

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМий ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/31.10.2024.Tib.102.03
РАҚАМЛИ ИЛМий КЕНГАШ АСОСИДАГИ БИР МАРТАЛИК
ИЛМий КЕНГАШ**

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

ЗАЙНИЕВ СУХРОБ САБИРОВИЧ

**ОШҚОЗОН-ИЧАК ТРАКТИНИНГ ТУҒМА НУҚСОНЛАРИ БЎЛГАН
БОЛАЛАРНИ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ЯҚИН ВА УЗОҚ
ДАВРЛАРДА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ ДАСТУРИНИ ИШЛАБ
ЧИҚИШ**

**14.00.12-Тиббий реабилитология
14.00.35-Болалар хирургияси**

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

Самарқанд-2025

Фан доктори (DSc) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктор наук (DSc)

Contents of dissertation abstract doctor of philosophy (DSc)

Зайниев Сухроб Сабинович

Ошқозон-ичак трактининг туғма нуқсонлари бўлган болаларни операциядан кейинги яқин ва узоқ даврларда реабилитация қилиш дастурини ишлаб чиқиш 3

Зайниев Сухроб Сабинович

Разработка программы реабилитации детей с врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта в ближайшие и отдаленные послеоперационные периоды..... 29

Zayniev Sukhrob Sabirovich

Development of a rehabilitation program for children with congenital defects in the gastrointestinal tract in the close and long-term post-operation periods..... 55

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works..... 59

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/31.10.2024.Tib.102.03
РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ АСОСИДАГИ БИР МАРТАЛИК
ИЛМИЙ КЕНГАШ**

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

ЗАЙНИЕВ СУХРОБ САБИРОВИЧ

**ОШҚОЗОН-ИЧАК ТРАКТИНИНГ ТУҒМА НУҚСОНЛАРИ БЎЛГАН
БОЛАЛАРНИ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ЯҚИН ВА УЗОҚ
ДАВРЛАРДА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ ДАСТУРИНИ ИШЛАБ
ЧИҚИШ**

**14.00.12-Тиббий реабилитология
14.00.35-Болалар хирургияси**

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

Самарқанд-2025

Фан доктори (DSc) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида № B2025.1.DSc/Tib496 рақами билан рўйхатга олинган.

Диссертация Самарқанд Давлат тиббиёт университетида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-соҳифасида (www.sammu.uz) ва «Ziyonet» Ахборот таълим порталида (www.ziyonet.uz) жойлаштирилган.

Илмий маслаҳатчилар:

Ризаев Жасур Алимжанович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Шамсиев Жамшид Азаматович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Мавлянова Зилола Фархадовна
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Акилов Хабибулла Атауллаевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Собирова Гузал Наимовна
тиббиёт фанлари доктори, профессор.

Етакчи ташкилот:

Абуали ибни Сино номидаги Тожикистон
давлат тиббиёт университети.

Диссертация ҳимояси Самарқанд давлат тиббиёт университети ҳузуридаги DSc.04/31.10.2024.Tib.102.03 рақамли Илмий кенгаш асосидаги бир марталик Илмий кенгашнинг 2025 йил «_____» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100100, Самарқанд ш., Амир Темур кўчаси 18-уй, 2.Тел/факс: (+998662330766) 2330766, e-mail: sammu@sammu.uz)

Диссертацияси билан Самарқанд давлат тиббиёт университетининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (____ рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 100100, Самарқанд ш., Амир Темур кўчаси 18-уй, 2.Тел/факс: (+998662330766) 2330766

Диссертация автореферати 2025 йил «_____» _____ да тарқатилди.

(2025 йил «_____» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

Н.А. Ярмухамедова

Илмий даражалар берувчи бир марталик илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, доцент

Ж.А. Исмаилов

Илмий даражалар берувчи бир марталик илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари номзоди, доцент

О.А.Хамидов

Илмий даражалар берувчи бир марталик илмий кенгаш асосидаги бир марталик илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Фан доктори (DSc) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида № B2025.1.DSc/Tib496 раками билан рўйхатга олинган.

Диссертация Самарканд Давлат тиббиёт университетида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-соҳифасида (www.sammu.uz) ва «Ziyonet» Ахборот таълим порталида (www.ziyonet.uz) жойлаштирилган.

Илмий маслаҳатчилар:

Ризаев Жасур Алимжанович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Шамсиев Жамшид Азаматович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Мавлянова Зилола Фархадовна
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Акилов Хабибулла Атауллаевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Собирова Гузал Наимовна
тиббиёт фанлари доктори, профессор.

Етакчи ташкилот:

Абуали ибни Сино номидаги Тожикистон
давлат тиббиёт университети.

Диссертация химояси Самарканд давлат тиббиёт университети ҳузуридаги DSc.04/31.10.2024.Tib.102.03 ракамли Илмий кенгаш асосидаги бир марталик Илмий кенгашнинг 2025 йил « 10 » XV соат 10⁰⁰ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100100, