечения детей с заболеваниями органов брюшной полости, требует установления критериев для своевременной диагностики и совершенствования тактико-технических аспектов хирургического вмешательства.

### **Соответствие исследования основным приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики Узбекистан**

Данное исследование проведено в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологий Узбекистана (VI) «Медицина и фармакология» – «Разработка новых методов лечения и реабилитации больных».

**Степень изученности проблемы.** В результате многочисленных исследований, проведенных в мире получены новые данные по этиологии, патогенезу, методам диагностики и лечения многих болезней органов пищеварения. Однако, современные научные аспекты детской гастроэнтерологии не всегда воспринимаются практическими врачами. Это обусловлено не только большим объемом специальной информации, но и разноречивой интерпретацией данных разными специалистами.

Аномалия развития кишечника является наиболее частой среди абдоминальных патологий. Большое количество новорожденных и детей первых месяцев жизни нуждаются в оперативном лечении. При наличии сопоставимых по диаметру кишечных петель целесообразно наложение прямых или адаптированных анастомозов. Нередко первый этап операции завершается энтеростомией. Однако мнения большинства экспертов неоднозначны. Одни считают оптимальным использование двойной концевой энтеростомии, особенно при перитоните. Другие авторы предлагают различные методы стомирования кишечника. Позиция хирургов также неоднозначна в отношении техники энтеростомии при Т-образном анастомозе<sup>7,8</sup>.

Диагностику осложняет многообразие клинико-анатомических вариантов острой патологии органов брюшной полости (мальротации, частичная кишечная непроходимость, травматические повреждения кишечника и НЭК). Особенности трудностей представляют заболевания ЖКТ, осложненные перфорацией, перитонитом, заворотом и некрозом кишки, требующие нестандартной хирургической тактики лечения<sup>9</sup>.

<sup>6</sup> Постановление Президента РУз от 20.06.2017 г. № ПП-3071 «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы». Собрание законодательства Республики Узбекистан, 2017 г., № 25, стр. 532.

<sup>7</sup> Gorbatyuk O.M., Babuci S.I., Martinyuk T.V., Bertsun K.T. Obturation intestinal obstruction in the course of necrotizing enterocolitis in newborn children. Wiad Lek. 2021;74(4):838-841.

<sup>8</sup> Gil-Vargas M., Saavedra-Pacheco M.S. Early Feeding versus Traditional Feeding in Children with Ileostomy Closure. J Indian Assoc Pediatr Surg. 2022 Mar-Apr;27(2):223-226.

<sup>9</sup> Козлов Ю.А., Новожилов В.А., Ковальков К.А. и др. Результаты лечения спонтанной перфорации кишечника у недоношенных детей // Детская хирургия. – 2017. – №6. – С.284-290.

Наложение новорожденным анастомозов с помощью однорядного шва получило всеобщее признание. В тоже время применение такого ушивания в брюшных анастомозах у детей старше месячного возраста до сих пор дискутируется. Перечисленные оперативно-тактические подходы используют и при других патологиях, в том числе травматических повреждениях кишечника. Однако, аспекты хирургической тактики при них недостаточно освещены. Многообразии патоморфологических вариантов пороков кишечной трубки, приобретенных острых хирургических заболеваний и воспалительных патологий кишки, отсутствие единого подхода к выбору метода, срока и способу завершения операции обуславливает актуальность изучаемой проблемы.

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательских работ Ташкентского педиатрического медицинского института №01980006703 «Совершенствование диагностики, лечения и методов профилактики врожденных и приобретенных заболеваний у детей».

**Цель исследования** – улучшить результаты проведенных операций на тонкой кишке при ее патологиях, аномалиях развития и приобретенных заболеваниях органов брюшной полости у детей.

**Задачи исследования:**

определить частоту и круг заболеваний органов брюшной полости врожденного и приобретенного характера, требующих оперативных вмешательств на тонкой кишке у детей различных возрастных групп;

установить особенности течения заболеваний, показания к различным видам обследования; разработать алгоритм диагностики;

определить показания к операциям на тонкой кишке, разработать алгоритм лечебной тактики и рационального ведения больных после операций;

оценить непосредственные и отдаленные результаты лечения одно- и поэтапных операций; обосновать эффективность предлагаемой диагностической и лечебной тактики.

**Объект исследования:** 485 ребенка в возрасте от 1 дня до 18 лет с аномалиями, острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости травматического и воспалительного генеза.

**Предмет исследования:** комплексная оценка соматического статуса ребенка, анатомо-функционального состояния органов брюшной полости на этапах хирургического лечения.

**Методы исследований:** общеклинические, рентгенологические (обзорная рентгенография, пассаж бария по ЖКТ, контрастная ирригография, экскреторная урография), УЗИ, МСКТ; специальные функциональные, инструментальные и морфологические методы.

**Научная новизна исследования:**

На большом клиническом материале установлены частота и нозологические формы заболеваний органов брюшной полости, требующих хирургического

вмешательства на тонкой кишке, в зависимости от характера патологии и возраста детей.

Систематизированы клинические особенности, анатомические варианты; выделены информативные методы диагностики при отдельных видах патологии органов брюшной полости, предложен алгоритм диагностики.

Установлены частота и характер сочетанной и соматической патологии, отягощающие непосредственные и отдаленные результаты лечения.

Предложен алгоритм хирургической тактики в зависимости от характера патологии и специфических осложнений.

#### **Практические результаты исследования:**

предложенная диагностическая тактика позволяет повысить информативность органной принадлежности и характер поражений органов брюшной полости;

органосберегающая тактика при первичных и повторных операциях позволяет снизить риск развития синдрома «короткой кишки»;

выявление сочетанных пороков и заболеваний позволяет определять оптимальную тактику хирургического вмешательства и послеоперационной реабилитации;

по разработанной тактике ведение больных с тонкокишечной стомой позволяет сократить длительность парентерального питания и предотвратить развитие осложнений;

результаты исследований обобщены в методических рекомендациях и внедрены в практику детских хирургических отделений республиканских, областных и городских лечебных учреждений.

**Достоверность результатов исследования** подтверждаются данными клинических, лабораторных, ультразвуковых, рентгенологических, компьютерно-томографических, эндоскопических исследований, а также использованием методологических подходов и статистического анализа.

#### **Научная и практическая значимость результатов исследования**

Научная значимость результатов заключается в дополнительных данных для разработки современных подходов к диагностике и лечению детей с заболеваниями органов брюшной полости, требующих оперативного вмешательства на тонкой кишке. Комплексный подход к диагностике позволяет определить сочетанную патологию, хирургическую тактику и послеоперационную реабилитацию. Предлагаемые тактические подходы при выполнении операций и в послеоперационном периоде позволяют снизить частоту развития синдрома «короткой кишки». Результаты настоящего исследования включены в программу обучения студентов, магистров и клинических ординаторов по детской хирургии в Ташкентском педиатрическом медицинском институте.

Практическая ценность данного исследования заключается в том, что были определены оптимальные методы диагностики и хирургического вмешательства на различных этапах лечения, что способствует улучшению результатов терапии. Обоснованность полученных результатов подтверждается достижением положительных результатов на основе применения тактического подхода и выбора метода хирургического вмешательства в зависимости от вида выявленной

патологии. Кроме того, результаты исследования могут быть использованы в медицинских учреждениях различного уровня.

