

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА  
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ  
ТИББИЁТ МАРКАЗИ ва ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ  
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.27.06.2017.Tib.49.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**ОТАМУРАДОВ ФУРҚАТ АБДУКАРИМОВИЧ**

**ҚИЗ БОЛАЛАРДА АНОРЕКТАЛ ТУҒМА НУҚСОНЛАР АСОСИЙ  
КЛИНИК ТУРЛАРИ ТАШХИСОТИ ВА ДАВОЛАШ**

**14.00.35 – Болалар хирургияси**

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

**ТОШКЕНТ – 2018**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)**

**Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)**

**Отамурадов Фуркат Абдукаримович**

Қиз болаларда аноректал туғма нуқсонлар асосий клиник турлари  
ташхисоти ва даволаш..... 3

**Отамурадов Фуркат Абдукаримович**

Диагностика и лечение основных клинических форм аноректальных  
мальформаций у девочек..... 21

**Otamuradov Furkat Abdukarimovich**

Diagnosis and treatment of the main clinical forms of the  
anorectal malformations in girls..... 39

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ  
List of published works..... 42

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА  
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ  
ТИББИЁТ МАРКАЗИ ва ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ  
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.27.06.2017.Tib.49.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**ОТАМУРАДОВ ФУРҚАТ АБДУКАРИМОВИЧ**

**ҚИЗ БОЛАЛАРДА АНОРЕКТАЛ ТУҒМА НУҚСОНЛАР АСОСИЙ  
КЛИНИК ТУРЛАРИ ТАШХИСОТИ ВА ДАВОЛАШ**

**14.00.35 – Болалар хирургияси**

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

**ТОШКЕНТ – 2018**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида №В2017.1.PhD/Tib140 рақам билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Тошкент педиатрия тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифасида ([www.rscs.uz](http://www.rscs.uz)) ва «Ziynet» ахборот таълим порталида ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz)) жойлаштирилган.

|                            |                                                                                                                                                            |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Илмий раҳбар:</b>       | <b>Эргашев Насриддин Шамсиддинович</b><br>тиббиёт фанлари доктори, профессор                                                                               |
| <b>Расмий оппонентлар:</b> | <b>Шамсиев Азамат Мухиддинович</b><br>тиббиёт фанлари доктори, профессор<br><b>Бекназаров Жуманазар Бекназарович</b><br>тиббиёт фанлари доктори, профессор |
| <b>Етакчи ташкилот:</b>    | <b>Россия Федерацияси соғлиқни сақлаш вазирлиги «Н.И. Пирогов номидаги миллий тиббиёт-хирургия маркази»</b><br><b>федерал давлат бюджет муассасаси</b>     |

Диссертация ҳимояси Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази ва Тошкент тиббиёт академияси ҳузуридаги DSc.27.06.2017.Tib.49.01 рақамли Илмий кенгашининг 2018 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100115, Тошкент шаҳри, Кичик ҳалқа йўли 10-уй. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: [cs.75@mail.ru](mailto:cs.75@mail.ru), Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази мажлислар зали).

Диссертация билан Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (36-рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 100115, Тошкент шаҳри Кичик ҳалқа йўли 10-уй. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Диссертация автореферати 2018 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ куни тарқатилди.  
(2018 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_ рақамли реестр баённомаси).

**Ф.Г. Назиров**

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

**А.Х. Бабаджанов**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш  
илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори

**А.В. Девятов**

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

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

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, «туғма ривожланиш нуқсонлари таркибида аноректал мальформациялар (АРМ) 7% атрофида учрайди ва барча нуқсонлар ичида 9-ўринни эгаллайди»<sup>1</sup>. АРМ спектри жуда хилма-хил бўлиб, фақатгина якка аномалиялар ҳолида эмас, балки комбинациялашган анатомик вариантлар ҳолида учрайди ва улар диагностика ва хирургик коррекция масаласида мураккаб ҳисобланади. «Умумий популяция таркибида АРМ учраши анча баланд ҳисобланиб, янги туғилган чақалоқлар ичида 1:2000 - 1:5000 орасида бўлиб, ҳозирги вақтда камайишга мойил эмас»<sup>2</sup>. «АРМ турли клиник-анатомик вариантлари билан болаларнинг таркибида қиз болалар улушига 32,6% дан 55,6% гача тўғри келади»<sup>3</sup>. Кўпчилик ҳолларда бу патологиянинг клиник диагностикаси қийинчилик туғдирмайди, хирургик тактика ва оператив коррекциянинг конкрет усуллари танлаш эса ҳозирги кунгача баҳсли бўлиб қолмоқда. Даволашнинг узок муддатли натижаларини баҳолашда катта фарқланишлар мавжуд бўлиб, қониқарсиз функционал натижалар 10-60% ҳолларда учрайди. Натижаларни интерпретация қилишда турлича фикрлар шу билан боғлиқки, баҳолаш усуллари кўп жиҳатдан объектив эмас ва субъектив характерга эга бўлиб, бу кўрсаткичларнинг ишончилигини камайтириб юборади. Шу сабабли, аноректал нуқсонларнинг диагностика ва даволаш усуллари, хирургик коррекция муддатлари ва беморларнинг тиббий реабилитациясига дифференциал ёндашишни ишлаб чиқишга бўлган эҳтиёж янада кескин ҳис қилинмоқда.

Дунё тажрибасида бир қатор мақсадли илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда, шу жумладан, АРМ ва анатомик-функционал бузилишлар оғирлигини аниқлаш ҳамда бошқа аъзо ва системалар ривожланиш нуқсонларининг унга таъсирини баҳолаш. Кўрсатилаётган хизмат сифатини яхшилаш мақсадида ҳозирги кунда амалиётларнинг тактикаси, муддати ва ҳажмини дифференциал танлаш ва анъанавий усуллардан ишончилиги анчагина баланд бўлган замонавий фаол ривожланиб бораётган усулларни татбиқ этиш каби йўналишлар фаол ривожланиб бормоқда. Оператив коррекцияни танлашда асосланмаган тактикасини танлашга сабаб бўлиши мумкин бўлган нуқсоннинг шакли ва турини баҳолашда йўлга қўйилган ҳатолик сабаблари таҳлилининг аҳамияти шубҳасиздир. Юқорида таъкидланганлардан келиб чиқиб, ушбу тадқиқот қиз болаларда аноректал нуқсоннинг асосий клиник турларининг хусусиятлари ва хирургик амалиёт

<sup>1</sup> Шапов Н.Ф. Диагностика и лечение низких форм аноректальных пороков у новорожденных// Детская хирургия. – Москва, 2014. – №2. – С. 34-38.

<sup>2</sup> Gangopadhyay A.N., Pandey V. Anorectal malformations// J Indian Assoc Pediatr Surg. 2015. – Vol. 20, N 1. pp. 10–15.

<sup>3</sup> Иванов П.В., Современные возможности хирургического лечения аноректальных пороков у детей / П.В.Иванов // дис. канд. мед. наук: 14.00.35. - Москва, 2013. -С.35.

усулини танлашга асосланган ҳолда нуқсонларнинг ташхисоти ва давоси усуллари оптималлаштиришга бағишланган.

Ҳозирги кунда давлатимиз соғлиқни сақлаш тизимини ислохотлаштириш шароитида кўрсатилаётган тиббий хизматнинг юқори сифатини таъминлаш устувор йўналишлардан бири бўлиб ҳисобланади. Бу муаммонинг ҳал қилиниши «аҳоли ўртасида касалланиш даражаси ва ўлим кўрсаткичини камайтириш»га қаратилган 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлари билан чамбарчас боғлиқ<sup>4</sup>. Бу вазифаларни амалга ошириш, шу жумладан, қиз болаларда аноректал мальформациялар асосий клиник турларининг диагностикаси, хирургик амалиёт тактикаси ва усулини танлашни оптималлаштириш асосида комплекс текшириш ва хирургик коррекция натижаларини яхшилаш долзарб йўналишлардан бири бўлиб ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2014 йил 16 мартдаги ПФ-4985-сон «Шошилинч тиббий ёрдамни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Фармони, 2017 йил 20 июндаги ПК-3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарори ҳамда ушбу соҳада қабул қилинган бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни бажаришга мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

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

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** «20%-60,8% беморларда учрайдиган ёндош аномалиялар ва АРМ биргаликда учраганида хирургик амалиётнинг навбати, муддати, ҳажмини ва амалиётдан кейинги реабилитацияни танлашга индивидуал дифференциал ёндашиш зарур» (van der Bent A <sup>5</sup>). Minneci PC <sup>6</sup> фикрига кўра, «кўпчилиқ хирурглар бир босқичли радикал коррекцияни амалиёт вақтидаги асоратларнинг юқори хавфи билан боғлаб, болаларни босқичли даволашни тавсия этадилар (1 – колостома ўрнатиш, 2 – 3-6 ойдан сўнг радикал амалиёт)». Айрим тадқиқотчилар «колостома ўрнатмаган ҳолда амалиёт бажариладиган эҳтиёткор тактикага ён босадилар, чунки 50-70% беморларда у коррекцияловчи амалиётлардан кейин

---

<sup>4</sup> ЎзР Президентининг 07.02.2017й.даги ПФ-4947-сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги Фармони. Қонун ҳужжатлари тўплами.

<sup>5</sup> van der Bent A, Duggan EM, Fishman LN, Dickie BH. Reality check: What happens when patients with anorectal malformations grow up? A pilot study of medical care transition from the adult patient perspective. // J Pediatr Surg. 2018 Mar 2. pii: S0022-3468(18)30142-8.

<sup>6</sup> Minneci PC, Kabre RS, Mak GZ, Halleran DR, Cooper JN, Afrazi A, Calkins CM, Downard CD, Ehrlich P, Fraser J, Gadepalli SK, Helmuth MA, Kohler JE, Landisch R, Landman MP, Lee C, Leys CM, Lodwick DL, Mon R, McClure B, Rymeski B, Saito JM, Sato TT, St Peter SD, Wood R, Levitt MA, Deans KJ; Midwest Pediatric Surgery Consortium. Screening practices and associated anomalies in infants with anorectal malformations: Results from the Midwest Pediatric Surgery Consortium. // J Pediatr Surg. 2018 Mar 7. pii: S0022-3468(18)30164-7.

турли асоратларга сабаб бўлиши мумкин» (Dingemans AJM<sup>7</sup>, Wood RJ<sup>8</sup>).

Cairo SB<sup>9</sup> бошчилигидаги мутахассислар томонидан исботландики, «соғлиқни сақлаш амалиёти заҳирасида мавжуд бўлган кенг миқёсдаги барча усулларнинг мажмуаси даволашнинг узоқ муддатдаги натижаларини яхшилаш имконини беради, лекин шу кунгача ҳам ушбу патология билан болаларни даволаш – бу оғир, босқичли жараён бўлиб, нафақат нуқсоннинг оператив коррекциясини, балки ундан кейинги, баъзида боланинг вояга етгунича давом этувчи, узоқ муддатли ижтимоий-тиббий реабилитацияни ҳам ўз ичига олади». АРМ билан болаларни хирургик даволаш қониқарсиз натижаларининг асосий сабаблари қаторида диагностик хатоликлар, коррекциянинг ноадекват усули, уни ўтказиш муддатига риоя этмаслик кабилар эътироф этилади. Дунёнинг турли мамлакатларидан машхур олимлар, шу жумладан, Ўзбекистонлик болалар хирургларининг кўп йиллик тадқиқотлари АРМ билан болаларда умумий шифокор ва хирургик тактика, амалиётгача тайёргарлик ва ундан кейинги олиб боришга бағишланган монографиялар, қўлланмалар, диссертация ишлари ва журнал мақолаларида акс эттирилган<sup>10</sup>. Бироқ, коррекция ва тиббий реабилитация усулини танлашнинг кўпчилик масалалари охиригача ечимини топмаганича қолмоқда.

Адабиётларда келтирилган маълумотлар таҳлили шуни кўрсатдики, АРМ билан болаларнинг диагностикаси ва даволаш сифати анчагина яхшиланган, аммо, яққол кўриниб турибдики, даволаш ва рецидивлар ривожланишининг узоқ муддатли профилактика натижаларини яхшилаш учун эрта диагностиканинг янада самарали ва ҳаммамбоп усулларини ишлаб чиқиш ҳамда даволаш-диагностика босқичларини оптималлаштириш ушбу беморлар гуруҳини даволаш натижаларини яхшилашга ёрдам беради.

**Диссертация мавзусининг диссертация бажарилган олий таълим муассасаси илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Тошкент педиатрия тиббиёт институтининг «Болаларда туғма ва орттирилган касалликлар диагностикаси, даволаш ва профилактика усулларини такомиллаштириш» (2015-2017 йй.) мавзусидаги 0190006703-сон фундаментал илмий дастур доирасида бажарилган.

**Тадқиқотнинг мақсади** қиз болаларда аноректал мальформациялар асосий клиник турларининг диагностикаси, хирургик амалиёт тактикаси ва усулини танлашни оптималлаштириш асосида хирургик коррекция натижаларини яхшилашдан иборат.

---

<sup>7</sup> Dingemans AJM, Krois W, Rios JC, Wood RJ, Levitt MA, Reck-Burneo CA. Health literacy and health-related quality of life in patients with anorectal malformations: A comparison between a charity hospital in Honduras and a tertiary care center in the United States. // J Pediatr Surg. 2018 Feb 23. pii: S0022-3468(18)30116-7.

<sup>8</sup> Wood RJ, Levitt MA. Anorectal Malformations. // Clin Colon Rectal Surg. 2018 Mar;31(2):61-70.

<sup>9</sup> Cairo SB, Gasior A, Rollins MD, Rothstein DH; Delivery of Surgical Care Committee of the American Academy of Pediatrics Section on Surgery. Challenges in Transition of Care for Patients With Anorectal Malformations: A Systematic Review and Recommendations for Comprehensive Care. // Dis Colon Rectum. 2018 Mar;61(3):390-399.

<sup>10</sup> Аверин В.И., Ионов А.Л., Караваева С.А., Комисаров И.А., Котин А.Н., Мокрушина О.Г., Морозов Д.А., Николаев В.В., Новожилов В.А., Поддубный И.В., Смирнов А.Н., Пименова Е.С., Окулов Е.А. Аноректальные мальформации у детей // Детская хирургия. – Москва, 2015. – № 4. – С. 29-35.

### **Тадқиқотнинг вазифалари:**

қиз болаларда аноректал мальформациялар клиник-анатомик вариантларининг частотаси ва хусусиятларини ўрганиш;

аноректал мальформациялар асосий клиник турлари диагностикасида махсус текширув усулларининг самарадорлигини баҳолаш;

янги туғилган чақалоқ ва кўкрак ёшидаги болаларда асосий патологиянинг характери, ёндош аномалиялар ва соматик фонни ҳисобга олган ҳолда аноректал мальформациялар асосий клиник турларида оптимал даволаш тактикасини ишлаб чиқиш;

қиз болаларда аноректал мальформацияларида диагностик ва тактик хатолар ҳамда даволашдаги асоратлар профилактикасининг самарали чоратадбирларини ишлаб чиқиш;

қиз болаларда аноректал мальформацияларида колостома ўрнатишга абсолют ва нисбий кўрсатмаларни аниқлаш;

аноректал мальформациялари асосий клиник турларида бир босқичли ва кўп босқичли хирургик коррекциядан сўнг даволашнинг бевосита ва узоқ муддатдаги натижаларини ўрганиш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида 2004 йилдан 2015 йилгача бўлган даврда Тошкент педиатрия тиббиёт институти клиникасида аноректал мальформациялар билан оператив даволанган 1 кундан 15 ёшгача 160 нафар қиз болалар олинган.

**Тадқиқотнинг предмети** бўлиб хирургик даволаш босқичларида болаларнинг соматик статуси, кичик чаноқ аъзолари ва ораликнинг анатомо-функционал ҳолатини комплекс баҳолаш маълумотлари ҳисобланади.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Тадқиқотнинг мақсадига эришиш ва қўйилган вазифаларни ечиш учун қуйидаги усуллардан фойдаланилди: умумий клиник, рентгеноконтраст, ультратовуш, МСКТ, МРТ, махсус функционал ва инструментал текширув усуллари.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

болаларда аноректал аномалияларнинг оралик ва пастки оқмали турларининг хирургик коррекция усули ишлаб чиқилган;

қиз болаларда аноректал мальформациялар асосий клиник турларнинг клиник хусусиятлари ва диагностикаси ёрдамчи усулларининг маълумотлари системалаштирилган;

қўшилиб келган аномалиялар 94% ҳолларда боланинг ҳолатига салбий таъсир этмаслиги, бироқ амалиётдан кейинги функционал ва резидуал бузилишлар ёмонлашишига ундовчи омил бўлиши исботланган;

амалга оширилган даволаш тактикаси ва оператив амалиёт турли усулларининг қиёсий характеристикаси асосланган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

аноректал мальформацияларда ривожланиш нуқсонларининг қўшилиб келиши қонуниятлари ва частотаси аниқланган, бу эса ёндош аномалияларни аниқлашга қаратилган текшириш ўтказиш ҳамда хирургик даволаш ва амалиётдан кейинги реабилитация тактикасини танлашни оптималлаштириш



имконини берган;

аноректал мальформациянинг тури ва ёндош патология характерига боғлиқ равишда даволашнинг бевосита ва узоқ муддатли натижаларини яхшилашга кўмаклашувчи оператив-тактик ёндашувлар ишлаб чиқилган;

бирламчи радикал амалиёт бир босқичли тактикасига кўрсатмалар аниқлаштирилган ва улар превентив колостома ўрнатишни ва уни олиб юриш ва ёпиш даври билан боғлиқ бўлган асоратларни қисқартириш имконини берган;

диагностик ва тактик хатоликлар, асоратлар характери ва сабаблари ҳамда узоқ муддатли даволаш натижаларини комплекс ўрганиш маълумотлари асосида реабилитацион чора-тадбирларнинг оптимал дастури ишлаб чиқилган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончилиги.** Тадқиқот натижаларининг ишончилиги қўлланган замонавий, амалиётда кенг қўлланувчи лаборатор, ультратоувш, рентгенологик, компьютер-томографик ва эндоскопик текширув усуллари билан тасдиқланган. Олинган барча натижа ва хулосалар далилий тиббиёт принципларига асосланган. Статистик ишлов бериш олинган натижаларнинг ишончилигини тасдиқлаган.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти олинган ҳолатлар, хулоса ва таклифлар қиз болаларда аноректал мальформациялар турли клиник турлари кечишининг клиник-функционал хусусиятларини ўрганишга катта хисса қўшишидан иборат. Бу патологиянинг клиник хусусиятлари ва диагностиканинг ёрдамчи усуллари маълумотлари системалаштирилган. Аноректал мальформацияларда ривожланиш нуқсонларининг қўшилиб келиши қонуниятлари ва частотаси аниқланган, бу эса ёндош аномалияларни аниқ мақсадга қаратилган қидирувини ўтказиш, хирургик даволаш ва амалиётдан кейинги реабилитациянинг оптимал тактикасини аниқлаш имконини берган. Ишнинг айрим натижалари аноректал мальформациялар билан болаларни диагностикаси ва даволаш бўйича магистрлар ва клиник ординаторларни ўқитиш дастурининг таркиби ва структурасини такомиллаштириш мақсадида қўлланиши мумкин.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти ундаги асосий хулоса ва тавсиялар турли даражадаги тиббиёт муассасаларида аноректал мальформация билан болаларни диагностикаси ва даволашда қўлланиши мумкинлигидан иборат. Амалга оширилган тактика ва оператив амалиёт турли усуллари кийёсий характеристикаси ўтказилган, бу эса бола ҳаётининг 3-6 ойлик муддатигача кечиктирган шароитда бир босқичли радикал коррекциянинг мақсадга мувофиқлигини асослаб бериш имконини берган. Клиник ва махсус текширувлар маълумотларини қийслаш даволашнинг бевосита ва узоқ муддатларида функционал ва резидуал бузилишларнинг юзага келиши ва ривожланишининг сабабларини аниқлашга ёрдам беради.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** Қиз болаларда аноректал мальформацияларнинг хирургик коррекцияси натижаларини

яхшилашга бағишланган тадқиқот бўйича олинган илмий натижалар асосида: ишлаб чиқилган «Болаларда аноректал аномалияларнинг оралиқ ва пастки оқмали турларида хирургик коррекция усули»га Интеллектуал мулк агентлигининг ихтирога патенти олинган (IAP 04995-сон патент, 2014 йил). Таклиф этилган усул аноректал мальформациялар билан беморларни даволашнинг бевосита ва узоқ муддатдаги натижаларини яхшилаш имконини берган;

«Болаларда аноректал аномалиялар диагностикаси ва даволаш» услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 31 январдаги 8н-д/19-сон маълумотномаси). Таклиф этилган тавсиялар аноректал аномалиялар диагностикаси сифатини ошириш, амалиётдан кейинги асоратлар частотасини камайтириш имконини берган;

қиз болаларда аноректал мальформацияларнинг хирургик коррекцияси натижаларини яхшилашга бағишланган тадқиқотнинг олинган илмий натижалари соғлиқни сақлаш амалий фаолиятига, хусусан, Республика перинатал маркази ва Тошкент шаҳар 2-болалар хирургик клиник касалхонаси амалий фаолиятига (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 31 январдаги 8н-д/19-сон маълумотномаси) татбиқ этилган. Аноректал мальформация билан қиз болалар учун таклиф этилган диагностика ва даволаш комплекси текширишлар ва хирургик даволаш сифатини яхшилаш, асоратлар частотасини 10,1% дан 3,2% гача ва ўлим кўрсаткичини қисқартириш имконини берган.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Тадқиқот натижалари илмий-амалий конференцияларда, шу жумладан, 3 та халқаро ва 4 та республика анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши.** Диссертация мавзуси бўйича жами 25 та илмий иш чоп этилган, шу жумладан, 8 та мақола, улардан 5 таси республика ва 3 таси хорижий журналларда, барчаси Ўзбекистон Республикаси ОАК докторлик диссертацияларининг асосий илмий натижаларини эълон қилиш учун тавсия этган илмий нашрларда чоп этилган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация таркиби кириш, бешта боб, хулосалар, фойдаланилган адабиётлар рўйхати ва иловалардан ташкил топган. Диссертациянинг ҳажми 120 бетни ташкил этади.

## **ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ**

**Кириш** қисмида ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқот мақсади ва вазифалари турлантирилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги баён қилинган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиқ берилган, тадқиқот натижаларининг апробацияси ва эълон қилиниши тўғрисида, диссертациянинг ҳажми ва қисқача таркиби тўғрисида маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Аноректал мальформациялар тўғрисида замонавий тушунча: диагностика ва даволаш усуллари**» деб номланган биринчи бобида адабиётлардаги маълумотлар шарҳи баён этилган бўлиб, у

аноректал мальформациялар частотаси, тарқалиши, этиопатогенезнинг жиҳатлари, патологиянинг клиник-анатомик турлари, классификацияси, диагностика усуллари, хирургик коррекция усуллари эволюциясига бағишланган. Тактикани танлаш, даволашнинг бевосита ва узоқ муддатдаги натижалари, шунингдек, ишлаб чиқишни давом эттиришни талаб қилувчи баҳсли масалалар келтирилган.

Диссертациянинг иккинчи боби «**Клиник материалнинг умумий тавсифи ва тадқиқот усуллари**»да материал ва тадқиқот усуллари келтирилган. Тадқиқот 2004-2015 йилларда ТошПТИ госпитал болалар хирургияси кафедрасининг клиник базалари (Тошкент шаҳри 2-сонли болалар клиник хирургик касалхонасининг режали ва шошилиш жарроҳлик бўлимлари ҳамда Республика перинатал маркази неонатал хирургия бўлими) да АРМ ташхиси бўйича кузатишган 432 нафар боладан ушбу патологиянинг асосий клиник шакллари билан оғриган 160 нафар қиз болани ташхислаш ва даволаш натижаларини таҳлилига асосланади. Болаларнинг ёши бир кунликдан 15 ёшгача бўлган: шундан чақалоқлар – 14 (8,75%); 29 кунликдан 3 ойликгача бўлган гўдаклар – 16 (10,0%); ойликдан 1 ёшгача бўлган кўкрак ёшидаги болалар – 92 (57,5%); 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган болалар – 16 (10,0%); 3 ёшдан 7 ёшгача – 16 (10,0%); 7 ёшдан 15 ёшгача – 6 (3,75%) нафарни ташкил этган. Беморлар АРМнинг Крикенбекда қабул қилинган халқаро таснифига мувофиқ тақсимланди (1-жадвал).

**1-жадвал**

**Қиз болаларнинг ёшига кўра АРМ нозологик шакллари (n=160)**

|                       | Нозологик шакллар              | Беморларнинг ёши |                    |                     |                  |                  |                   | Жами       |
|-----------------------|--------------------------------|------------------|--------------------|---------------------|------------------|------------------|-------------------|------------|
|                       |                                | Чақалоқлар       | 29 кундан 3 ойгача | 3 ойликдан 1 ёшгача | 1 ёшдан 3 ёшгача | 3 ёшдан 7 ёшгача | 7 ёшдан 15 ёшгача |            |
| Асосий клиник турлари | Оқмасиз атрезия                | 11               | -                  | 1                   | -                | -                | -                 | 12         |
|                       | Ректооралик оқмали атрезия     | -                | 4                  | 8                   | 6                | 2                | 2                 | 22         |
|                       | Ректовестибуляр оқмали атрезия | -                | 6                  | 76                  | 9                | 12               | 4                 | 107        |
|                       | Клоака                         | 3                | 6                  | 5                   | 1                | 1                | -                 | 16         |
|                       | Анус стенози                   | -                | -                  | 2                   | -                | 1                | -                 | 3          |
|                       | Жами (%)                       | 14 (8,75%)       | 16 (10,0%)         | 92 (57,5%)          | 16 (10,0%)       | 16 (10,0%)       | 6 (3,75%)         | 160 (100%) |

2004-2015 йилларда ётқизилган болалар сони ва АРМнинг нозологик шакллари хилма-хиллиги бир меъёрда бўлмаган. 2004-2009 йилларда 65 (41%) нафар қиз бола ётқизилган. Ушбу гуруҳ беморларини клиник кузатиш материали муаллиф томонидан ретроспектив таҳлил асосида - таққослаш

гурухи сифатида ўрганилди. 2010-2015 йилларда 95 (59%) нафар бемор кузатилган (асосий гуруҳ), беморларни текшириш ва даволашда изланувчининг ўзи бевосита иштирок этган.

160 бемордан 136 (85,0%) нафарида бирламчи ташхис клиникада қўйилган; 24 (15,0%) бемор паллиатив операция (колостома қўйиш)дан кейин ёки бошқа даволаш муассасаларида аноректал аномалиялар бўйича ўтказилган бирламчи радикал операция асоратлари билан ётқизилган.

Комплекс текширувда 91 (56,9%) беморда бирга кечувчи 186 та ривожланиш нуқсони қайд этилган. 47 (51,6%) беморда қўшилиб келган аномалиялар алоҳида (изоляцияланган) ҳолатда, 44 (48,4%) беморда икки ёки ундан ортиқ тизимнинг 99 та қўшилган (кўп сонли ривожланиш нуқсонлари) аномалиялари аниқланган.

АРМ характери,юзага келган асоратлар табиатига кўра радикал ва паллиатив жарроҳлик аралашувлари қўлланилди. 138 (87,3%) ҳолатда колостома қўймасдан бир босқичли операция, 20 (12,7%) ҳолатда колостома қўйилгандан кейинги кўп босқичли операциялар бажарилган.

Клиник-лаборатор текширувлар педиатрия амалиётида анъанавий қўлланиладиган умумий қон, сийдик, нажас таҳлили, қон гуруҳи ва резус-факторни аниқлаш; коагулограмма, умумий оқсил ва оқсил фракциялари миқдорини аниқлаш, трансминазалар (АсАТ,АлАТ), билирубин, креатинин, сийдикчил, электролитлар ( $\text{Na}^+$ , $\text{K}^+$ , $\text{Ca}^{++}$ , $\text{Cl}^-$ ), глюкоза кўрсаткичлари таҳлилидан иборат бўлди.Умумиклиник ташхислаш усуллари маълумотлари инструментал ва махсус текшириш усулларида олинган натижалар билан тўлдирилди.

Атрезиянинг оқмасиз шаклларида “кўр қопча” баландлигини аниқлаш учун Вангенстин усули бўйича рентгенография бажарилди. Асосий гуруҳ беморларида боланинг қорни валик ёрдамида бир оз кўтариб, сонларини 45°га букиб ётган ҳолатида рентгенограмма қилинади ёки қорин олд девори ва оралик томондан ALOCA Pro Sound SSD-5000 (Япония) аппаратида 5-7,5 МГц частотали датчик ёрдамида УТТ-сканерлаш бажарилади.

Рентгенконтраст текширувлар видеоскопия имконияти мавжуд “Seimens”(Германия) аппарати ёрдамида бажарилди. Патология шаклига кўра ирригография, фистулоирригография кўринишларидан фойдаланилди.

Анатомик ва тизимли ўзгаришларни скрининг баҳолаш усули сифатида турли ёшдаги беморларда қорин бўшлиғи аъзолари эхографияси стандарт усул бўйича “Toshiba 140A” (Япония) ва “Logiq 400 CL” (АҚШ) аппаратларида 3,5 ва 5 МГц конвексли ва секторли датчиклар, рангли доплер карталашдан фойдаланган ҳолда амалга оширилди.

Умуртқа ва чанок суяқларини текшириш “Seimens” (Германия) рақамли рентген мосламасида ва Brilliance 64 (Phillips) МСКТ томографида -1,5 мм кесма қалинлигида, нурланиш дозаси рентгенографик ва компьютер-томографик усулларда талаб этиладиган меъёрдан оширмаган ҳолда бажарилди. Ушбу текширувлар натижаларига кўра А.Рена (1995) усули бўйича дўмғаза индекси кўрсаткичлари аниқланди.

Анал сфинктерининг компьютер электромиографияси (ЭМГ) “Нейротекс” (Россия) фирмасининг тўрт каналли нейромиограф “Синапсис”дан иборат анализаторида амалга оширилди.

Клоакал аномалияларда ички жинсий аъзолар ва сийдик ажратиш тизимининг қуйи бўлимлари ҳолати “Karl Storz” (Германия) фирмасининг цистоскопида уретроцистовагиноскопия ва колоакоскопия усули ёрдамида баҳоланди.

Тадқиқот натижаларига «Microsoft office 07» компьютер дастур пакети ёрдамида статистик ишлов берилди. Ўртача катталиқ (М-ўртача арифметик қиймат), ўртача (m) стандарт хато ва ўртача квадрат (стандарт) оғиш (σ) қийматлари аниқланди. Фарқларнинг ишончлилигини t –ишонч коэффиценти (Стьюдент мезони) ёрдамида баҳоланди.

Тадқиқотнинг учинчи боби-“**Қиз болаларда АРМ асосий клиник вариантлари диагностикаси, кузатилиш частотаси, клиник-анатомик вариантлари, қўшимча текшириш усуллари натижалари**”да учта кичик бобда қиз болаларда АРМнинг бирламчи ташхис қўйилган 136 (85,0%): асосий клиник вариантлари кечиш хусусиятлари, ташхислаш усуллари ҳамда АРМ ташхиси бўйича аввал операция қилинган, турли асоратлар билан бошқа даволаш муассасаларидан келган беморларда 24 (15,0%) аноректал соҳа ва йўғон ичакнинг анатомо-физиологик ҳолати баён этилган.

*Қиз болаларда АРМнинг асосий клиник вариантлари* тўғри ичакнинг дистал бўлимларини турли узунликда оқмалар билан жинсий тизим ёки оралик(чот)даги атрезиялари, торайишлари ёки кенгайишлари; оқмасиз вариантлари, анатомик шакллари бўйича фарқланувчи клоакалар кўринишидаги турли нозологик шакллар хилма-хиллигида ифодаланади. Якуний ташхисни қўйиш, хирургик тактика ва оператив коррекция усулини танлаш ҳамда яхши функционал натижаларни ишончли кафолатига эга бўлиш учун махсус текширув усуллари ўтказилди. Комплекс ёндошув асосида алоҳида нозологик шаклларнинг кузатилиш частотаси аниқланди, уларнинг кечиш хусусиятларини клиник-анатомик вариантлари тизимлаштирилди.

*Оқмасиз шакллар* 12 (7,5%) беморда ташхис янги туғилган чақалокни дастлабки кўригидаёқ қўйилган. 1 (8,3%) болада нормал шаклланган анал тешиги ва тўғри ичак дистал бўлими мавжудлигидаги тўғри ичак атрезиясининг оқмасиз шакли - 7 ойликда ташхисланган. Одатда, оқмасиз шаклларда шошилиш операциялар илк неонатал даврда талаб этилади.

*АРМнинг оқмалари шакллари* 129 (80,6%) беморда аниқланган (улардан 108 -83,7% бирламчи бизнинг клиникада операция бажарилган). Улардан: ректовестубуляр оқмалар – 107-82,9% (бирламчи 88-82,2%, қайта мурожат билан 19-17,8%), ректо-оралиқ оқмалари – 22-17,1% (бирламчи 20-90,9%, қайта мурожат билан 2-9,1%). Оқмали шаклларда ичакнинг бўшалиш даражаси ва ичак ичидаги таркиб билан урогенитал инфицирланиш хавфи оқма йўлининг жойлашуви ва диаметрига боғлиқ, бу эса ўз навбатида касалликнинг кечиши, хирургик стационарга мурожаат этиш муддати ва

даволаш тактикасини белгилаб беради.

**Ректовестибуляр оқмалар** (РВБО) – бирламчи келган 88 қиз боладан 21 (23,9%) нафарида оқма диаметри Гегар бужларининг №2-3 ўлчамига мос келди- тор оқмалар. 56 (63,6%) беморда оқма йўли ўлчами Гегар бужларининг № 4-5 ўлчамларига мос келди- ўртача кенгликдаги оқмалар. 11 (12,5%) беморда оқма йўли Гегар бужининг №7-10 ўлчамини бемалол ўтказди- кенг оқма, бунда беморларда дефекация актининг давомли қийинчилиги одатда кузатилмади. Тор ва ўртача кенгликдаги оқмаларда оқмани вақти-вақти билан бужлаш зарурати юзага келиб турди.

Оқманинг вестибуляр соҳада жойлашиши ҳам турлича бўлди, оқмани қин деворларидан ажратиш қийинлиги оқманинг жойлашувига боғлиқ. 22 (25%) ҳолатда ректовестибуляр оқма қинга яқин жойлашганлиги, унга ёпишиб турганлиги қайд этилди. 38 (43,2%) ҳолатда-қин дахлизининг ўрта бўлимида, 28 (31,8%) беморда пастки контур бўйлаб жойлашганлиги кузатилди. Оқмалар диаметри билан жойлашувига кўра мос келишида маълум бир қонуниятлар аниқланмади.

**Тўғри ичак-оралиқ оқмалари** бирламчи келган 20 (12,0%) нафар беморнинг барчасида оралиқда олд томонда, 16 (80%) беморда-оралиқ чегарасида ўрта чок бўйлаб, 4 (20%) беморда чегарадош вестибулоперинеал соҳада жойлашганлиги аниқланди. 6 (30%) беморда оқма диаметри – тор, 11 (55%) беморда –ўртача кенгликда, 3 (15%) беморда оқма диаметри кенглиги қайд этилди. Россолимо рефлексини аниқлаш анус эктопиясини фарқлаш имконини берди, нормал анус жойида қуйидагича баҳоланди: 15 (75%) беморда - 3+ ; 3 (15%) беморда - 2+; 1 (5%) беморда - 1+ ; 1 (5%) беморда-0.

**Персистирланувчи клоака** (ПК). Яққол ифодаланган анатомик ўзгаришлар, анус атрезияси мавжудлигига қарамадан клоакал аномалияларда 16 бемордан 13 (81,25%) нафарида ягона тешикдан нажас ва сийдикнинг аралаш ажралишида физиологик ҳожат чиқаришда критик бузилишлар кузатилмади. Шу сабабли болалар хирургик стационарларга жуда кеч олиб келинган. Комплекс текширувлар, клоакоскопия, контраст рентгенография ва КТ асосида умумий канал узунлиги аниқланди: 8 (50%) беморда - 3 см гача; 4 (25%) беморда - 5 см гача; 4 (25%) беморда - 5 см дан ортиқ. Операциягача ўтказилган текширувлар натижалари бўйича 16 бемордан 4 (25%) нафарида қин аплазияси, 1 (6,25%) беморда - гипоплазияси қайд этилган. Бу текширувларнинг барчасида бачадон ўлчамлари беморлар ёшига мос эмаслиги аниқланган. Тухумдонларнинг асосан икки томонлама кистоз зарарланиши 6 (37,5%) беморда кузатилган.

**Анус стенози** (АС) – 3 (1,43%) беморда қайд этилган, торайишнинг ифодаланиш даражаси клиник жиҳатдан дефекация актининг қийинчилигида намоён бўлган, бу болаларнинг ота-оналарини шифокорга мурожаат этишга мажбур этган. Анал тешик торайиш даражаси Гегарнинг №3-4 бужларига тўғри келди.

**АРМ билан оғриган ва бошқа тиббий муассасаларда ўтказилган операциялардан кейин** 24 (72,7%) нафар бемор келган. 23 (95,8%) беморнинг

шикояти аввал яшаш жойида ўтказилган коррекцияловчи жарроҳлик аралашувларининг асоратлари билан боғлиқ бўлди. 1 (4,2%) бемор колостома қўйилгандан кейин. Объектив маълумотларни клиник ва параклиник текшириш усуллари ёрдамида баҳолаш бу беморларда оператив ёки консерватив давони талаб этувчи ҳолатларни аниқлаш имконини берди: оқмалар рецидиви - 6 (26,1%), анал сфинктер етишмовчилиги - 7 (30,4%). Қабзият ёки нажасни тута олмаслик сабаблари бўлиб қуйидагилар белгиланди: анус стенози (6), сфинктердан ташқари жойга туширилган ичак (1), шиллик қаватининг тушиши (2), туширилган ичак ретракцияси (1).

**Қиз болаларда АРМда қўшалок аномалиялар.** 160 нафар бемордан 91 (56,9%) нафарида АРМ нинг кечиш оғирлиги, кузатилган анатомик ва функционал бузилишлар аниқланган 148 та қўшалок аномалиялар билан боғлиқ бўлди. АРМда кўплаб қўшалок аномалиялар яшириш, клиник манифестацияларсиз кечади. Бу қўшалок аномалияларни аниқлашда махсус текширув усуллари муҳим аҳамиятга эга бўлди. 47 (51,6%) беморда қўшалок аномалиялар изоляцияланган ҳолда бўлди. Иккитадан ортиқ тизимнинг қўшилиб келган аномалиялари - ривожланишнинг кўп сонли нуқсонлари - 44 (48,4%) болада аниқланган.

АРМ да 91 та ҳолатдан 86 (94,5%) тасида қўшалок аномалиялар болалар ҳолатига салбий таъсир кўрсатмади ва даво тактикаси, операцияни ўтказиш вақти, босқичларига сезиларли ўзгартиришлар киритишни талаб этмади, эрта коррекция ўтказишга монелик қилмади. АРМнинг қизилўнғач атрезияси (2) ва Фалло Тетрадаси ҳамда ОАВК каби мураккаб юрак нуқсонлари, декомпенсация ҳолатлари билан қўшилиб келган ҳолатларда болаларнинг саломатлик ҳолатининг оғирлиги сабабли операция муддати ва тактикасига ўзгартиришлар киритиш ва стома қўйишга тўғри келди. 1 та ҳолатда кенг ректовестибуляр оқма ДМЖП билан қўшилиб келганда биринчи навбатда юрак нуқсони бартараф этилди, кейинчалик АРМ корекцияланди. Бирга кечувчи урологик аномалияларда урологик ёки проктологик патологиялар коррекциясини навбатма-навбат бажаришга дифференциацияланган ёндошувга хал қилинди. Урологик аномалиялар бирга қўшилиб келган 27 та ҳолатдан 2 тасидагина сийдик йўлининг декомпенсацияланган обструкцияси сабабли дастлаб урологик патология коррекцияси бажарилган.

Тўртинчи боб - **“Хирургик тактика танлови”** да даво усуллари баён этилган. 160 нафар қиз боладан 158 нафарида (98,8%) жарроҳлик аралашувлари ўтказилган. 134 (84,8%) беморда бирламчи операция клиникамизда ўтказилди; беморларнинг 24 (15,2%) нафари ўтказилган операциялардан кейинги асоратлар билан бошқа даволаш муассасларидан келиб тушган (2-жадвал).

138 (87,3%) ҳолатда бир босқичли радикал операция қўлланилган; 20 (12,7%) ҳолатда - босқичли коррекция: превентив колостома қўйиш ва кейинчалик муддати чўзилган радикал босқич.

**Қиз болаларда АРМнинг хирургик тактикаси (n=158)**

|                       | Нозологик шакллар               | Беморлар сони | Клиникада ўтказилган операциялар характери n=134   |                                          |                                                    |                                          | Жойларда ўтказилган операциялар характери n=24 |                                                    |                                          |   |
|-----------------------|---------------------------------|---------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------|---|
|                       |                                 |               | Шошилинч (n=14)                                    |                                          | Режали (n=120)                                     |                                          | Шошилинч (n=1)                                 |                                                    | Режали (n=23)                            |   |
|                       |                                 |               | Бир вакт-нинг ўзида бажариладиган радикал операция | Колостома кўйиш билан боскичли коррекция | Бир вакт-нинг ўзида бажариладиган радикал операция | Колостома кўйиш билан боскичли коррекция | Колостома кўйиш билан боскичли коррекция       | Бир вакт-нинг ўзида бажариладиган радикал операция | Колостома кўйиш билан боскичли коррекция |   |
| Асосий клиник турлари | Окмасиз атрезия                 | 12            | 7                                                  | 4                                        | -                                                  | -                                        | 1                                              | -                                                  | -                                        | - |
|                       | Ректо-оралиқ окмали атрезия     | 22            | -                                                  | -                                        | 20                                                 | -                                        | -                                              | 1                                                  | 1                                        |   |
|                       | Ректо-вестибуляр окмали атрезия | 107           | -                                                  | -                                        | 86*                                                | 2                                        | -                                              | 19                                                 | -                                        |   |
|                       | Клоака                          | 16            | -                                                  | 3                                        | 4                                                  | 7                                        | -                                              | -                                                  | 2                                        |   |
|                       | Анус стенози                    | 1             | -                                                  | -                                        | 1                                                  |                                          | -                                              | -                                                  | -                                        |   |
|                       | Жами                            | 158           | 7                                                  | 7                                        | 111                                                | 9                                        | 1                                              | 20                                                 | 3                                        |   |
|                       |                                 |               | 14                                                 |                                          | 120                                                |                                          | 1                                              | 24                                                 |                                          |   |

Изох: \* 1га ҳолатда колостома радикал операциядан кейин қўйилган.



АРМ қайд этилган 158 бемордан 15 нафарида (9,5%) неонатал даврда (1 - 7 кунликда) ҳаётга хавф солувчи ҳолатларни: асосий (бевосита аноректал аномалиялар - 12) ва қўшалоқ аномалияларни (3) бартараф этишга йўналтирилган шошилиш операциялар талаб этилди. 2 та ҳолатда анус стенозида консерватив даво клиник жиҳатдан самарали бўлди.

Босқичли тактикада 20 (12,7%) беморда колостома қўйишга асосий кўрсатма операция қилинган беморлар ўртасида аномалиянинг мураккаблиги – 10 (50,0%), ноҳўш соматик фон – 6 (30,0%), бирламчи радикал аралашув асоратлари сабабли – 3 (15,0%), операциядан кейинги илк даврда ректовестибуляр окманинг рецидиви сабабли – 1 (5%) бўлди.

Колостома қўйишда йўғон ичакнинг дистал қисмини беркитиб қўйиб минилапаратом кесим орқали бир стволли терминал сигмастоманинг афзаллигини эътироф этамиз. Жарроҳлик аралашувининг ушбу тури колостома бажарилган 18 бемордан 6 (33,3%) нафарида, стома қўйилган асосий гуруҳдаги 11 бемордан 6 (54,5%) нафарида ўтказилди. Бу усул кам жароҳатли, техник жиҳатдан оддий, аноректал сфинктер функциясини мустаҳкамлаш ва ички ректал босимни ошириш орқали стома қўйилгандан кейин тўғри ичак ўлчамини аста-секин катталаштириш ҳамда операциянинг кейинги босқичларида стомани бартараф этишгача гидравлик ҳуқналар ўтказиш имкониятларини беради. Бунда нажас массаларининг йўғон ичакнинг дистал қовузлоғига тушиши бутунлай тўхтатилади. Пастга тортилган ичакда адекват қон айланишини сақлаб қолиш, унинг узунлигини аниқлаш стомани ёпганда йўғон ичак узлуксизлиги ва яхлитлигини тиклаш учун муҳим саналади. Колостома ишлашининг оптимал давомийлиги 1-2 ой деб ҳисоблаймиз.

АРМнинг турли вариантларида болалар проктологиясида кенг қўлланиладиган операциялар бажарилган (Стоун усули бўйича оралик проктопластика – 66, олд-сагитал проктопластика – 31, орқа сагитал проктопластика – 23). Аммо бу операцияларнинг кўпчилиги камчиликлардан холи эмас, асоратлар хавфи ҳам юқори. Шу сабабли оператив коррекция натижаларини яхшилаш учун 158 бемордан 31 нафарида (29,1%) биз модификациялаган олд-сагитал аноректопластика қўлланилди “Болаларда аноректал аномалияларнинг оралик ва пастки оқма шаклларидаги хирургик коррекция усули” ( Ўзбекистон Республикаси ихтиро патенти UZ IAP 04995). Таклиф этилган усул мобилизация жараёнида туташ аъзолар деворларининг жароҳатланишини олдини олади; пуборектал қовузлок ва ташқи сфинктер мушаклари бутунлигини сақлаб қолиш имконини беради. Таклиф этилаётган усул ёрдамида леваторопластикани амалга ошириш адекват беркитувчи аппарат яратиш, нажасни тутиб туrolмаслик, қаттиқ қабзиятлар ривожланишини олдини олиш, ораликнинг нормал ташқи кўринишини яратиш имконини беради.

*Персистирланувчи клоакада* анатомик шакл, умумий канал узунлиги ва интраоперацион топилма, операция характериға кўра жарроҳлик аралашувлари натижалари турлича бўлди (3-жадвал).

## ПКда ўтказилган операциялар характери (n=16)

| Коррекцияловчи операциялар характери ва сони |                                                                                                            | Умумий канал узунлиги |             | Натижалар     |               |             |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------|---------------|---------------|-------------|
|                                              |                                                                                                            | <3 см                 | >3 см       | Яхши          | Қони-қарли    | Қони-қарсиз |
| Колостомиясиз орқа сагитал кесим             | Урогенитал синуснинг бўлиниши, уретеровагино-ректопластика n=3                                             | 3                     | -           | 2             | -             | 1           |
|                                              | Умумий канални бўлиш, уретеровагинопластика, лапаротомия, тўғри ичакнинг пастга оралиқ томонга тушириш n=1 | 1                     | -           | -             | 1             | -           |
| Колостома билан орқа сагитал кесим           | Умумий канални бўлиш, уретеровагиноректопластика n=2                                                       | 2                     | -           | 1             | 1             | -           |
|                                              | Умумий канални бўлиш, уретеровагинопластика. Колостомани ёпиш босқичида тўғри ичакнинг пастга тушириш n=2  | -                     | 2           | -             | -             | 2           |
|                                              | Умумий канални бўлиш, уретероректопластика, маҳаллий тўқималардан қиннинг дистал қисмини ҳосил қилиш n=3   | 1                     | 2           | -             | 1             | 2           |
|                                              | Умумий канални бўлиш, уретероректопластика* n=1                                                            | -                     | 1           | -             | -             | 1           |
|                                              | Босқичли тактикада операциянинг кейинги босқичларини режалаштириш n=2                                      | 1                     | 1           | -             | 2             | -           |
|                                              | Босқичли тактикада ўлим ҳолатлари n=2                                                                      | 1                     | 1           | -             | -             | 2           |
| Жами (n-16)                                  |                                                                                                            | 9<br>56,25%           | 7<br>43,75% | 3<br>(18,75%) | 5<br>(31,25%) | 8<br>(50%)  |

Изоҳ: \*неовагина яратилиши кейинги босқичларда режалаштирилган.

Даво натижаларини умумлаштириш асосида хирургик даво тактикаси алгоритми ишлаб чиқилди (1-Расм)

Бешинчи боб - “Даволашнинг яқин ва узоқ натижалари”да кузатувнинг операциядан кейинги ва узоқ муддатларида даволаш натижаларининг таҳлили баён этилган.

Операциядан кейинги давр 86,7% ҳолатда силлиқ кечди, 13,3% ҳолатда турли асоратлар кузатилди: умумхирургик асоратлар - 9 (асосий гуруҳда - 2 (22,2%), таққослаш гуруҳида - 7 (77,8%)); специфик - 3 (асосий гуруҳда - 1 (33,3%), таққослаш гуруҳида-2 (66,7%)); соматик - 9 (асосий гуруҳда - 3 (33,3%), таққослаш гуруҳида - 6 (66,7%)).

Кузатувда бўлган 160 бемордан 158 нафарига (98,8%) касалхонадан уйга жавоб берилган; оператив даволанишдан кейин - 156 нафарига (98,7%), консерватив даволанишдан кейин - 2 нафарига (1,3%). Таққослаш гуруҳида 2 беморда (1,3%) ўлим ҳолати қайд этилган.

Уйига жавоб берилган 158 бемордан 115 (72,7%) нафарида даволанишнинг узоқ натижалари ўрганилди. Радикал операциялардан кейинги узоқ муддатда асоратлар 28 (24,3%) болада қайд этилган: 19 (67,9%) болада функционал характердаги асоратлар;



9 (32,1%) болада- такрорий жарроҳлик аралашувини ёки узок давомли консерватив давони талаб этувчи органик характердаги асоратлар. Натижаларни қиёсий таҳлил этиш шуни кўрсатдики, клиникага биринчи келган беморлар ўртасида операциядан кейинги кечки асоратлар 8 (28,6%) беморда кузатилди. Бошқа стационарларда бажарилган дастлабки жарроҳлик аралашувидан кейин клиникада қайта операция қилинган беморлардан 20 (71,4%) нафарида нохуш натижалар кузатилди. Асосий гуруҳ беморларида яхши натижалар 2,5 марта кўпайди, қониқарсиз натижалар уч баробар камайди. 8та ўлим ҳолатидан 7 таси (87,5%) таққослаш гуруҳида қайд этилди. Келтирилган натижалар ишлаб чиқилган диагностик, оператив ва реабилитация тактикасининг рационаллигидан далолат беради.

## ХУЛОСА

1. АРМ билан оғриган болалар ўртасида асосий клиник вариантлар (76,2%) ва камдан кам кузатиладиган минтақавий шакллари (23,8%) таркибида нозологик вариантлар хилма хиллиги ва оқма шакллариининг устунлиги (78,6%) бўйича қиз болалар 48,6%ни ташкил этади. Якуний ташхис қўйиш учун операциядан олдин мақсадли комплекс текширувлар ҳамда аномалиялар тури ва анатомик вариантларининг интраоперацион верификациясини ўтказиш зарур.

2. Хирургик тактика ва жарроҳлик аралашувининг усулини танлаш АРМнинг анатомик шакли, локализацияси, оқма йўли, умумий клоакал канал ёки урогенитал синуснинг узунлиги ва диаметрига боғлиқ бўлади. Муддати чўзилган максимал радикал аралашув принципига мувофиқ -неонатал даврда босқичли давонинг бошланиши, эрта кўкрак ёшида коррекцияловчи операциянинг ўтказилиши-шубҳасиз афзалликларга эга.

3. АРМнинг шакли ва анатомик хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда дифференциацияланган ёндошиш қиз болаларда колостомга қўйишни камайтириш (12,7%) имконини берди; бунга кўрсатмалар: аномалиянинг мураккаб варинатлари (50,0%), боладаги соматик фоннинг нохушлиги (30,0%), такрорий хирургик операцияларни талаб этувчи асоратлар (15,0%), шунингдек операция пайтида ёки операциядан кейинги илк даврда юзага келган асоратлар (5%) ҳисобланади.

4. Даволанишдан кейинги яқин (13,3%) ва узок (22,7%) даврларда асоратлар частотаси ва тури АРМ шакли, операция усули, бошқа аъзолардаги бирга кечувчи органик (30,6%) ёки функционал бузилишлар (69,4%), оралик косметик бузилишларидан қатъий назар нажасни тута олмаслик (14,3%) ёки сурункали колостаз (21,4%) кўринишларида намоён бўлади.

5. Асосий гуруҳда операциядан кейинги илк асоратларнинг 10,1%дан 3,2%гача ва ўлим ҳолатининг 5,1%дан 0%гача камайиши, яхши натижаларнинг 2,5 баробар кўпайиши, қониқарсиз натижаларнинг уч баробар камайиши, ишлаб чиқилган диагностик ва оператив тактиканинг самарадорлигидан далолат беради.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.27.06.2017.Tib.49.01 при  
РЕСПУБЛИКАНСКОМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ НАУЧНО-  
ПРАКТИЧЕСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ ХИРУРГИИ ИМЕНИ  
АКАДЕМИКА В.ВАХИДОВА и ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
АКАДЕМИИ по ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ**

---

**ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**ОТАМУРАДОВ ФУРКАТ АБДУКАРИМОВИЧ**

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ  
АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕВОЧЕК**

**14.00.35 - Детская хирургия**

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

**ТАШКЕНТ - 2018**

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за №B2017.1.PhD/Tib140.

Диссертация выполнена в Ташкентском педиатрическом медицинском институте.

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

|                               |                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Научный руководитель:</b>  | <b>Эргашев Насриддин Шамсиддинович</b><br>доктор медицинских наук, профессор                                                                                                                               |
| <b>Официальные оппоненты:</b> | <b>Шамсиев Азамат Мухиддинович</b><br>доктор медицинских наук, профессор<br><b>Бекназаров Жуманазар Бекназарович</b><br>доктор медицинских наук, профессор                                                 |
| <b>Ведущая организация:</b>   | <b>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» (Российская Федерация)</b> |

Защита диссертации состоится «\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г. в \_\_\_\_ часов на заседании Научного Совета DSc.27.06.2017.Tib.49.01 при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии имени академика В.Вахидова и Ташкентской медицинской академии (Адрес: 100115, г.Ташкент, ул. Кичик халка йули, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: [cs.75@mail.ru](mailto:cs.75@mail.ru), Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В.Вахидова (зарегистрирована за №\_\_). Адрес: 100115, г.Ташкент, ул. Кичик халка йули, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Автореферат диссертации разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 года.  
(реестр протокола рассылки №\_\_ от \_\_\_\_\_ 2018 года).

**Ф.Г. Назиров**

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

**А.Х. Бабаджанов**

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

**А.В. Девятов**

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

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

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** По данным Всемирной организации здравоохранения «в структуре врожденных пороков развития доля аноректальных мальформаций (АРМ) составляет около 7%, при этом они находятся на 9 месте среди всех пороков»<sup>1</sup>. Спектр АРМ достаточно разнообразен и представлен не только простыми одиночными аномалиями, но и комбинированными анатомическими вариантами, сложными в плане диагностики и хирургической коррекции. «Частота возникновения АРМ в общей популяции достаточно высока, и колеблется в пределах 1:2000 -1:5000 новорожденных и, в настоящее время, не имеет тенденции к снижению»<sup>2</sup>. В общей структуре «детей с различными клинико - анатомическими вариантами аноректальной мальформацией, лица женского пола составляют от 32,6% до 55,6%»<sup>3</sup>. В большинстве случаев клиническая диагностика указанной патологии не составляет затруднений, в то время как выбор хирургической тактики и конкретных способов оперативной коррекции до настоящего времени остается дискуссионным. Отмечается значительное расхождение в оценке отдаленных результатов лечения, неудовлетворительные функциональные результаты отмечаются в 10–60%. Такое разнообразие в интерпретации результатов вызвано тем, что способы оценки во многом необъективны и носят субъективный характер, что уменьшает достоверность данных. В связи с этим, все более остро ощущается потребность в выработке дифференцированного подхода к методам диагностики и лечения, срокам хирургической коррекции аноректальных пороков и медицинской реабилитации пациентов.

В мировой практике проводится целый ряд целенаправленных научных исследований, в том числе определение тяжести АРМ и специфических анатомо-функциональных нарушений с оценкой влияния сопутствующих пороков развития других органов и систем. Для улучшения качества оказываемой помощи в настоящий период активно развиваются такие направления как разработка дифференцированного выбора тактики, сроков и объема вмешательства с внедрением современных активно развивающихся методик, достоверность которых значительно выше традиционных. Несомненна роль анализа причин ошибочной интерпретации формы и сложности порока, что, как правило, может привести к выбору необоснованной тактики оперативной коррекции. В соответствии с вышеизложенным, данная научно-исследовательская работа посвящена оптимизации методов диагностики и лечения аноректальных мальформаций у девочек, основанной на изучении особенностей основных клинических форм порока и выбора способа хирургического вмешательства.

---

<sup>1</sup> Щапов Н.Ф. Диагностика и лечение низких форм аноректальных пороков у новорожденных// Детская хирургия. – Москва, 2014. – №2. – С. 34-38.

<sup>2</sup> Gangopadhyay A.N., Pandey V. Anorectal malformations// J Indian Assoc Pediatr Surg. 2015. – Vol. 20, N 1. pp. 10–15.

<sup>3</sup> Иванов П.В., Современные возможности хирургического лечения аноректальных пороков у детей / П.В.Иванов // дис. канд. мед. наук: 14.00.35. - Москва, 2013. -С.35.

На сегодняшний день в условиях реформирования отечественной системы здравоохранения, обеспечение высокого качества оказываемой медицинской помощи является одной из приоритетных задач. Решение данной проблемы непосредственно связано с пятью приоритетными направлениями развития Республики Узбекистан на 2017–2021 годы, направленных на «снижение уровня заболеваемости и смертности среди населения, особенно среди детей»<sup>4</sup>. Реализация данных задач, в том числе, улучшение результатов комплексного обследования и хирургической коррекции основных клинических форм аноректальных мальформаций у девочек на основе оптимизации диагностики, выбора дифференцированной тактики и способа хирургического вмешательства, является одним из актуальных направлений.

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 № ПП-3071 от 20 июня 2017 года, а также другими нормативно-правовыми документами, принятыми в данной сфере.

**Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики.** Диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики V «Медицина и фармакология».

**Степень изученности проблемы.** «При сочетании АРМ с сопутствующими аномалиями, которые встречаются у 20% - 60,8% больных, необходим индивидуальный дифференцированный выбор очередности, срока, объема хирургического вмешательства и послеоперационной реабилитации» (van der Bent A<sup>5</sup>). По мнению Minneci PC<sup>6</sup> «многие хирурги одноэтапную радикальную коррекцию связывают с высоким риском интраоперационных осложнений и рекомендуют оперировать детей поэтапно (1 - наложение колостомы, 2 - радикальная операция не раньше 3-6 месяцев)». Отдельные исследователи «придерживаются сдержанной тактики, проведения оперативного вмешательства без наложения колостомы, которая после корригирующих операций может стать причиной различных послеоперационных осложнений у 50-70% больных»

---

<sup>4</sup>Указ Президента РУз от 07.02.2017 г. N УП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан». Сборник законодательных актов.

<sup>5</sup> van der Bent A, Duggan EM, Fishman LN, Dickie BH. Reality check: What happens when patients with anorectal malformations grow up? A pilot study of medical care transition from the adult patient perspective. // J Pediatr Surg. 2018 Mar 2. pii: S0022-3468(18)30142-8.

<sup>6</sup> Minneci PC, Kabre RS, Mak GZ, Halleran DR, Cooper JN, Afrazi A, Calkins CM, Downard CD, Ehrlich P, Fraser J, Gadepalli SK, Helmuth MA, Kohler JE, Landisch R, Landman MP, Lee C, Leys CM, Lodwick DL, Mon R, McClure B, Rymeski B, Saito JM, Sato TT, St Peter SD, Wood R, Levitt MA, Deans KJ; Midwest Pediatric Surgery Consortium. Screening practices and associated anomalies in infants with anorectal malformations: Results from the Midwest Pediatric Surgery Consortium. // J Pediatr Surg. 2018 Mar 7. pii: S0022-3468(18)30164-7.



(Dingemans AJM<sup>7</sup>, Wood RJ<sup>8</sup>).

Специалистами во главе с Cairo SB<sup>9</sup> доказано, что «комбинация широкого спектра всех имеющихся в арсенале практического здравоохранения методик позволяет улучшать отдаленные результаты лечения, но до настоящего момента лечение детей с этой патологией - это тяжёлый, этапный процесс, который включает в себя не только оперативную коррекцию порока, но и длительную последующую социально-медицинскую реабилитацию, зачастую продолжающуюся вплоть до взросления ребенка». В числе основных причин неудовлетворительных результатов хирургического лечения детей с АРМ общепризнаны диагностические ошибки, неадекватный метод коррекции, несоблюдение срока его проведения. Многолетние исследования выдающихся учёных из разных стран мира, в том числе детских хирургов Узбекистана, отражены в монографиях, руководствах, диссертационных работах и журнальных статьях, посвященных вопросам общеврачебной и хирургической тактики, дооперационной подготовки и послеоперационного ведения детей с АРМ<sup>10</sup>. Однако многие вопросы выбора способа коррекции и медицинской реабилитации остаются не полностью решенными.

Проведенный анализ литературных данных свидетельствует о том, что качество диагностики и лечения больных АРМ заметно улучшились, однако остается очевидным, что разработка более эффективных и доступных методов ранней диагностики для улучшения результатов лечения и долгосрочной профилактики риска развития рецидивов, а также оптимизация лечебно-диагностических этапов будет способствовать улучшению результатов лечения этого контингента больных

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационное исследование выполнено в рамках фундаментального научного проекта Ташкентского педиатрического медицинского института №01980006703 «Совершенствование диагностики, лечения и методов профилактики врожденных и приобретенных заболеваний у детей» (2015-2017).

**Целью исследования** является улучшение результатов хирургической коррекции основных клинических форм аноректальных мальформаций у девочек на основе оптимизации диагностики, выбора тактики и способа хирургического вмешательства.

---

<sup>7</sup> Dingemans AJM, Krois W, Rios JC, Wood RJ, Levitt MA, Reck-Burneo CA. Health literacy and health-related quality of life in patients with anorectal malformations: A comparison between a charity hospital in Honduras and a tertiary care center in the United States. // J Pediatr Surg. 2018 Feb 23. pii: S0022-3468(18)30116-7.

<sup>8</sup> Wood RJ, Levitt MA. Anorectal Malformations. // Clin Colon Rectal Surg. 2018 Mar;31(2):61-70.

<sup>9</sup> Cairo SB, Gasior A, Rollins MD, Rothstein DH; Delivery of Surgical Care Committee of the American Academy of Pediatrics Section on Surgery. Challenges in Transition of Care for Patients With Anorectal Malformations: A Systematic Review and Recommendations for Comprehensive Care. // Dis Colon Rectum. 2018 Mar;61(3):390-399.

<sup>10</sup> Аверин В.И., Ионов А.Л., Караваева С.А., Комисаров И.А., Котин А.Н., Мокрушина О.Г., Морозов Д.А., Николаев В.В., Новожилов В.А., Поддубный И.В., Смирнов А.Н., Пименова Е.С., Окулов Е.А. Аноректальные мальформации у детей (Федеральные клинические рекомендации)// Детская хирургия. – Москва, 2015. – № 4. – С. 29-35.

### **Задачи исследования:**

изучить частоту и особенности клинико-анатомических вариантов АРМ у девочек;

оценить эффективность специальных методов исследования в диагностике основных клинических форм аноректальных аномалий;

разработать оптимальную лечебную тактику при основных клинических формах АРМ у новорожденных и детей грудного возраста с учетом характера основной патологии, сопутствующих аномалий и соматического фона;

разработать эффективные меры профилактики диагностических и тактических ошибок, а также осложнений при лечении АРМ у девочек;

определить абсолютные и относительные показания к наложению колостомы при аноректальных аномалиях у девочек;

изучить непосредственные и отдаленные результаты лечения основных клинических форм АРМ после одноэтапной и многоэтапной хирургической коррекции.

**Объектом исследования** явились 160 девочек в возрасте от 1 дня до 15 лет с аноректальными аномалиями до и после оперативного вмешательства, получавшие лечение в клинике Ташкентского педиатрического медицинского института за период с 2004 по 2015 годы.

**Предмет исследования** составляют данные комплексной оценки соматического статуса детей, анатомо-функционального состояния органов малого таза и промежности на этапах хирургического лечения.

**Методы исследований.** Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы: общеклинические, рентгеноконтрастные, ультразвуковые, МСКТ, МРТ; специальные функциональные и инструментальные методы исследования.

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

разработан способ хирургической коррекции при промежуточных и низких свищевых формах аноректальных аномалий у детей;

систематизированы клинические особенности и данные вспомогательных методов диагностики основных клинических форм АРМ у девочек;

доказано, что сочетанные аномалии в 94% случаев отрицательно не влияют на состояние детей, однако являются провоцирующим фактором усугубления частых послеоперационных функциональных и резидуальных нарушений;

изучена сравнительная характеристика предпринятой тактики лечения и различных способов оперативного вмешательства.

**Практические результаты исследования:**

определены закономерности и частота сочетаний пороков развития при аноректальных мальформациях, позволившие проводить целенаправленный поиск сопутствующих аномалий и оптимизировать выбор тактики хирургического лечения и послеоперационной реабилитации;

разработаны оперативно-тактические подходы в зависимости от вида

АРМ и характера сочетанной патологии, способствующие улучшению непосредственных и отдаленных результатов лечения;

уточнены показания к одноэтапной тактике первичного радикального оперативного вмешательства, позволившие сократить выполнение превентивной колостомии и связанных с ней осложнений в период ношения и закрытия стомы;

разработана оптимальная программа реабилитационных мероприятий на основе анализа диагностических и тактических ошибок, характера и причин осложнений, а также данных комплексного исследования отдаленных результатов лечения.

**Достоверность результатов исследования.** Достоверность результатов исследования подтверждена примененными современными, широко используемыми в практике лабораторными, ультразвуковыми, рентгенологическими, компьютерно-томографическими и эндоскопическими исследованиями. Все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.**

Теоретическая значимость полученных результатов исследования заключается в том, что полученные соискателем положения, выводы и предложения вносят существенный вклад в изучение клинко-функциональных особенностей течения различных клинических форм АРМ у девочек. Систематизированы клинические особенности и данные вспомогательных методов диагностики этой патологии. Установлены закономерности и частота сочетаний пороков развития при аноректальных мальформациях позволяющая проводить целенаправленный поиск сопутствующих аномалий, определять оптимальную тактику хирургического лечения и послеоперационной реабилитации. Отдельные результаты работы могут быть использованы в целях совершенствования содержания и структуры программы обучения магистров и клинических ординаторов по диагностике и лечению детей с АРМ.

Практическая ценность работы заключается в том, что основные выводы и рекомендации, содержащиеся в работе, могут быть использованы при диагностике и лечении детей с АРМ в медицинских учреждениях различного уровня. Проведена сравнительная характеристика предпринятой тактики и различных способов оперативного вмешательства, что позволило обосновать целесообразность одноэтапной радикальной коррекции в условиях отсрочки операции до 3-6 месяцев жизни ребенка. Сопоставление клинических и данных специальных, исследований способствует выявлению причины возникновения и развития функциональных и резидуальных нарушений в ближайшие и отдаленные сроки лечения.

**Внедрение результатов исследования.** По результатам научного исследования по улучшению результатов хирургической коррекции АРМ у девочек:

разработан «Способ хирургической коррекция при промежуточных и низких свищевых формах аноректальных аномалий у детей» (патент №IAP 04995, 2014). Предложенный способ позволил улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения больных АРМ;

разработаны методические рекомендации «Диагностика и лечение аноректальных аномалий у детей» (справка Министерства здравоохранения № 8 н-д/19 от 31 января 2018 года). Предложенные рекомендации позволили улучшить качество диагностики аноректальных аномалий, снизить частоту послеоперационных осложнений;

полученные научные результаты диссертационной работы по улучшению результатов хирургической коррекции АРМ у девочек внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в практическую деятельность Республиканского перинатального центра и Городской детской хирургической клинической больницы №2 города Ташкента (справка Министерства здравоохранения № 8 н-д/19 от 31 января 2018 года). Применение предложенного комплекса диагностики и лечения девочек с АРМ позволило улучшить качество обследования и хирургического лечения, сократить частоту осложнений с 10,1% до 3,2 и летальных исходов.

**Апробация результатов исследования.** Результаты данного исследования были обсуждены, в том числе, на 3 международных и 4 республиканских научно-практических конференциях.

**Публикация результатов исследования.** По теме диссертации опубликовано 25 научных работ, в том числе 8 журнальных статей, 5 из которых в республиканских и 3 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов диссертаций.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, пяти глав, выводов, списка цитированной литературы и приложений. Объем текстового материала составляет 120 страниц.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

**Во введении** обоснована актуальность и востребованность диссертационной работы, сформулированы цель и задачи исследования, приводится научная новизна и научно-практическая значимость результатов, представлены сведения об апробации и опубликованности результатов работы, объеме и краткой структуре диссертации.

В первой главе «**Современное представление об аноректальных мальформациях методы диагностики и лечения**» диссертации изложен обзор литературных данных, посвященный аспектам частоты, распространенности, этиопатогенеза клинко-анатомические формы, классификация АРМ, диагностические исследования, эволюция методов хирургической коррекции. Представлены выбор тактики, непосредственные и отдаленные результаты лечения, а также дискуссионные задачи, требующие дальнейших разработок.

Во второй главе «**Общая характеристика клинического материала и методы исследования**» диссертации представлены материалы и методы исследования. Работа основана на анализе диагностики и результатов лечения 160 девочек с основными клиническими формами среди различными формами АРМ среди 432 детей с указанной патологией наблюдавшихся в клинических базах (отделения плановой хирургии детской хирургической клинической больницы № 2 города Ташкента и неонатальной хирургии перинатального центра Министерства здравоохранения Республики Узбекистан) кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ в 2004-2015 г. Возраст детей - от одного дня до 15 лет: новорожденных было 14- 8,75%; от 29 дней до 3 мес. – 16- 10,0%, от 3 мес. до 1 года – 92 - 57,5%; от 1 года до 3 лет – 16- 10,0%, от 3 до 7 лет – 16 - 10,0%, от 7 до 15 лет – 6 - 3,75%. Больные распределены в соответствии с международной классификацией АРМ, принятой в Крикенбеке (табл. 1).

**Таблица 1**

**Нозологические формы АРМ в зависимости от возраста девочек (n =160)**

|                               | Нозологические формы                 | Возраст больных |                      |                     |                    |               |                | Всего         |
|-------------------------------|--------------------------------------|-----------------|----------------------|---------------------|--------------------|---------------|----------------|---------------|
|                               |                                      | Новорожденные   | от 29 дней до 3 мес. | от 3 мес. до 1 года | от 1 года до 3 лет | От 3 до 7 лет | от 7 до 15 лет |               |
| Основные клинические варианты | Атрезия без свищей                   | 11              | -                    | 1                   | -                  | -             | -              | 12            |
|                               | Атрезия с ректо-промежностным свищом | -               | 4                    | 8                   | 6                  | 2             | 2              | 22            |
|                               | Атрезия с ректо-вестибулярным свищом | -               | 6                    | 76                  | 9                  | 12            | 4              | 107           |
|                               | Клоака                               | 3               | 6                    | 5                   | 1                  | 1             | -              | 16            |
|                               | Стеноз ануса                         | -               | -                    | 2                   | -                  | 1             | -              | 3             |
|                               | Всего                                | 14<br>(8,75%)   | 16<br>(10,0%)        | 92<br>(57,5%)       | 16<br>(10,0%)      | 16<br>(10,0%) | 6<br>(3,75%)   | 160<br>(100%) |

Количество больных и многообразие нозологических форм АРМ в 2004-2015 годах были неравномерны. В 2004-2009 годах поступили 65 (41%) девочек. Анализ данной группы больных представлен в ретроспективном аспекте (группа сравнения). В 2010-2015 годах наблюдались 95 (59%) больных (основная группа), в обследовании и лечении которых автор принимал непосредственное участие.

Из 160 пациенток у 136 (85,0%) первичный диагноз установлен в клинике; 24 (15,0%) поступили после паллиативной операции (наложения колостомы) или с осложнениями первичной радикальной операции по поводу аноректальных аномалий, выполненных в других учреждениях.

При комплексном обследовании у 91 (56,9%) больных выявлены 148 сопутствующих пороков развития. У 47 (51,6%) пациенток сочетанные аномалии были изолированными. 99 ассоциированные аномалии двух и более систем (множественные пороки развития) выявлены у 44 (48,4%) детей.

В зависимости от характера АРМ, возникших осложнений применяли радикальные или паллиативные оперативные вмешательства. В 138 (87,3%) случаях проведена одноэтапная операция без наложения колостомы, в 20 (12,7%) – многоэтапные операции после наложения колостомы.

Клинико-лабораторное исследование включало общие анализы крови, мочи, кала с определением группы крови и резус-фактора; коагулограммы, уровня общего белка и белковых фракций, показателей трансаминаз (АсАТ, АлАТ), билирубина, креатинина, мочевины, электролитов ( $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ ,  $\text{Ca}^{++}$ ,  $\text{Cl}^-$ ), глюкозы традиционно применяемых в педиатрической практике. Данные общеклинических методов диагностики дополнены результатами инструментальных и специальных методов исследования.

При бессвищевых формах атрезии для определения уровня слепого мешка применяли боковую рентгенографию по Вангенстину. Среди больных основной группы рентгенограммы ребенка проводится в положении лежа с приподнятым животом на валике, согнутыми бедрами на  $45^\circ$  или УЗИ сканированием промежности на аппарате ALOCA Pro Sound SSD- 5000 (Япония) с датчиками частотой 5-7,5 МГц через переднюю брюшную стенку и со стороны промежности.

Рентгеноконтрастное исследование проводили на аппарате «Seimens» (Германия) с возможностью режима видеоскопии. В зависимости от формы патологии применяли в виде ирригографии, фистулоирригографии.

Эхографию органов брюшной полости, как скрининг-метод оценки анатомо-структурных изменений, выполняли больным различных возрастных групп по стандартной методике на аппаратах «Toshiba 140A» (Япония) и «Logiq 400 CL» (США) с использованием конвексных и секторных датчиков 3,5 и 5 МГц.

Исследование позвоночника и костей таза провели на цифровой рентгеновской установке Seimens» (Германия) и МСКТ томографе Brilliance 64 фирмы Phillips, толщиной среза –1,5 мм с дозой облучения, не превышающей норму рентгенографическими и компьютерно - томографическими методами. По результатам этих исследований также определены показатели крестцового индекса по Pena A., 1995.

Электромиографию (ЭМГ) анального сфинктера проводили на анализаторе фирмы «НЕЙРОТЕКС» (Россия), состоящем из четырехканального нейромиографа «Синапсис».

Состоянии внутренних половых органов и нижних отделов мочевыводящей системы при клоакальной аномалии оценены при колоакоскопии цистоскопом фирмы Karl Storz (Германия).

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакета компьютерных программ «Microsoft office 07». Определяли средние величины ( $M$  – средняя арифметическая величина), стандартную ошибку среднего ( $m$ ) и средне - квадратического (стандартное) отклонения ( $\sigma$ ). Достоверность различий оценивали с помощью  $t$  – доверительного коэффициента (критерий Стьюдента).

В третьей главе «**Диагностика, частота, клинко-анатомические варианты, результаты вспомогательных методов исследований при основных клинических формах АРМ у девочек**» в трех подглавах представлены особенности течения, методы диагностики АРМ у девочек среди первично поступивших 136 (85,0%) анатомо-функциональное состояния аноректальной области и толстой кишки у ранее оперированных девочек с АРМ поступивших из других медицинских учреждений с различными осложнениями пациенток (24 – 15,0%).

*Основные клинические варианты АРМ* у девочек представлены большим разнообразием нозологических форм в виде атрезии, сужения или расширения дистальных отделов прямой кишки различной протяженности со свищем в половую систему или промежность; бессвищевых вариантов, клоаки отличающейся анатомическими формами. Для постановки окончательного диагноза, выбора хирургической тактики и способа оперативной коррекции и надежного гаранта хороших функциональных результатов проведены специальные методы исследования. На основе комплексного подхода нами определены частоту отдельных нозологических форм, систематизированы клинко-анатомические варианты особенности их течения.

*Бессвищевые формы* встречались у 12 (7,5%) больных. У 11 (91,7%) детей диагноз установлен при первичном осмотре новорожденного. У 1 (8,3%) ребенка при атрезии прямой кишки с нормально сформированным анальным отверстием и дистальным отделом прямой кишки - в возрасте 7 месяцев. Как правило, при бессвищевых формах требуется экстренные операции в раннем неонатальном периоде.

*Свищевые формы АРМ* выявлены у 129 (80,6%) больных (у 108 -83,7% пациенткам первичные операции проведены в нашей клинике). Из них ректовестибулярные свищи были у 107–82,9% (88-82,2% первичные, 19-17,8% повторные); ректопромежностные у 22–17,1% (20-90,9% первичные, 2-9,1% повторные). При свищевых формах степень опорожнения кишечника и риск урогенитального инфицирования кишечным содержимым зависит от локализации и диаметра свищевого хода определяющим течение болезни, сроки обращения в хирургический стационар и тактику лечения.

*Ректовестибулярные свищи (РВБС)*- диаметр свища у 21 (23,9%) из 88 первично поступивших девочек соответствовал размеру бужей Гегара № 2-3 – узкий свищ. У 56 (63,6%) больных размер свищевого хода соответствовал бужам Гегара № 4-6 – свищи средней широты. У 11 (12,5%) больных свищевой ход свободно пропускал буж Гегара № 7-10 – широкий свищ при этом у больных длительное затруднение акта дефекации обычно не наблюдалось. При узких и свищах средней широты возникала необходимость в периодическом бужировании свища.

Локализация свища в вестибулярной зоне, от которой зависит сложность разделение свища от стенок влагалища, также была различной. В 22 (25%) наблюдениях ректовестибулярный свищ был расположен ближе к влагалищу, интимно прилегая к нему. В 38 (43,2%) случаях - в среднем отделе преддверья влагалища. У 28 (31,8%) – больных по нижнему контуру.

Закономерность в совпадении свищей по диаметру и локализации не выявлена.

*Ректопромежностные свищи (РПС)* у всех 20 (12,0%) первично поступивших пациенток занимали переднее положение в промежности у 16 (80%) - в пределах промежности по срединному шву у 4 (20%) был расположен в пограничной вестибулоперианальной зоне. У 6 (30%) больных диаметр свища соответствовал – узкому, у 11 (55%) – средней широты, у 3 (15%) больных – широкий свищ. Определение рефлекс Россолимо позволяла отличить от эктопии ануса, на месте нормального ануса оценен следующим образом: у 15 (75%) - 3+; у 3 (15%) – 2+; у 1 (5%) – 1+; у 1 (5%) - 0.

*Персистирующая клоака (ПК).* Несмотря на выраженные анатомические изменения, включая атрезию ануса, при клоакальной аномалии из 16 у 13 (81,25%) больных при смешенном выделении кала и мочи из единого отверстия критических нарушений физиологических отправления не наблюдались. Поэтому в хирургический стационар дети были отправлены с большим опозданием. На основании комплексного обследования включая клоакоскопии, контрастной рентгенографии и КТ установлен длина общего канала: до 3 см у 8 (50%); до 5 см - у 4 (25%); более 5 см - у 4 (25%). Данными дооперационных исследований из 16 больных аплазия влагалища констатирован – у 4 (25%) гипоплазия у 1 (6,25%). Во всех этих наблюдениях размеры матки не соответствовали возрастным параметрам. Кистозное поражение яичников преимущественно с двух сторон наблюдалось у 6 (37,5%) пациенток.