**Внедрение результатов исследования.** На основании заключения №07/70 Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан от 22 октября 2024 года представлены следующие:

**Первая научная новизна:** на основе обширного клинического материала была определена частота встречаемости и нозологические формы заболеваний органов брюшной полости у детей разных возрастных групп, требующих хирургического вмешательства на тонкой кишке. Результаты исследования были внедрены в практическую деятельность хирургических отделений в соответствии с приказами №225 от 10.10.2024 Городской детской клинической больницы №1 города Ташкента и №227 от 17.10.2024 Детского многопрофильного медицинского центра Сурхандарьинской области. *Социальное значение научной новизны:* проведённый сравнительный анализ результатов позволил определить частоту встречаемости и нозологические формы заболеваний органов брюшной полости у детей, требующих хирургического вмешательства на тонкой кишке. В соответствии с полученными данными, заболевания были разделены на четыре группы в зависимости от их распространённости: 1. Врождённые аномалии органов брюшной полости (n=183; 49,0%), включая атрезию тонкой кишки, мембрану тонкой кишки, стеноз тонкой кишки, кистозное удвоение тонкой кишки, мекониальную кишечную непроходимость, мальротацию тонкой кишки, тотальную форму болезни Гиршпрунга и ректальный мешок. 2. Острые заболевания органов брюшной полости и их осложнения (n=118; 31,7%), такие как дивертикул Меккеля, инвагинация кишечника, спаечная кишечная непроходимость и распространённый перитонит. 3. Травматические повреждения кишечника (n=17; 4,6%), включая повреждения тонкой и толстой кишки. 4. Воспалительные заболевания кишечника (n=55; 14,7%), включая некротизирующий энтероколит и болезнь Крона. *Экономическая эффективность научной новизны:* на этапе диагностики в основной группе продолжительность пребывания пациентов сократилась на 2,5 дня по сравнению с контрольной группой. При этом расходы на 1 койко-день в исследуемых группах составили в среднем 536 639 сумов. Экономия за счет сокращения продолжительности диагностики на 2,5 дня для пациентов основной группы составила 1 341 597,5 сумов. *Заключение:* хирургические вмешательства на тонкой кишке чаще всего проводились при патологиях в виде аномалий органов брюшной полости (49,0%) и неотложных хирургических заболеваний кишечника, некротического энтероколита и травм (51%).

**Вторая научная новизна:** систематизированы клинические особенности и анатомические варианты заболеваний данного контингента; для некоторых видов патологий органов брюшной полости выбраны информативные методы диагностики, предложен алгоритм диагностики и внедрен в практику хирургических отделений на основании приказа №225 от 10.10.2024 г. 1-й городской детской клинической больницы города Ташкента и №227 от 17.10.2024 г. Детского многопрофильного медицинского центра Сурхандарьинской области. *Социальное значение научной новизны:* разработанные алгоритмы диагностики и

ЭВМ программы позволили упростить процесс диагностики и выбрать оптимальную тактику лечения. Эти алгоритмы существенно упростили выявление заболеваний, требующих хирургического вмешательства на тонком кишечнике у детей, а также улучшили процесс дифференциальной диагностики с другими заболеваниями органов брюшной полости. *Экономическая эффективность научной новизны:* систематизированы нозологические формы врождённых аномалий органов брюшной полости, острых хирургических заболеваний с их осложнениями, а также повреждений кишечника и приобретённых воспалительных заболеваний. На основе данных о частоте встречаемости, клинических особенностях и различиях в течении этих патологий разработан диагностический алгоритм, включающий использование как традиционных, так и современных методов диагностики. Разработано программное обеспечение «Критерии клинической и инструментальной диагностики кишечных заболеваний у детей» (регистрационный номер DGU 202401913 от 27.02.2024). Совершенствование диагностических методов позволило увеличить выявляемость сопутствующих аномалий с 59,5% до 66,4%. Экономическая эффективность составила 1.341.597.5 сум за счёт сокращения продолжительности госпитализации на этапе диагностики на 2,5 койко-дня в основной группе пациентов. *Заключение:* применение алгоритма диагностики позволило повысить качество определения клинико-анатомических вариантов, выявления сопутствующих заболеваний и возможных осложнений. Это также позволило уточнить показания к оперативному вмешательству. В результате появилась возможность выбора соответствующих хирургических подходов и снижения риска послеоперационных осложнений.

*Третья научная новизна:* определены частота и особенности сопутствующих и соматических заболеваний, которые могут негативно влиять на ранние и отдалённые результаты лечения. Результаты исследования внедрены в практическую деятельность хирургических отделений в соответствии с приказами №225 от 10.10.2024 Городской детской клинической больницы №1 города Ташкента и №227 от 17.10.2024 Детского многопрофильного медицинского центра Сурхандарьинской области. *Социальное значение научной новизны:* определены виды, частота встречаемости и характеристики сопутствующих и соматических заболеваний, которые могут негативно влиять на результаты лечения. Благодаря усовершенствованию методов диагностики удалось повысить уровень выявления сопутствующих аномалий в исследуемых группах. В основной группе этот показатель увеличился с 59,5% до 66,4%, что составляет прирост в 6,9%. *Экономическая эффективность научной новизны:* применение разработанного диагностического алгоритма и программного обеспечения позволило повысить уровень выявления сопутствующих аномалий и соматических заболеваний на 6,9%. Лечение сопутствующих патологий с привлечением профильных специалистов в процессе терапии основного заболевания способствовало значительному снижению потенциальных затрат государственного бюджета, которые могли бы потребоваться на последующее лечение этих пациентов в более поздние сроки. *Заключение:* практическое применение предложенного диагностического алгоритма и программного

обеспечения способствовало своевременному выявлению заболеваний органов брюшной полости, требующих хирургического вмешательства на тонкой кишке. Использование алгоритма хирургической тактики и ЭВМ программы позволило оптимизировать выбор соответствующих хирургических методов, повысило эффективность оперативного лечения и снизило частоту послеоперационных осложнений.

**Четвертая научная новизна:** разработан алгоритм хирургической тактики, учитывающий тип патологии и характер осложнений. Научно обоснована высокая эффективность предложенного подхода в лечении хирургических заболеваний тонкой кишки. Результаты исследования внедрены в практическую деятельность хирургических отделений в соответствии с приказами №225 от 10.10.2024 Городской детской клинической больницы №1 города Ташкента и №227 от 17.10.2024 Детского многопрофильного медицинского центра Сурхандарьинской области. *Социальное значение научной новизны:* применение предложенных хирургических и тактических подходов позволило существенно снизить частоту общехирургических осложнений с 19,6% до 9,8%, а специфических хирургических осложнений – с 39,1% до 13,0% (по результатам сравнения основной и контрольной групп исследования). Послеоперационная летальность уменьшилась с 2,6% до 1,1%. Доля пациентов с благоприятными отдаленными результатами увеличилась с 51,9% до 71,1%, а неудовлетворительные результаты сократились с 17,6% до 4,4%. *Экономическая эффективность научной новизны:* суточные расходы на одного пациента в стационаре составляли 536.639 сумов. Средняя продолжительность пребывания детей основной группы в стационаре составила  $20,7 \pm 1,2$  койко-дня, что эквивалентно 11.108.427 сумам ( $536.639 \times 20,7$ ). В контрольной группе этот показатель составил  $24,0 \pm 1,4$  койко-дня, что равно 12.879.336 сумам ( $536.639 \times 24,0$ ). Таким образом, применение рекомендованной тактики лечения позволило сократить среднюю продолжительность госпитализации детей с хирургическими патологиями тонкой кишки на 3,3 дня, что привело к экономии средств государственного бюджета в размере 1.770.909 сумов на курс лечения. *Заключение:* выбор метода хирургического вмешательства определялся характером патологического процесса и осложнений. Он включал выполнение лапаротомии или видеоассистированных операций и предусматривал следующие виды вмешательств: операции без вскрытия просвета кишечника – 10,7%; энтеротомия для устранения причин патологии – 9,9%; резекция кишечника с восстановлением его целостности – 30,6%; резекция кишечника с формированием стомы – 30,3%; наложение стомы без резекции кишечника – 18,5%.

**Апробация результатов исследования.** Результаты исследования обсуждены на 8 научных конференциях: 4 международных и 4 республиканских.

**Опубликованность результатов.** По теме диссертации опубликованы 8 научных работ: 7 статей в научных изданиях, рекомендованных Высшей Аттестационной Комиссией Республики Узбекистан к публикации основных научных результатов диссертаций, 1 в зарубежном; получены 2 удостоверения на ЭВМ программу.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Объем текстового материала составляет 149 страниц, содержит 23 таблиц и 17 рисунков.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Во введении** обоснована актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования; характеризуются объект и предмет исследования, показано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики; излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрыты научная и практическая значимость полученных результатов, внедрение в практику результатов исследования, сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Анатомо-физиологические особенности тонкой кишки. Показания к хирургическим вмешательствам на тонкой кишке при врожденных и приобретенных заболеваниях и других патологиях желудочно-кишечного тракта у детей»** изложен обзор литературных данных по анатомо-физиологическим особенностям тонкой кишки, нозологическим формам и приведены особенности течения заболеваний тонкой кишки, требующих радикального оперативного лечения и симультанных вмешательств при патологиях органов брюшной полости и собственных патологиях тонкого кишечника, показания к операциям, методы операций соответственно характеру патологии, представлены дискуссионные задачи, требующие дальнейших разработок.

Во второй главе диссертации **«Клиническая характеристика материала и методов исследования»** представлены материалы и методы исследования.

Работа основана на анализе результатов диагностических исследований и хирургического лечения 373 детей в возрасте от 1 дня до 18 лет с хирургической патологией органов брюшной полости в клиниках баз (городская клиническая детская хирургическая больница 2, отделения неонатальной хирургии РПЦ) кафедры госпитальной детской хирургии Ташкентского педиатрического медицинского института в 2010-2021 г. Критерием исключения составили 112 больных с инвагинацией кишечника, которым проводилась только консервативное лечение. Из 373 больных мальчиков было 179 (48,0%), девочек – 194 (52,0%).

Больных разделили на 2 группы. 189 (50,7%) детей наблюдали в клинике в 2010-2016 г. Им применяли традиционную диагностическую и оперативную тактику (группа сравнения). 184 (49,3%) детям, находившимся в клинике в 2017-2021 г., применяли расширенный комплекс диагностических методов и лапароскопические вмешательства (основная группа) (табл.1).

В третьей главе диссертации **«Диагностика, частота патологий органов брюшной полости, требовавшее оперативного вмешательства на тонкой кишке у детей»**. патологии органов брюшной полости врожденного и

приобретенного генеза обуславливают использование различных диагностических методов. Исходное состояние при абдоминальной патологии оценивали клинически с учетом данных анамнеза включающее и антенатальный период, клинического осмотра и специальных методов исследования, пальпации, перкуссии и аускультации живота, дополненные инструментальными и специальными (рентгенологические, ультразвуковые, МСКТ органов брюшной полости, эндоскопические ФЭГДС, колоноскопия) методами диагностики.

Таблица 1

**Распределение пациентов с заболеваниями органов брюшной полости (n=485), которым было проведено оперативное лечение (n=373), в основной и контрольной группах**

Количество больных в основной группе	Общее количество больных по нозологическим формам заболеваний	Количество больных в группе сравнения
	<b>Хирургическое лечение (n=373)</b>	
	<i><b>Врожденные аномалии органов брюшной полости (n=183)</b></i>	
50	Атрезия тонкой кишки (n=94)	44
10	Мембраны тонкой кишки (n=21)	11
5	Стенозы тонкой кишки (n=6)	1
4	Кистозные удвоения тонкой кишки (n=16)*	12
8	Меконеальный илеус (n=13)	5
13	Мальротация кишечника с вовлечением тонкой кишки (n=16)	3
1	Внутренние грыжи (n=5)	4
2	Тотальная и энтероколит ассоциированные формы болезни Гиршпрунга (n=5)	3
2	Ректальный мешок (n=7)	5
	<i><b>Острые заболевания и осложнения органов брюшной полости (n=118)</b></i>	
2	Разлитой перитонит (n=5)	3
22	Патология дивертикула Меккеля (n=46)**	24
12	Инвагинация кишечника (n=37)	25
17	Спаечная кишечная непроходимость (n=30)	13
	<i><b>Повреждения кишечника (n=17)</b></i>	
8	Повреждение тонкой кишки (n=14)	6
1	Повреждение толстой кишки (n=3)	2
	<i><b>Приобретенные воспалительные заболевания кишечника (n=55)</b></i>	
3	Болезнь Крона (n=3)	-
24	НЭК (n=52)	28
<b>184</b>	<b>Всего: 373</b>	<b>189</b>
	<b>Консервативное лечение (n=112)</b>	
76	Инвагинация кишечника (n=112)	36
<b>76</b>	<b>Всего: 112</b>	<b>36</b>
<b>260</b>	<b>Итого: 485</b>	<b>225</b>

Примечание: \* – у 3 больных из них заболевания осложнилась инвагинацией кишечника; \*\* – у 11 больных из них заболевания осложнилась инвагинацией кишечника.

Из 373 детей с аномалиями развития органов брюшной полости, перенесших операции на тонкой кишке выявлены у 183 (49,1%). В данную группу не включены больные с патологией двенадцатиперстной кишки являющийся высокой формой врожденной кишечной непроходимостью отличающиеся клинико-анатомическими характеристиками и требующее соответствующей хирургической коррекции в двенадцатиперстной кишке. В 171 (93,5%) случаях они были представлены врожденной кишечной непроходимости (ВКН). У 7 (3,8%) больных, перенесших первичные операции на тонкой кишке (наложения стомы) отмечены редкие формы аноректальной аномалии (ректальный мешок), с отсутствием или недоразвитием толстой кишки и у 5 (2,7%) тотальная форма болезни Гиршпрунга. Аномалии толстой кишки и аноректальной области, требующие корригирующих операций в группу не включены, поскольку их диагностика и оперативно-тактические подходы резко отличаются от таковых при ВКН.

Варианты ВКН были представлены пороками развития самой кишечной трубки – внутренний тип обструкции (атрезии, стенозы, мембрана тонкой кишки, внутренние грыжи, мекониальный илеус, удвоение кишечника) у 155 (90,6%) больных. Патологии других органов брюшной полости – наружный тип обструкции (сдавление кишечника из вне) – у 16 (9,4%) больных. Причинами наружной обструкции у 14 больных была мальротация кишечника; у 2 (6,9%) – наружная компрессия и странгуляция кишечника вокруг врожденных тяжей при незаращении желточного протока. Наиболее частой формой ВКН были атрезия и стенозы тонкой кишки – у 94 (25,2%) больных: I тип – у 38 больных; II тип – у 23; III тип А – у 17; III тип В – у 11; IV тип – у 5 больных.

У 16 (8,7%) больных непроходимость кишечника была обусловлена МК: у 4 (25%) с явлениями полной и у 12 (75%) – частичной непроходимости. Некоторые виды кишечной мальротации с острым течением проявлялись в периоде новорожденности – у 7 (43,7%), в то время как хроническое рецидивирующее течение у 9 (56,3%) детей – различных возрастных групп.

У 118 (31,7%) больных при хирургических заболеваниях органов брюшной полости выполнены оперативные вмешательства: инвагинация кишечника – 37 (31,4%); дивертикул Меккеля – 46 (39,0%); острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) составила 30 (25,4%) случаев: ранняя спаечная кишечная непроходимость у 13, поздняя – у 17; разлитой перитонит с полиорганными нарушениями наблюдали у 5 (4,2%) больных при запоздалой диагностике острого аппендицита у 3 и у 2 возникло после операций на органах брюшной полости, резекции кишечника с формированием межкишечных анастомозов.

С повреждениями кишечника было 17 (4,5%) детей из 373, перенесших оперативное вмешательство на тонкой кишке. В 9 (52,9%) случаях повреждения кишки возникли в результате непосредственного удара в живот; в 1 (5,9%) – при падении с высоты; в 1 (5,9%) случае в дорожно-транспортном происшествии. У 6 (35,3%) больных органы ЖКТ были повреждены инородными телами со стороны просвета кишечника. В 1 наблюдении разрыв желудка сочетался с множественными гематомами кишечника вследствие ударов в живот родителями (криминальный случай). Характер повреждений кишки оценивали в соответствии

шкалой американской ассоциации хирургов травмы AAST (The American Association for the Surgery of Trauma). Согласно которой, повреждения кишечника подразделены на изолированные – (повреждения одного органа) – 10 (58,8%); множественные (повреждения кишечника и другого органа брюшной полости) – 5 (29,4%); сочетанные (повреждения кишечника и органа другой анатомической области) – 2 (11,8%).

Среди воспалительных заболеваний кишечника преобладал НЭК у 52 (13,9%) больных. На ранней стадии патологии поступили 32 (61,5%), что соответствует Ib и IIa стадии заболевания. Из-за прогрессирования патологии им выполнили операции. 20 (38,5%) больным с IIb, IIIa, IIIb стадией заболевания выполнили паллиативные вмешательства в других стационар, затем направлены в нашу клинику. 16 (30,7%) детей с НЭК родились недоношенными, 5 (31,1%) – глубоко недоношенными в сроки гестации от 28 до 32 недель со средней массой тела  $1613,5 \pm 75,6$  гр.

С болезнью Крона 3 (0,8%) детей поступили из гастроэнтерологических отделений из-за прогрессирования патологии на фоне проведения повторных курсов комплексного консервативного лечения направлены в хирургический стационар для оперативного лечения – наложение энтеростомы для создания функционального покоя в тотально пораженной толстой кишке.