Стеноз ануса (СА) - у 3 (1,9%) в зависимости от выраженности сужения клинически проявлялась затруднениями акта дефекации, что настораживала родителей и служил поводом для обращения к врачу. Степень сужение анальное отверстие соответствовал бужам Гегара № 5-6 – у 2 девочек, № 3-4 – у 1.

*Из 160 девочек 24 (72,7%) с АРМ, поступили из других медицинских учреждений* после первичной коррекции порка развития. У 23 (95,8%) пациентки жалобы были связаны с корригирующими оперативными вмешательствами, проведенными ранее по месту жительства. У 1 (4,2%) - после наложения колостомы. Оценка объективных данных клинических и параклинических методом обследования позволили выявить состояния, требующие оперативного или консервативного лечения: рецидивы свищей – 6 (26,1%) и недостаточность анального жома – 7 (30,4%). Причиной запора или недержания кала служили такие осложнения, как стеноз ануса (6), внесфинктерное низведение (1), выстояние слизистой (2) или ретракция низведенной кишки (1).

*Сочетанные аномалии при АРМ у девочек.* Тяжесть течения АРМ, наблюдаемые анатомические и функциональные нарушения у 91 (56,9%) из 160 больных были обусловлены выявленными 148 сопутствующих аномалий. При АРМ многие сочетанные аномалии протекают скрыто, без клинических манифестаций. В их выявлении существенное значение имели специальные методы исследования. У 47 (51,6%) пациенток сочетанные аномалии были



изолированными. Ассоциированные аномалии двух более систем – множественные пороки развития – обнаружены у 44 (48,4%) детей.

При АРМ в 86 (94,5%) из 91 случаев сочетанные аномалии не влияли отрицательно на состояние детей и не требовали существенного изменения тактики лечения, времени проведения, этапности операции, не являлись противопоказанием к ранней коррекции. В случаях сочетании АРМ с атрезией пищевода (2) и сложными пороками сердца, как Тетрада Фалло и ОАВК, состоянием декомпенсации из-за тяжести состояния детей пришлось изменить сроки и тактику операции и наложить стому. В 1 наблюдении при широком ректовестибулярном свище с ДМЖП в первую очередь устранен порок сердца, в последующем корригирована АРМ. При сопутствующих урологических аномалиях придерживались дифференцированного подхода к очередности коррекции урологической или проктологической патологии. Из 27 наблюдений с сочетанными урологическими аномалиями лишь у 2 пациенток в случаях декомпенсированной обструкции мочевого тракта первоначально проведена коррекция урологической патологии.

В четвертой главе **«Выбор хирургической тактики»** представлен способы лечения. Оперативные вмешательства проведены у 158 (98,8%) из 160 девочек. 134 (84,8%) пациенткам первичные операции проведены в нашей клинике; 24 (15,2%) поступили из других лечебных учреждений после проведенных операций с различными осложнениями (табл.2).

В 138 (87,3%) случаях применена одноэтапная радикальная коррекция; в 20 (12,7%) – поэтапная коррекция: наложение превентивной колостомы с последующим отсроченным радикальным этапом. Из 158 девочек с АРМ у 15 (9,5%) потребовались экстренные операции в неонатальном периоде (1-7 дней) в связи с основной (собственно аноректальные аномалии -12) и сочетанными аномалиями-3, направленные на устранение причин жизнеугрожающих состояний.

В 2 наблюдениях при стенозе ануса консервативное лечение оказалось клинически эффективным. При поэтапной тактике основными показаниями к наложению колостомы у 20 (12,7%) среди оперированных больных были сложность аномалии - 10 (50,0%), неблагоприятный соматический фон - 6 (30,0%), в связи с осложнениями первичного радикального вмешательства - 3 (15,0%), из-за рецидива ректовестибулярного свища в раннем послеоперационном периоде - 1(5,0%).

При наложения колостомы мы отдаем предпочтение одноствольной терминальной сигмостоме минилапаротомным доступом с заглушением дистальной части толстой кишки «Способ колостомии при аноректальных аномалиях у детей». Данный вид оперативного вмешательства проведен 6 (33,3%) из 18 больных, перенесших колостомию; 6 (54,5%) из 11 пациенток основной группы с наложением стомы. Способ мало травматичен, технически прост, позволяет проводить гидравлические тренировочные клизмы для укрепления функции аноректального сфинктера повышением внутриректального давления с постепенным его наращиванием после наложения стомы до ее ликвидации на последующих этапах операции.

Таблица 2

## Хирургическая тактика у наблюдаемых больных (n=158)

|                               | Нозологические формы                 | Число больных | Характер операций в клинике n =134 |                                            |                                    |                                            | Характер операций в местах n =24           |                                    |                                            |  |
|-------------------------------|--------------------------------------|---------------|------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------|--|
|                               |                                      |               | Экстренная (n=14)                  |                                            | Плановая (n=120)                   |                                            | Экстренная(n=1)                            |                                    | Плановая (n=23)                            |  |
|                               |                                      |               | Одномоментная радикальная операция | Поэтапная коррекция с наложением колостомы | Одномоментная радикальная операция | Поэтапная коррекция с наложением колостомы | Поэтапная коррекция с наложением колостомы | Одномоментная радикальная операция | Поэтапная коррекция с наложением колостомы |  |
|                               |                                      |               |                                    |                                            |                                    |                                            |                                            |                                    |                                            |  |
| Основные клинические варианты | Атрезия без свищей                   | 12            | 7                                  | 4                                          | -                                  | -                                          | 1                                          | -                                  | -                                          |  |
|                               | Атрезия с ректо-промежностным свищом | 22            | -                                  | -                                          | 20                                 | -                                          | -                                          | 1                                  | 1                                          |  |
|                               | Атрезия с ректо-вестибулярным свищом | 107           | -                                  | -                                          | 86                                 | 2                                          | -                                          | 19                                 | -                                          |  |
|                               | Клоака                               | 16            | -                                  | 3                                          | 4                                  | 7                                          | -                                          | -                                  | 2                                          |  |
|                               | Стеноз ануса                         | 1             | -                                  | -                                          | 1                                  | -                                          | -                                          | -                                  | -                                          |  |
|                               | Всего                                | 158           | 7                                  | 7                                          | 111                                | 9                                          | 1                                          | 20                                 | 3                                          |  |
|                               |                                      |               | 14                                 |                                            | 120                                |                                            | 1                                          | 23                                 |                                            |  |

Примечание: \*в одном случае колостомы наложена после радикальной операции

Исключается попадание каловых масс в отводящую петлю толстой кишки, создается функциональный покой. Сохранение адекватного кровоснабжения в низводимой кишке, определение её длины важно для восстановления непрерывности и целостности толстой кишки при закрытии стомы. Оптимальной длительностью функционирования колостомы считаем 1-2 мес.

При различных формах АРМ выполнены широко применяемые в детской колопроктологии операции (промежностная проктопластика по Стоуну - 67, преднесаггитальная проктопластика - 52, заднесаггитальная проктопластика - 21). Однако многие из них не лишены недостатков с высоким риском осложнений. Поэтому для улучшения результатов оперативной коррекции из 158 больных у 31 (29,1%) больным применен модифицированная нами переднесаггитальная аноректопластика «Способ хирургической коррекции при промежуточных и низких свищевых формах аноректальных аномалий у детей». (Патент на изобретение Республики Узбекистан UZ IAP 04798). Предлагаемый способ предупреждает повреждение стенок прилегающих органов в ходе их мобилизации, позволяет сохранить мышечные структуры в ходе выделения прямой кишки не рассекая их; сохранить целостность волокон пуборектальной петли и мышц наружного сфинктера. Применение леваторопластики предлагаемым способом позволяет создать адекватный запирательный аппарат, предотвратить развитие недержания кала, тяжелых запоров, придать нормальный внешний вид промежности.

*При персистирующей клоаке* в зависимости от анатомической формы, длины общего канала и интраоперационной находки, характер операций их результаты были различными (табл. 3).

Обобщение результатов диагностики позволили нам создать алгоритм тактики лечения при АРМ у девочек (рис. 1).

В пятой главе **«Непосредственные и отдаленные результаты лечения»** отражены анализ результатов лечения послеоперационном периоде и в отдаленные сроки наблюдении.

Послеоперационный период в 86,7% случаев протекал гладко, в 13,3% наблюдались различные осложнения. Обще хирургические – 9 (в основной группе - 2 (22,2%), в группе сравнения - 7 (77,8%); специфические – 3 (в основной группе - 1 (33,3%), в группе сравнения - 3 (66,7%); соматические – 9 (в основной группе – 3 (33,3%), в группе сравнения - 6 (66,7%).

Из наблюдавшихся 160 больных выписаны из стационара 158 (98,8%); после оперативного лечения - 156 (98,7%), после консервативного 2 (1,3%). Летальные исходы отмечены в 2 (1,3%) случаях группы сравнения. Представленные данные подтверждает эффективность предлагаемой тактики лечения. Отдаленные результаты лечения отслежены у 115 (72,7%) из 158 выписанных больных.

Таблица 3

## Характер проведенных операций при ПК (n=16)

| Характер и число корректирующих<br>Операций     |                                                                                                                     | Длина<br>общего<br>канала |                           | Результаты                  |                             |                          |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|
|                                                 |                                                                                                                     | <3 см                     | >3 см                     | Хор.                        | Удовл.                      | Неуд                     |
| Заднесагитталь-<br>ный доступ без<br>колостомии | Разделение уrogenитального<br>синуса,<br>уретеровагиноректопластика n=3                                             | 3                         | -                         | 2                           | -                           | 1                        |
|                                                 | Разделение общего канала, уретеро-<br>вагинопластика, лапаротомия,<br>низведение прямой кишки в<br>промежность n=1  | 1                         | -                         | -                           | 1                           | -                        |
| Заднесагиттальный доступ с<br>колостомией       | Разделение общего канала,<br>уретровагиноректопластика n=2                                                          | 2                         | -                         | 1                           | 1                           | -                        |
|                                                 | Разделение общего канала,<br>уретровагино пластика. Низведение<br>прямой кишки на этапе закрытия<br>колостомы n=2   | -                         | 2                         | -                           | -                           | 2                        |
|                                                 | Разделение общего канала, уретеро<br>ректопластика, создание<br>дистальной части влагалища из<br>местных тканей n=3 | 1                         | 2                         | -                           | 1                           | 2                        |
|                                                 | Разделение общего канала,<br>уретероректопластика.* n=1                                                             | -                         | 1                         | -                           | -                           | 1                        |
|                                                 | При поэтапной тактике планирова-<br>ние следующих этап операции n=2                                                 | 1                         | 1                         | -                           | 2                           | -                        |
|                                                 | При поэтапной тактике летальные<br>исходы n=2                                                                       | 1                         | 1                         | -                           | -                           | 2                        |
| <b>Всего</b>                                    |                                                                                                                     | <b>9</b><br><b>56,25%</b> | <b>7</b><br><b>43,75%</b> | <b>3</b><br><b>(18,75%)</b> | <b>5</b><br><b>(31,25%)</b> | <b>8</b><br><b>(50%)</b> |

\*создание неовагины предусмотрено на следующих этапах

Примечание:

В отдаленные сроки после радикальных операций осложнения отмечены у 28 (24,3%) девочек: у 19 (67,9%) функционального характера; у 9 (32,1%) - органического потребовавшим повторного оперативного вмешательства или длительного консервативного лечения.

Сравнительный анализ результатов показал, что из первично поступивших в клинику, поздние послеоперационные осложнения наблюдались у 8 (28,6%). Среди оперированных после первичных операций, выполненных в других стационарах, неблагоприятные исходы наблюдались у 20 (71,4%). У больных основной группы хороший результат увеличился почти 2,5 раза, неудовлетворительный снижен в три раза. Из 8 летальных исходов 7 (87,5%) наблюдалась в группе сравнения. Представленные данные свидетельствует о рациональности разработанный нами диагностической, оперативной и реабилитационной тактики.



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Среди детей с АРМ девочки составляет 48,6% с многообразием нозологических вариантов и преобладанием свищевых форм (78,6%) в составе основных клинических вариантов - 71,9% и редких региональных форм - 28,1%. Для окончательной диагностики необходимы целенаправленные комплексные дооперационные исследования с интраоперационной верификацией формы и анатомического варианта аномалии.

2. Выбор хирургической тактики и способ оперативного вмешательства зависит от анатомической формы АРМ, локализации, длины и диаметра свищевого хода, общего клоакального канала или уrogenитального синуса. Начало этапного лечения в неонатальном периоде, проведение корригирующей операции в раннем грудном возрасте в соответствии с принципом: максимальное радикальное вмешательство, отсроченное во времени - имеют несомненные преимущества.

3. Дифференцированный подход с учетом формы и анатомических особенностей АРМ позволил сократить необходимость в наложении колостомы (12,7%) у девочек, при этом показаниями к этому способу лечения являются сложные варианты аномалии (50,0%), неблагоприятный соматический фон ребенка (30,0%), осложнения потребовавшие повторной хирургической коррекции (15,0%), а также возникшие во время операции или в раннем послеоперационном периоде (5,0%).

4. Частота и вид осложнений в ближайшем (13,3%) и отдаленном периодах (24,3%) после лечения существенно зависят от формы АРМ, способа операции, сопутствующих нарушений органического (32,1%) либо функционального характера (67,9%), проявляющихся в виде недержания кала (14,3%) или хронического колостаз (21,4%) независимо от косметических нарушений промежности.

5. Снижение ранних послеоперационных осложнений в основной группе с 10,1% до 3,2%, летальности с 5,1% до 0%, увеличение хороших результатов почти в 2,5 раза при снижении неудовлетворительных в три раза, свидетельствуют об эффективности разработанной диагностической и оперативной тактики.

**SCIENTIFIC COUNCIL AWARD SCIENTIFIC DEGREES  
DSc.27.06.2017.Tib.49.01 at REPUBLIC SPECIALIZED SCIENTIFIC and  
PRACTICAL MEDICAL CENTER OF SURGERY NAMED after  
ACADEMICIAN V.VAKHIDOV and TASHKENT MEDICAL ACADEMY**  

---

**TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL INSTITUTE**

**OTAMURADOV FURQAT ABDUKARIMOVICH**

**DIAGNOSIS AND TREATMENT OF THE MAIN CLINICAL FORMS OF  
THE ANORECTAL MALFORMATIONS IN GIRLS**

**14.00.35 - Pediatric surgery**

**DISSERTATION ABSTRACT OF DOCTOR OF  
PHILOSOPHY (PHD) ON MEDICAL SCIENCES**

**TASHKENT – 2018**

**The subject of doctor of philosophy (PhD) dissertation registered by the Supreme Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic Uzbekistan in №B2017.1.PhD/Tib140.**

The dissertation has been done in the Tashkent pediatric medical institute.

Abstract of the doctoral dissertation in two languages (Uzbek, Russian, English (resume)) has been posted on the website of Scientific council ([www.rscs.uz](http://www.rscs.uz)) and the information-educational portal «Ziyonet» at ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

**Scientific consultant:** **Ergashev Nasriddin Shamsiddinovich**  
Doctor of Medicine, Professor, Academician

**Official opponents:** **Shamsiev Azamat Muhiddinovich**  
Doctor of Medicine, Professor  
**Beknazarov Jumanazar Beknazarovich**  
Doctor of Medicine, Professor

**Leading organization:** **The state budget educational institution of the higher professional education «Russian National Research Medical University under the name of Pirogov N.I.» Moscow, Russia**

The defense will be take place on «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 at \_\_\_\_ o'clock at the meeting of the scientific council dsc.27.06.2017.tib.49.01 at the Republican specialized scientific and practical medical centre of surgery named after academician V.Vakhidov and Tashkent medical academy. (address: 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str. 10, Republican specialized scientific and practical medical center of surgery named after academician V.Vakhidov; phone: (99891) 227-69-10; fax: (99871) 227-26-42; e-mail: [cs.75@mail.ru](mailto:cs.75@mail.ru)).

The dissertation is available in the Information Resource Center of the Republican specialized scientific and practical medical centre of surgery named after academician V.Vakhidov (Registration number №23), (Adress 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str., 10. Phone: (99871) 227-69-10; fax (99871) 227-26-42).

Abstract of the dissertation has been sent on «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 y.  
(mailing report № \_\_\_\_ of \_\_\_\_\_ 2018y.)

**F.G. Nazyrov**  
Chairman of the scientific council to award of scientific degrees, doctor of medicine, professor, academician

**A.Kh.Babadjanov**  
Scientific secretary of the scientific council to award of scientific degrees, doctor of medicine

**A.V. Devyatov**  
Chairman of the scientific seminar at the scientific council to award a scientific degrees doctor of medicine, professor



## INTRODUCTION (abstract of PhD thesis)

**The aim of the research work:** the improvement of results of surgical correction of the basic clinical forms of anorectal malformations in the girls on the basis of optimization of diagnostics, choice of tactics and way of surgical intervention.

**The object of the research work:** there were 160 girls of the age of from 1 day till 15 years with anorectal anomalies before and after operative intervention? Receiving treatment in the Clinic of Tashkent Pediatric Medical Institute during the period from 2004 to 2015.

**The scientific novelty of the research work** is as follows:

The way of surgical correction is developed at intermediate and low fistulous forms of anorectal anomalies in children;

The clinical features and data of auxiliary methods of diagnostics of the basic clinical forms APM in the girls systematized;

It is proved, that associated anomalies in 94 % of cases do not influence negatively on the state of children, however appeared to be the provoking factor of aggravation of the frequent postoperative functional and residual disorders;

The comparative characteristic of tactics being undertaken and various ways of operative intervention are investigated.

**Introduction of research results.** According to the results of a scientific study to improve the results of surgical correction of ARM in girls:

The method of surgical correction for intermediate and low fistiform forms of anorectal anomalies in children has been developed (patent No. IAP 04995, 2014). The proposed method allowed to improve immediate and long-term results of treatment of patients with APM;

The methodical recommendations "Diagnosis and treatment of anorectal anomalies in children" (Letter of the Ministry of Health №8 Н-Д/19 of January 31, 2018). The suggested recommendations allowed to improve the quality of diagnostics of anorectal anomalies, to reduce the frequency of postoperative complications;

The scientific results of the thesis on improving the results of surgical correction of ARM in girls are introduced into practical healthcare activities, in particular, in the practical activities of the Republican Perinatal Center and City Children's Surgical Clinical Hospital No. 2 in Tashkent (Letter of the Ministry of Health №8 Н-Д/19 of January 31, 2018). The admission of the proposed complex of diagnostics and treatment of girls with ARM allowed to improve the quality of examination and surgical treatment, to reduce the incidence of complications from 10.1% to 3.2 and lethal outcomes.

**Structure and scope of the dissertation.** The dissertation consists of an introduction, five chapters, conclusions, a list of cited literature. The volume of the text material is 120 pages.

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

**I бўлим (I часть; part I)**

1. Отамурадов Ф.А., Эргашев Н.Ш., Дусалиев Ф.М. «Способ хирургической коррекции при промежуточных и низких свищевых формах аноректальных аномалий у детей» Патент на изобретение Республики Узбекистан: № IAP 04995 от 11.12.2014 г.

2. Эргашев Н.Ш., Отамурадов Ф.А., Дусалиев Ф.М. Тактика лечения при аноректальных аномалиях у девочек.// Педиатрия. – Ташкент, 2011. - №3-4. - С. 41-45. (14.00.00. №16)

3. Эргашев Н.Ш., Отамурадов Ф.А., Дусалиев Ф.М., Якубов Э.А. Маркаев А.Я. Показание и результаты колостомии при аноректальных аномалиях у девочек.// Вестник хирургии им. И. И. Грекова. Санкт-Петербург, 2012. - Т. 173, № 4. - С. 63-67. (14.00.00. №120)

4. Эргашев Н.Ш., Отамурадов Ф.А. Частота, нозологическая структура и анатомические особенности аноректальных аномалий у девочек.// Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. – Ташкент, 2016. - №2. - С. 51-55. (14.00.00, № 17).

5. Отамурадов Ф.А., Эргашев Н.Ш. Сочетанные аномалии при аноректальных аномалиях у девочек.// Хирургия Узбекистана. – Ташкент, 2016. - №2. - С. 53-56. (14.00.00. №9)

6. Отамурадов Ф.А., Эргашева Н.Н., Пояснично-крестцовый и нейроспинальный дисрафизм при аноректальных аномалиях у девочек.// Педиатрия. – Ташкент, 2016. - №2. - С. 83-87. (14.00.00. №16)

7. Ergashev N.SH., Otamuradov F.A., Ergasheva N.N. Anomalies of spine and spinal cord in children with anorectal malformations.// European science review - Austria, Vienna, 2016. – N 9-10. September-October. – pp. 148-150. (14.00.00. №19)

8. Отамурадов Ф.А., Эргашев Н.Ш. Персистирующая клоака у девочек проблемы диагностики и хирургической коррекции.// Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – Москва, 2016. - № 4. - С. (14.00.00. №121)

9. Эргашев Н.Ш., Отамурадов Ф.А., Анатомические особенности основных клинических форм аноректальных мальформаций у девочек.// Педиатрия. – Ташкент, 2017. - №3. - С. 113-116. (14.00.00. №16)

**II бўлим (II часть; part II)**

10. Эргашев Н.Ш., Отамурадов Ф.А., Дусалиев Ф.М. Диагностика и лечение аноректальных аномалий у детей// Методические рекомендации. – Ташкент, 2012. – С.30.

11. Эргашев Н.Ш., Отамурадов Ф.А., Дусалиев Ф.М. Диагностика и лечение персистирующей клоаки у детей// Материалы Республиканской научно-практической конференции 23 марта «Медико – организационные аспекты оказания помощи детям и подросткам». – Ташкент, 2011. - С. 281.

12. Эргашев Н.Ш., Отамурадов Ф.А., Дусалиев Ф.М. Коррекция аноректальных аномалий у девочек заднее сагиттальным доступом. // II – съезд детских хирургов Республики Узбекистана. Сборник тезисов. – Ташкент, 2011. - С. 98-99.

13. Эргашев Н.Ш., Отамурадов Ф.А. Сочетанные пороки развития при аноректальных аномалиях у девочек. // Материалы XVII Республиканской научно-практической конференции «Вахидовские чтения – 2013» / Ж. O'zbekiston xirurgiyasi. – Ташкент, 2013. - №3. - С.99-100.

14. Эргашев Н.Ш., Отамурадов Ф.А., Дусалиев Ф.М. Частота различных анатомических форм аноректальных аномалий у девочек. // Материалы XVII Республиканской научно-практической конференции «Вахидовские чтения – 2013»/ Ж. O'zbekiston xirurgiyasi. – Ташкент, 2013. - №3. - С.100.

15. Эргашев Н.Ш., Отамурадов Ф.А. Выбор тактики и срока оперативного лечения при аноректальных аномалиях у девочек /“Болалар хирургияси ва анестезиология реаниматологияда замонавий диагностика ва даволash технологиялари” Республика илмий-амалий анжумани материаллари, 25-26 апрел 2014 йил, Андижон, 165 бет.

16. Эргашев Н.Ш., Отамурадов Ф.А. Хирургическое лечение при аноректальных аномалиях у девочек. // Материалы XIII Российского конгресса «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии» / Ж. Российский Вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии, приложение. – Москва, 2014. – С.113-114.

17. Эргашев Н.Ш., Отамурадов Ф.А., Дусалиев Ф.М. Анатомические формы и виды хирургической коррекции аноректальных аномалий у детей. // Материалы 12-й Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: вопросы организации экстренной медицинской помощи при острых заболеваниях и травмах у детей» / Ж. Вестник экстренной медицины. – Ташкент, 2014. – №2. –С. 133-134.

18. Отамурадов Ф.А. Частота встречаемости различных анатомических форм аноректальных аномалий у девочек.// Международная конференция «Достижения и перспективы специализированной медицинской помощи детям (Узбекская модель)». Сборник тезисов. Ташкент, 2015. – С.75.

19. Отамурадов Ф.А. Диагностика и лечение клоакальных форм аноректальных аномалий. // Материалы научно-практической конференции с международным участием 27-28 мая «Современные лечебно-диагностические технологии в хирургии и анестезиологии детского возраста», – Ташкент, 2016. - С. 73-74.

20. Эргашев Н.Ш., Отамурадов Ф.А. Сопутствующие пороки развития при аноректальных аномалиях у девочек. // Материалы научно-практической

конференции с международным участием 27-28 мая «Современные лечебно-диагностические технологии в хирургии и анестезиологии детского возраста», – Ташкент, 2016. - С. 136-137.

21. Эргашева Н.Н., Отамурадов Ф.А. Спинальный дисрафизм при аноректальных аномалиях у девочек. // Материалы научно-практической конференции с международным участием 27-28 мая «Современные лечебно-диагностические технологии в хирургии и анестезиологии детского возраста», – Ташкент, 2016. - С. 137-138.

22. Отамурадов Ф.А. Диагностика и лечение свищевых форм аноректальных аномалий у девочек. // Материалы II съезда детских хирургов России. Москва, 2016. – С. 130.

23. Отамурадов Ф.А. Сочетанные пороки развития при аноректальных мальформациях у девочек. // Республиканская конференция: «Достижения, проблемы и перспективы в области охраны здоровья матери и ребенка в Узбекистане: Опыт регионов». Сборник тезисов Ташкент, 2016 год 14-15 декабря. – С. 51-52.

24. Эргашев Н.Ш., Отамурадов Ф.А. Выбор тактики у новорожденных с АРМ у девочек. // V Республиканская научно-практическая конференция с международным участием: «Актуальные вопросы детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии». Сборник тезисов Ташкент, 2017 год 10-11 ноября. – С. 39.

25. Эргашев Н.Ш., Отамурадов Ф.А. Диагностика и лечение основных клинических вариантов аноректальных мальформаций у девочек// V Республиканская научно-практическая конференция с международным участием: «Актуальные вопросы детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии». Сборник тезисов Ташкент, 2017 год 10-11 ноября. – С. 40.

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси» журнали  
тахририятида тахрирдан ўтказилди «2» май 2018 йил

Бичими 84x60 <sup>1</sup>/<sub>16</sub> “Times New Roman” гарнитураси рақами босма усулда босилди.  
Шартли босма табағи 2,75. Адади 100. Буюртма № 10.

“ЎзР Фанлар академияси Асосий кутубхонаси” босмахонасида чоп этилди.  
100170, Тошкент, Зиёлилар кўчаси, 13-уй