У 152 (40,8%) больных помимо основной патологии тонкой кишки диагностированы 542 различные сопутствующие аномалии и заболеваний других органов: в основной группе – 257 (47,4%) в группе сравнения – 285 (52,6%). Виды сопутствующих патологий: сердечно-сосудистой системы – 33, дыхательной системы – 72, пищеварительного тракта – 99, мочевыделительной системы – 26, центральной нервной системы – 77, недоношенности – 56 детей, явления гипотрофии – 101 детей, анемия – 78.

Обобщение клинических данных позволило нам сгруппировать патологии органов брюшной полости по их частоты, характеру поражения с учетом клинико-анатомических особенностей и разработать алгоритм диагностики с использованием результатов наиболее информативных методов исследования (рис.1).

Комплекс приведенных обследований позволяет верифицировать диагноз при различных патологиях тонкой кишки по ЭВМ программе: «Клинико-инструментальные критерии диагностики патологий тонкой кишки у детей» (DГУ 34147 UZ от 27.02.2024 г.).



**Рис. 1. Алгоритм диагностики патологий тонкой кишки у детей**

В четвертой главе диссертации «Оперативные вмешательства на тонкой кишке выполненные детям при патологиях органов брюшной полости» представлены анализ хирургической тактики и способы оперативных вмешательств. 357 (95,7%) больным оперативные вмешательства проведены по экстренным показаниям, 16 (4,3%) – в плановом порядке. У 336 (90,1%) лапаротомным доступом, 37 (9,9 %) – проведены видеоассистированные

операции. Способы операций на тонкой кишке определяли с учетом характера основной патологии и возникших осложнений (табл.2).

Таблица 2

**Виды выполненных первичных операций при патологиях органов брюшной полости у детей (n=373)**

Виды выполненных операций	Формы патологии органов брюшной полости								Всего:		
	Аномалия развития органов брюшной полости		Острые заболевания органов брюшной полости и их осложнения		Повреждения кишечника		Воспалительные заболевания кишечника				
	АГ	ГС	АГ	ГС	АГ	ГС	АГ	ГС	АГ	ГС	АГ+ГС
Операции без вскрытия кишки	5	2	19	14	–	–	–	–	24	16	40
Энтеротомия	9	7	3	2	7	5	–	–	19	14	33
Энтеростомия без резекции кишки:											
• Одноствольная	5	8	2	3	–	–	2	2	9	13	22
• Двуствольная	4	7	2	4	–	–	7	14	13	25	38
• Подвесные	–	–	–	–	–	–	1	3	1	3	4
Резекция кишки:											
а) с формированием анастомоза	36	25	11	16	1	1	–	–	48	42	90
б) формированием свища:											
• одноствольная	1	6	2	1	–	–	2	4	5	11	16
• двуствольная	11	14	12	25	2	1	6	14	31	54	85
• Т-образный анастомоз	3	1	1	1	–	–	–	–	4	2	6
• Bishop-Кооп	2	–	–	–	–	–	–	–	2	–	2
Лапароскопические операции:											
• резекция с наложением стомы	4	–	–	–	–	–	–	–	4	–	4
• резекция с анастомозом	24	–	–	–	–	–	–	–	24	–	24
• энтеростомия	5	–	–	–	–	–	–	–	5	–	5
• энтеротомия	4	–	–	–	–	–	–	–	4	–	4
<b>Всего:</b>	<b>113</b>	<b>70</b>	<b>52</b>	<b>66</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>18</b>	<b>37</b>	<b>193</b>	<b>180</b>	<b>373</b>
	<b>183</b>		<b>118</b>		<b>17</b>		<b>55</b>		<b>373</b>		

40 (10,7%) больным оперативные вмешательства на тонкой кишке выполнены без вскрытия ее просвета. Ограничились разделением спаек, раскручиванием кишки при завороте, дезинвагинацией при кишечной инвагинации, энтеропликацией при спаечной кишечной непроходимости и отсутствии фиксации кишечника.

У 37 (9,9%) больных вмешательства на тонкой кишке сопровождались вскрытием ее просвета – энтеротомией: из них 33 вмешательства выполнены традиционным открытым методом и 4 – лапароскопически. Из них в 19 (57,6%) случаях после вскрытия просвета кишки проводили иссечение мембран тощей (5) и подвздошной кишки (10) и удаление инородных тел из их просвета (4). Операции завершали восстановлением целостности кишки двурядными швами в косопоперечном направлении. Подобную тактику применили при клиновидном иссечении дивертикула Меккеля (ДМ) (у 2 больных) и ограниченных перфорациях травматического и воспалительного характера (у 10 больных). При ДМ с узким диаметром выполняли перевязку и отсечение у основания, культю погружали в кисетный шов (у 2 больных).

В 227 (60,8%) наблюдениях возникла необходимость в резекции отделов с удалением патологической части тонкой кишки различной протяженности: у 199 (87,7%) больных вмешательства выполнены традиционным открытым методом и

у 28 (12,3%) – лапароскопическим методом. Резекция в пределах 15-20 см (короткая резекция) выполнена 149 (65,6%) больным; 21-50 см (непротяженная резекция) – 55 (24,2%); 51-100 см (обширная резекция) – 23 (10,2%) больным.

У 114 (30,5%) больных операции завершены наложением первичных межкишечных анастомозов: энтеро-энтероанастомоз – 101 (88,6%) (из них с формированием Т-образного тонкокишечного соустья у 4 больных); энтеро-колоанастомоз – 13 (11,4%).

У 182 (48,8%) больных операции завершены наложением кишечных стом. Показания, вид и уровень формирования кишечной стомы мы определяли с учетом характера основного заболевания, возникших осложнений, варианта реконструктивной операции. Формирование тонкокишечного свища предполагает полное или частичное выключение участка кишки при прогрессирующем перитоните и паралитической кишечной непроходимости, усугубляющей состояние ребенка.

У 113 (59,9%) больных после резекции кишки операции завершены формированием стомы, из них: аномалий развития кишечника – у 42 (37,2%), острые заболевания органов брюшной полости – 42 (37,2%), НЭЖ – у 26 (23,0%) и травматических повреждений кишечника – у 3 (2,6%).

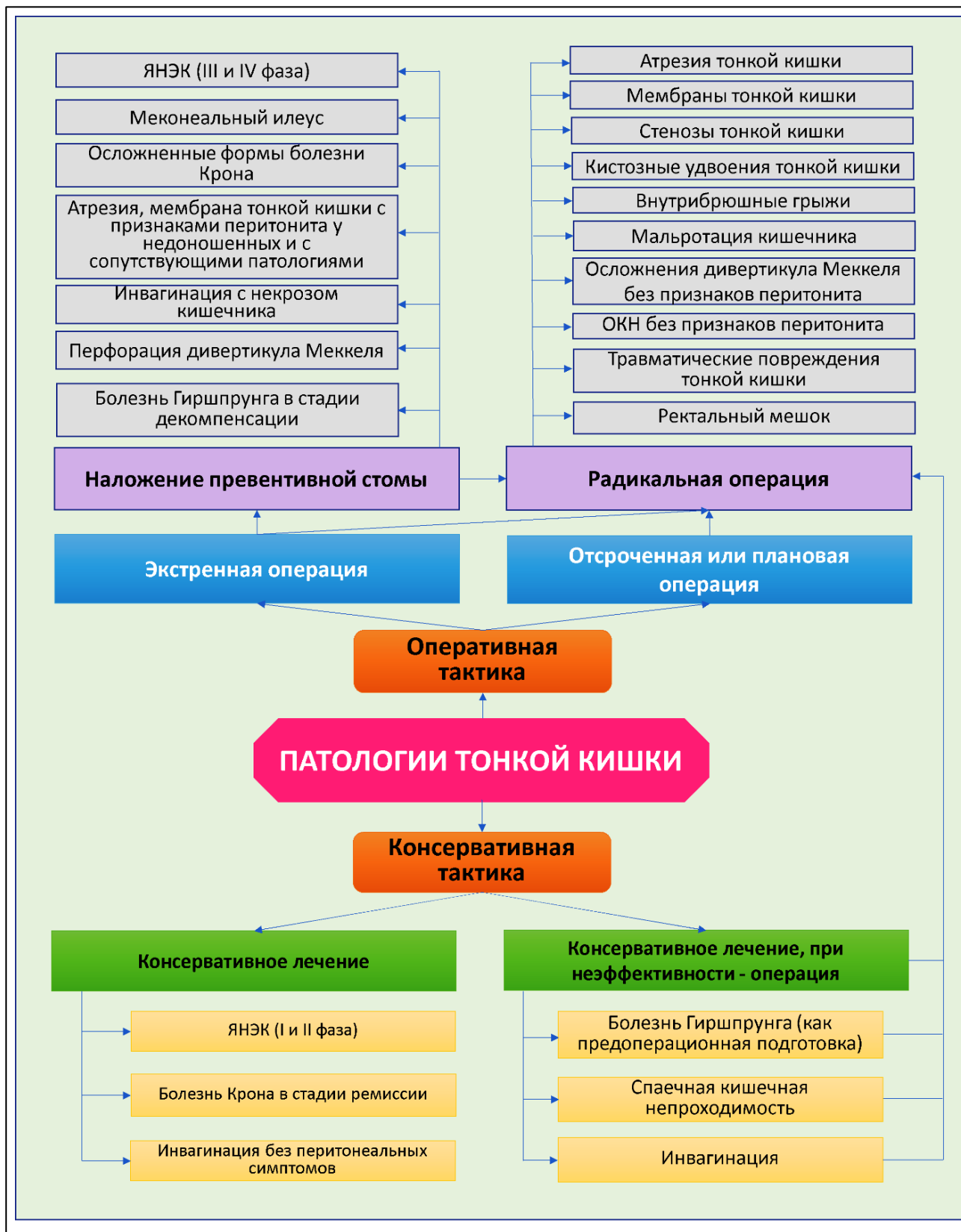
У 64 (35,2%) больных операции завершены с формированием тонкокишечной стомы без резекции кишечника. При воспалительных заболеваниях кишечника (болезнь Крона – у 3 больных (4,7%), НЭЖ – у 4 (6,3%)) для создания функционального покоя в зонах поражения кишечника. 45 (70,3%) больным тонкокишечный свищ сформирован при прогрессирующем перитоните и паралитической кишечной непроходимости, запущенных формах перитонита, релапаротомиях предпринятых при острых заболеваниях органов брюшной для улучшения моторно-эвакуаторной функции кишечника. Формирование тонкокишечного свища выполнено 7 (10,9%) больным с редкими формами аноректальных мальформаций при отсутствии или недоразвитии толстой кишки и с тотальной формой болезни Гиршпрунга 5 (7,8%) больным для подготовки к реконструктивным операциям.

У 5 (4,9%) из 37 видеоассистированные операции завершены наложением стомы.

Таким образом, формирование тонкокишечного свища выполнено в 182 (48,8%) случаях.

Срок и метод закрытия временных кишечных стом определяли с учетом состояния ребенка, длительности воспалительного процесса в брюшной полости, состояния стомированных сегментов кишки, завершения хирургической коррекции врожденного порока. Оптимальным сроком закрытия стомы считаем 6-8 недель после наложения.

Обобщение клинического материала позволило разработать алгоритм хирургической тактики при патологиях органов брюшной полости (рис.2) и ЭВМ программу: «Хирургическая тактика при патологиях тонкой кишки у детей» (DGU 34144 UZ от 27.02.2024 г.).



**Рис.2. Алгоритм хирургической тактики при патологиях органов брюшной полости у детей**

Основными методами хирургической коррекции атрезий кишечника, как наиболее частой причины врожденной непроходимости в неонатальном периоде явилось адаптированные, прямые межкишечные соустья или Т-образный анастомоз с

резекцией или без резекции кишки. При наложении межкишечного анастомоза новорожденным предпочтителен был однорядный непрерывный шов. В 16 случаев устранение причин непроходимости удалось путем энтеротомии. При различных осложнениях ВКН, перитоните, сочетанных пороках развития у 37 больных операции завершены с формированием энтеростомы в зависимости от уровня непроходимости. Основными принципами операций при мальротациях являются тщательная ревизия нарушений ротации, ликвидация явлений КН и выполнение аппендэктомии. Во время операции необходимо оценивать возможность придать тонкой, толстой кишке и брыжейке физиологическое положение, оперативной фиксации в виде завершённой ротации. Лапароскопическое вмешательство при ВКН у 37 (9,9%) новорожденных обеспечило адекватную коррекцию с минимумом интраоперационных осложнений и риска образования спаек; позволило сократить пребывания больных в стационаре.

Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, требующих операций на тонкой кишке самую большую группу представила инвагинация, выявленная у 163 (33,6%) из 485 больных. Диагностировали инвагинацию кишечника на основании жалоб, анамнеза, данных физикального и инструментального обследования. Внедрение УЗИ в диагностику позволило снизить лучевую нагрузку, установить возможные причины инвагинации и сопутствующих заболеваний (острый аппендицит, мезентеральный лимфаденит). Обзорную рентгенографию брюшной полости выполняли при клинической картине кишечной непроходимости и подозрении на осложнения. У детей грудного возраста клиническая картина, сходная с инвагинацией, может быть вызвана другими причинами, в том числе пороками развития. Результаты вспомогательных методов диагностики позволили определить тактику лечения при инвагинации кишечника и оценить результат консервативной дезинвагинации. В 4 стадии (стадия перитонита) заболевания были 24 (14,7%) больных, которым потребовалось экстренной оперативное лечение без предварительной консервативной терапии.

Консервативное расправление инвагинаций методом пневматической дезинвагинации было предпринято у 139 больных (больные 1, 2 и 3 стадии заболевания). Консервативная дезинвагинация была успешной у 112 (80,6%) больных. Критерием расправления инвагинации служило прохождение воздуха в терминальный отдел подвздошной кишки, а также исчезновение опухолевидного образования в брюшной полости. В 27 (19,4%) случаях консервативная терапия была безуспешной. Больные были оперированы.

Таким образом, всего 51 больным из 163 с инвагинацией кишечника проводилось оперативное лечение. Интраоперационно были выявлены следующие анатомические формы инвагинации: подвздошно-ободочная – 19 (37, 3%), подвздошно-слепободочная – 27 (52,9%), толсто-толстокишечная – 2 (3,9%) и тонкокишечная – 3 (5,9%).

У 30 (8%) больных с острой спаечной кишечной непроходимостью из 373 больных, потребовались релапаротомия с вмешательствами на тонкой кишке. Непроходимость у 13 (43,3%) пациентов развилась в срок от 7 до 30 дней – ранняя спаечная кишечная непроходимость (РСКН). У 17 (56,7%) детей процесс развился в срок от 1 месяца до 18 лет – поздняя спаечная кишечная непроходимость (ПСКН). У 10 (33,3%) пациентов ОСКН развилась после аппендэктомии, выполненной по поводу

различных форм острого аппендицита из аппендикулярного доступа. У 5 (16,7%) из них в анамнезе отмечено осложненное течение острого аппендицита и развитие перитонита. 2 (6,7%) больных ранее были оперированы по поводу нерасправленной консервативной инвагинации. В 1 (3,3%) случае лапаротомию выполнили по поводу закрытой травмы органов брюшной полости (разрыв печени и селезенки) и внутрибрюшного кровотечения. 6 (20%) детей оперированы в связи с пороками развития желудочно-кишечного тракта в период новорожденности и в грудном возрасте. В 6 (20%) случаях спаечный процесс развился после плановых оперативных.

Хирургическая тактика при дивертикуле Меккеля (ДМ) у 46 больных подбирали с учетом его диаметра и ширины у основания, характера осложнений, распространенности воспалительного процесса по длине и у основания образования, и в прилегающей стенке подвздошной кишки. Учитывалось также тяжесть состояния больных связанные с основным заболеванием и возникшими осложнениями. Выполнены следующие виды операций: дивертикулэктомия у 4 больных выполнено при диаметре основании ДМ до 10 мм аналогично типичной аппендэктомии с погружением культи в кисетный шов; дивертикулэктомия с клиновидной резекцией стенки подвздошной кишки – выполнено 5 больным при диаметре ДМ от 10 до 20 мм с инфильтрацией основания; сегментарная резекция кишки, несущей ДМ с анастомозом выполнено 28 больным при дивертикулите (у 12), при кровотечении из ДМ (у 1), при инвагинации ДМ (у 11) и ДМ при других формах КН (у 4); сегментарная резекция кишки, несущей ДМ с наложением стомы выполнено 9 больным при перфорации ДМ.

При некротизирующим энтероколите из оперированных 52 больных с IIb и IIIa фазой заболевания у 49 (94,2%) развился ранние осложнения: перфорация – 33 (67,3%) и кишечная непроходимость – 16 (32,7%). В 3 (5,8%) наблюдениях виде позднего осложнения возник постнекротический стеноз толстой кишки, установленные с учетом характера течения, данных клинического осмотра, рентгенологического и ультразвукового исследований.

В 20 (38,5%) наблюдениях первичные операции были проведены на местах виде ушивания перфорации поперечно-ободочной кишки с наложением подвешной илеостомы (у 2 больных), в остальных 18 (90%) наблюдениях были проведены формирование различных вариантов энтеростомии без резекции кишки у 10 с резекцией отделов кишки – у 8. На заключительный этап лечения – закрытие стом поступили к нам.

В 32 (61,5%) наблюдениях первичные и последующие операции проведены у нас в клинике в зависимости от характера и протяженности поражения. При локальных и сегментарных поражениях близлежащих отделов друг от друга тонкой кишки в расстоянии 4-5 см у 4 (12,5%) больных проведена резекция пораженной зоны (зон) кишки с наложением первичного анастомоза. При протяженных формах поражения, чередующихся зоной некротических изменений с умеренными расстройствами кровообращения в тонкой кишке, проводили резекцию зоны поражения со стомированием проксимальной петли (у 2 (6,2%) больных). При IIb стадии заболевания с явлениями кишечной непроходимости без перфорации выполняли двойную раздельную энтеростому (2 (6,2%) больных). В 6 (18,9%) наблюдениях с сегментарными очагами кровообращения различной протяженности (в одном отрезке

– 4, в другом отрезке – 2) на расстоянии между ними в пределах 10-15 см – выполнили также формирование двойной энтеростомии. При локализации некротического участка, расположенного в пределах тощей кишки у одного ребенка, после резекции измененного отдела формировали T-образную энтеростомию (у 1 (3,1%). При НЭК Ша и Шб стадии 5 (15,6%) больным провели органосохраняющую резекцию тонкой кишки с формированием двойной раздельной энтеростомы. При НЭК Шб и IV стадии при некроза участка кишки у 5 (15,6%) больных провели резекция кишки с двойной раздельной энтеростомией. У 3 (9,4%) больных в Шб стадии НЭК с перфорацией выполнено ушивание перфорации ободочной кишки с наложением двойной илеостомы. Одному (3,1%) недоношенному ребенку с НЭК осложнившейся с перфорацией кишечника явлениями полиорганной недостаточности и нестабильной гемодинамикой находящемся в крайне тяжелом состоянии выполняли лапароцентез. Данное вмешательство способствовала некоторому уменьшению внутрибрюшного давления и улучшения вентиляции легких, однако на фоне нарастания явлений эндотоксикоза на 3 сутки наступил летальный исход. При аутопсии установлен субтотальный некроз толстой кишки с охватом части тонкого кишечника. В 3 (9,4%) наблюдениях поступления детей с поздними осложнениями НЭК проявившейся со стенозом отделов толстой кишки различной протяженности, из-за сохранившейся воспалительных явлений проводилась наложение терминальной энтеростомии. Повторные операции по ликвидации стомы проводили через 6-10 недель после основной операции.

С повреждениями кишечника было 17 (4,5%) детей из 373, перенесших оперативное вмешательство на тонкой кишке. В 9 (52,9%) случаях повреждения кишки возникли в результате непосредственного удара в живот; в 1 (5,9%) – при падении с высоты; в 1 (5,9%) случае в дорожно-транспортном происшествии. У 6 (35,3%) больных органы ЖКТ были повреждены инородными телами со стороны просвета кишечника. В 1 наблюдении разрыв желудка сочетался с множественными гематомами кишечника вследствие ударов в живот родителями (криминальный случай).

Характер повреждений кишки оценивали в соответствии шкалой американской ассоциации хирургов травмы AAST (табл.3).

Таблица 3

**Характер повреждений кишки по шкале американской ассоциации хирургов травмы AAST**

<b>Степен повреждение по AAST</b>	<b>Кол.больных (%)</b>
I ст. – ушиб, гематома кишки или брыжейки, нетрансмуральный разрыв кишки	1 (5,9%)
II ст. – малый (менее 50% окружности) разрыв кишки	11 (64,7%)
III ст. – большой (более 50% окружности) разрыв кишки	4 (23,5%)
IV ст. – полный разрыв кишки (100% окружности)	1 (5,9%)
V ст. – разрыв кишки с потерей тканей, деваскуляризация сегмента	-
<b>Всего:</b>	<b>17 (100%)</b>

Единственным надежным методом лечения повреждений кишки является хирургическое вмешательство. Согласно рекомендациям AAST, повреждения кишечника I степени можно лечить консервативно. В 2 (16,7%) наблюдениях повреждения кишки I ст. с ушибом и гематомой брыжейки диагностированы во время операции по поводу тупой травмы органов брюшной полости. У одного с разрывом желудка, у второго – с повреждением правой доли печени I ст. В этих наблюдениях специальные хирургические вмешательства по поводу повреждения кишечника не требовались. Соответствующая тактика применена по поводу разрыва желудка и печени. Травма кишки II-V степени требует экстренного хирургического вмешательства. В наших наблюдениях оперативное вмешательство проведено в срок от 2 до 6 часов 10 (83,3%) больным, от 7 до 12 часов – 2 (16,7%). С момента поступления в стационар: от 2 до 6 часов – 5 (41,7%), от 7 до 20 часов – 7 (58,3%) после травмы. Обязательным условием является тщательная санация брюшной полости, ревизия всех отделов ЖКТ для установления или исключения множественных повреждений. При изолированных и сочетанных повреждениях кишечника зоны поражения были обнаружены в желудке – у 1, тощей кишке – у 8, подвздошной кишке – у 5, толстой кишке – у 3 больных. Вид операций определялись в зависимости от тяжести и характера повреждения (табл.4).

Таблица 4

**Операции при изолированных, множественных и сочетанных повреждениях кишечника (n=17)**

Вид проведенной операции	Изолированные повреждения					Множественные повреждения *	Сочетанные повреждения *
	1 ст	2 ст	3 ст	4 ст	5 ст		
Клиновидная резекция кишки	-	1	-	-	-	-	-
Сегментарная резекция кишки с анастомозом	-	-	1	-	-	-	-
Сегментарная резекция кишки с наложением стомы	-	-	1	-	-	2*	-
Ушивание кишки	-	7	-	-	-	3*	2**
<b>Всего:</b>	-	8	2	-	-	5	2

Примечание: \* множественные повреждения (разрыв желудка + множественные ушибы и гематомы кишечника); \*\* сочетанные повреждения (сотрясение гол мозга+ повр. кишечн. I ст. -1, повреждения печени + повреждения кишки Iст.-1».

В пятой главе диссертации «**Непосредственные и отдаленные результаты лечения**» анализируются общие принципы ведения и течение послеоперационного периода ее исходов разделив на непосредственные и отдаленные результаты лечения. У 236 (63,3%) из 373 детей послеоперационный период протекал гладко. У 137 (36,7%) – развились различные осложнения, которые подразделены на общехирургические у 55 (23,2%), специфические у 98 (41,4%), соматические у 84 (35,4%).

Анализ материала свидетельствуют при относительно низких показателях летальности довольно высокие показатели различных осложнений (табл.5). Большая отягощенность послеоперационного течения среди новорожденных – 61 (44,5%), и детей раннего возраста – 47 (34,3%) были обусловлены характером и возникшими осложнениями заболеваний, и сопутствующих состояний за счет интранатальных нарушений. Из 373 больных выписаны из стационара 366 (98,1%). Из 373 больных выписаны из стационара 366 (98,1%). Умерли 7 (16,1%) больных (основная группа – 2 (1,08%); группа сравнения – 5 (2,11%)): 5 (71,4%) – новорожденные, 2 (28,6%) – дети раннего возраста. Сравнительный анализ непосредственных результатов лечения и послеоперационной летальности у больных основной группы оказались лучше. Это можно объяснить усовершенствованием и оптимизацией тактико-технических аспектов периоперационного и послеоперационного ведения больных.

Таблица 5

**Сравнительная характеристика частоты послеоперационных осложнений и летальности среди больных основной и группы сравнения (n=267)**

Характер и общее число послеоперационных осложнений	Основная группа (n=184)		Группа сравнения (n=189)	
	Число	%	Число	%
Общехирургические (n=55)	18	9,8	37	19,6
Специфические (n=98)	24	13,0	74	39,1
Соматические (n=84)	25	13,6	59	31,2

Отдаленные результаты лечения в срок от 6 мес. до 10 лет отслежены у 267 (72,9%) из 366 выписанных больных на основе стационарного (188 – 70,4%) и амбулаторного обследования (79 – 29,6%). Среди них 139 (52,1%) пациентов основной группы, 128 (47,9%) – группы сравнения.

Оценка отдаленных результатов лечения проводили по адаптированному методу Clavien-Dindo с учетом жалоб пациента, физического развития ребенка, объективных данных клинического осмотра, лабораторных показателей и результатов вспомогательных методов диагностики. По совокупности различали хорошие, удовлетворительные, неудовлетворительные результаты (табл.6).

**Сравнительная характеристика отдаленных результатов оперативного лечения больных основной и группы сравнения (n=267)**

Результаты лечения	Основная группа (n=159)		Группа сравнения (n=108)	
	Число	%	Число	%
Хорошие (n=169)	113	71,1	56	51,9
Удовлетворительные (n=72)	39	24,5	33	30,5
Неудовлетворительные (n=26)	7	4,4	19	17,6
<b>Всего:</b>	<b>159</b>	<b>100</b>	<b>108</b>	<b>100</b>

Эффективность разработанной тактики подтверждается сравнительным снижением частоты общехирургических осложнений – с 19,6% до 9,8% и специфических осложнений – с 39,1% до 13,0%, летальных исходов – с 2,6 до 1,1%, увеличением количества больных с хорошими отдаленными результатами по сравнению с контрольной группой – с 51,9% до 71,1%, почти втрое снизилось число неудовлетворительных результатов – с 17,6% до 4,4% в сравниваемых группах.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

1. Оперативные вмешательства на тонкой кишке наиболее часто проводятся при аномалиях органов брюшной полости (49,0%) и собственной патологии кишечника проявляющейся виде острых хирургических заболеваний, некротизирующего энтероколита и травматических повреждений (51%). Необходимость в превентивной энтеростомии возникает при отсутствии положительного эффекта от комплексной консервативной терапии воспалительных заболеваний кишечника.

2. Хирургические заболевания органов брюшной полости врожденного и приобретенного генеза имеют особенности в своем течении. Использование алгоритма диагностики повысило качество верификации клинико-анатомических вариантов, выявление сопутствующих состояний, возможных осложнений, позволило конкретизировать показания к проведению оперативного вмешательства и на 80,6% увеличить консервативную тактику при инвагинации кишечника.

3. Составленный алгоритм хирургической тактики с учетом клинических данных и вспомогательных методов диагностики и интраоперационных находок, позволил определить показания к основному виду оперативного вмешательства в виде одноэтапной радикальной 191 (51,2%), поэтапной тактике 182 (48,8%).

4. Способ оперативного вмешательства определяется видом анатомических вариаций патологии с учетом характера возникших осложнений используя один из подходящих методов посредством лапаротомии или видеосистирования -

манипуляции в кишечнике без вскрытия ее просвета (10,7%), энтеротомия с устранением причин патологии (9,9%), резекция кишечника с восстановлением непрерывности кишки (30,6%), резекция кишечника с формированием стома (30,3%), наложение кишечную стому без резекции кишечника (18,5%).

5. Предлагаемые нами диагностические и оперативно-тактические подходы позволили снизить частоту общехирургических осложнений – с 19,6% до 9,8% и специфических осложнений – с 39,1% до 13,0%, послеоперационной летальности – с 2,6% до 1,1%; повысить хорошие отдаленные результаты с 51,9% до 71,1%; снизить неудовлетворительные результаты с 17,6% до 4,4% по сравнению с контрольной группой.

6. Экономическая эффективность работы заключается в улучшении диагностики, верификации клинических форм, характера поражения, снижении частоты осложнений. В результате сократилось пребывание больных в стационаре на 3,3 койко-дня. При среднем ежедневном расходе стационарного лечения на одного пациента 536.639 сумов экономия составляет 1.770.909 сум на курс лечения.

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

**MARKAEV ABDUMUMIN YAKSHIBOEVICH**

**SELECTION OF INDICATIONS AND TACTICAL APPROACHES TO  
RESECTION OR STOMY OF THE SMALL INTESTINE IN CHILDREN**

**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 Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under No. B2020.2.PhD/Tib1305**

The dissertation was completed at the Tashkent Pediatric Medical Institute.

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

**Scientific advisor:** **Ergashev Shamsiddin Nasriddinovitch**  
Doctor of Medical sciences , professor

**Official opponents:** **Akilov Habibulla Atovullayevich**  
Doctor of Medical Sciences, Professor.

**Yusupov Shuxrat Abdurasulovich**  
Doctor of Medical Sciences, Professor.

**Lead organization:** **Kazakh National Medical University  
named after S. D. Asfendiyarov**

Defence of the dissertation will be held on “ “-----2025 at -----at the meeting of Scientific Council DSc.04/01.02.2022Tib.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

**E.A. Satvaldiyeva**

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

## **Relevance of the dissertation topic.**

According to WHO experts, pathology of the gastrointestinal tract (GIT) in children is one of the serious health problems of the younger generation among acquired and congenital diseases. In recent decades, the incidence of digestive diseases in children and adolescents has increased by 30%. Despite the significant technological update of medicine, patients of all ages with acute surgical diseases of the abdominal organs continue to be admitted late, they are operated on late due to complications that have arisen. Gastroenterological pathology in childhood affects the development of digestive diseases in adults. Anomalies in the development of the gastrointestinal tract and acute processes are diverse - in nosological forms, multifaceted in clinical manifestations and are dangerous for various life-threatening complications.

### **Degree of knowledge of the problem**

As a result of numerous studies carried out around the world, new data on the etiology, pathogenesis, methods of diagnosis and treatment of many diseases of the digestive system have been obtained. However, modern scientific aspects of pediatric gastroenterology are not always perceived by practitioners. This is due not only to the large amount of specialized information, but also to the contradictory interpretation of the data by different specialists. Late visit to the doctor is noted in 37% of patients, in 1/3 of cases, the clinical manifestations of diseases are assessed incorrectly.

**The purpose of the study** is to improve the results of main and simultaneous operations on the small intestine for its pathologies and developmental anomalies and acquired diseases of the abdominal organs in children.

### **Research objectives:**

determine the frequency and range of diseases of the abdominal organs of congenital and acquired origin, requiring surgical interventions on the small intestine in children of different age groups;

establish the characteristics of the course of diseases, indications for various types of examinations; develop a diagnostic algorithm;

determine indications for operations on the small intestine, develop an algorithm for therapeutic tactics and rational management of children after operations;

evaluate the immediate and long-term results of treatment of single-stage and staged operations; justify the effectiveness of the proposed diagnostic and treatment tactics.

**Object of the study:** 485 children aged from 1 day to 18 years with anomalies, acute surgical diseases of the abdominal organs of traumatic and inflammatory origin.

**Subject of the study:** comprehensive assessment of the child's somatic status, anatomical and functional state of the abdominal organs at the stages of surgical treatment.

**Research methods:** general clinical, radiological (general radiography, passage of barium through the gastrointestinal tract, contrast irrigography, excretory urography), ultrasound, MSCT; special functional, instrumental and morphological methods.

### **Scientific novelty of the research:**

based on large clinical material, the frequency and nosological forms of diseases of the abdominal organs requiring surgical intervention in the small intestine have been established, depending on the nature of the pathology and the age of the children;

clinical features and anatomical variants were systematized;

the frequency and nature of concomitant and somatic pathologies that aggravate the immediate and long-term results of treatment have been established;

an algorithm of surgical tactics was proposed depending on the nature of the pathology and specific complications;

optimal options for management and rehabilitation after surgical treatment are proposed.

### **Practical results of the study:**

the proposed diagnostic tactics makes it possible to increase the information content of the organ affiliation and the nature of lesions of the abdominal organs;

organ-saving tactics during primary and repeated operations can reduce the risk of developing “short bowel” syndrome;

identification of combined defects and diseases makes it possible to determine the optimal tactics of surgical intervention and postoperative rehabilitation;

according to the developed tactics, the management of patients with small intestinal stoma allows to reduce the duration of parenteral nutrition and prevent the development of complications;

the research results are summarized in methodological recommendations and introduced into the practice of children's surgical departments of republican, regional and city medical institutions.

### **Scientific and practical significance of the research results**

The scientific significance of the results lies in additional data for the development of modern approaches to the diagnosis and treatment of children with diseases of the abdominal organs requiring surgical intervention in the small intestine. An integrated approach to diagnosis allows us to determine combined pathology, surgical tactics and postoperative rehabilitation. The proposed tactical approaches during operations and in the postoperative period can reduce the incidence of short bowel syndrome. The results of this study are included in the training program for students, masters and clinical residents in pediatric surgery at the Tashkent Pediatric Medical Institute.

The practical value of the work lies in the selection of the optimal method of surgical treatment at various stages of surgical treatment and postoperative rehabilitation, which allows to improve immediate and long-term treatment results. The results of the work can be used in medical institutions at various levels.

### **Structure and scope of the dissertation**

The dissertation consists of an introduction, five chapters, a conclusion, conclusions, practical recommendations and a list of references. The volume of text material is 149 pages, contains 23 tables and 17 figures.

**ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ**  
**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**  
**LIST OF PUBLISHED WORKS**

**I bo'lim (I часть; part I)**

1. Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Я. Диагностика, особенности хирургической тактики при патологиях дивертикула Меккеля у детей.// Евразийский вестник педиатрии. – Ташкент, 2023. – № 2. – С.27-33. (14.00.00. ОАК Rayosatining 2019-yil 30-avgustdagi 268/7.1-son qarori).

2. Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Я., Якубов Э.А. Показания к хирургическим вмешательствам на тонкой кишки при врожденных и приобретенных патологиях желудочно-кишечного тракта у детей и их результаты.// Педиатрия. – Ташкент, 2023. – №2. – С.156-163. (14.00.00. №16).

3. Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Я., Якубов Э.А. Хирургические вмешательства на тонкой кишке при аномалиях развития органов брюшной полости у детей.// Педиатрия. – Ташкент, 2023. – №8. – С.181-188. (14.00.00. №16).

4. Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Я. Осложнения при повреждениях желудочно-кишечного тракта у детей инородными телами.// Новый день в медицине. –Ташкент, 2023, – №6. – С.339-345. (14.00.00. №22).

5. Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Я., Саматов О.С. Инвагинация кишечника у детей диагностика, результаты консервативного и оперативного лечения.// Новый день в медицине. Ташкент. – 2023. – №10. – С.145-150. (14.00.00. №22).

6. Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Я. Диагностика и хирургическая тактика при повреждениях тонкой и толстой кишки у детей. // Хирургия Узбекистана. – Ташкент, 2024. – №1. – С. 111-115. (14.00.00. №9).

7. Ergashev N.Sh., Markaev A.Ya., Samatov O.S. Giant Meckel's diverticulum of thoracic localization in combination with intestinal malrotation and cervical spine anomaly in an infant: diagnostic challenges and tactical errors during the stages of surgical treatment // American Journal of Medicine and Medical Sciences. 2024, Vol. 14, (12):p. 3376-3383. DOI:10.5923/j.ajmms.20241412.63. (14.00.00. №2).

8. Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Я., Хуррамов Ф.М., Саматов О.С. Патологии дивертикула Меккеля у детей.// Вестник Национального детского медицинского центра. – Ташкент, 2024. – №1. – С.11-17. (14.00.00. №).

**II bo'lim (II часть; part II)**

9. Эргашев Н.Ш., Саматов О.С., Маркаев А.Я., Рахматуллаев А.А. Диагностика и особенности течения дивертикула Меккеля торакальной локализации при сочетанных пороках развития.// Архив педиатрии и детской хирургии. 2023;1(2):С. 60-68. Россия.

10. Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Я., Хуррамов Ф.М., Отаназаров Ж.У. Наш опыт лечения инвагинации кишечника у детей// Материалы ежегодной 15-научно-практической конференции Института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистана “Опыт и перспективы формирования здоровья населения” 8 ноября-Душанбе. – 2019. – С.197-198.

11. Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Я. Инвагинации кишечника у детей // Научно-практическая онлайн конференция, посвященная 35-летию кафедры Анестезиологии и реаниматологии ТашПМИ «Анестезия и интенсивная терапия в педиатрии и детской хирургии. Ташкент. – 2020. – С. 98-99.

12. Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Я., Аллаберганов И.К. Тонкокишечные стомы у детей, показания и результаты лечения // Современные аспекты диагностики и лечения хирургических заболеваний у детей» Международная онлайн конференция. Ташкент. 25 сентябрь 2020 г. – С. 190-192.

13. Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Я. Результаты восстановительных операций при энтеростомии у детей. // Современные аспекты диагностики и лечения хирургических заболеваний у детей» Международная онлайн конференция. 25 сентябрь 2020 г. – С. 184-185.

14. Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Я., Хуррамов Ф.М., Эргашев Б.С., Отаназаров Ж.У. Диагностика и лечения инвагинации кишечника у детей// Современные аспекты диагностики и лечения хирургических заболеваний у детей» Международная онлайн конференция. Ташкент. 25 сентябрь 2020 г. Сборник материалов. – С.188-190.

15. Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Я., Эргашев Б.С. Синдром объемного образования брюшной полости при острой хирургической патологии у детей // Современные аспекты диагностики и лечения хирургических заболеваний у детей» Международная онлайн конференция. Ташкент. 25 сентябрь 2020 г. Сборник материалов. – С.193-195.

16. Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Я., Якубов Э.А., Дусалиев Ф.М. Осложнения энтеростомии у детей // II-республиканского форума детских хирургов Казахстана с международным участием «Инновационные технологии в детской хирургии». г.Шымкент. 05-06 мая 2022 г. Сборник тезисов. – С.68.

17. Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Я. Хирургическая тактика при патологиях дивертикул Меккеля у детей. X юбилейный конгресс педиатров стран СНГ. «Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания» и II съезд детских хирургов центральной Азии 14-16 сентября 2023 года. Рес. Кыргызистан. – С.84-85.

18. Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Я., Хуррамов Ф.М., Дусалиев Ф.М., Аллаберганов И.К. Результаты лечения кишечной инвагинации у детей. Болалар миллий тиббиёт маркази ахборотномаси. Ташкент. – №1. – 2024. –С. 151-152.

19. Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Я., Бобокулов И.Х., Абдуазизов М.А. Особенности клинического течения и характер поражения при инородных телах желудочно-кишечного тракта у детей. Материалы Конгресса ассоциации детских хирургов Центральной Азии с международным участием “Инновационные технологии в педиатрии и хирургии детского возраста”. Душанбе. 2024 г. Сборник материалов. С.200-202.

20. Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Я., Болаларда ичак касалликларни клиник ва инструментал ташхислаш мезонлари. “Электрон хисоблаш машиналари учун яратилган дастурлар ва маълумотлар базаларининг хукуқий ҳимояси тўғрисида” Ўзбекистан Республикаси: DGU 202401913 27.02.2024 й

21. Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Я., Болаларда ичак касалликларида жаррохлик тактикаси. “Электрон хисоблаш машиналари учун яратилган дастурлар ва маълумотлар базаларининг хукуқий ҳимояси тўғрисида” Ўзбекистан Республикаси: DGU 202401911 27.02.2024 й

22. Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Я. Диагностика хирургических заболеваний органов брюшной полости требующие проведения оперативного лечения в тонкой кишке у детей. Методические рекомендации. Ташкент, 2024. – С.29.

23. Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Я. Тактика лечения хирургических заболеваний органов брюшной полости, требующий проведения оперативного лечения в тонкой кишке у детей. Методические рекомендации. Ташкент, 2024. – С.18.

Автореферат «\_\_\_\_\_» журнали тахририятида  
тахрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар ўзаро  
мувофиқлаштирилди.

Босмахона лицензияси:



**9338**

Бичими: 84x60 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>. «Times New Roman» гарнитураси.  
Рақамли босма усулда босилди.  
Шартли босма табағи: 3,5. Адади 100 дона. Буюртма № 15/25.

Гувоҳнома № 851684.  
«Тірографф» МЧЖ босмахонасида чоп этилган.  
Босмахона манзили: 100011, Тошкент ш., Беруний кўчаси, 83-уй.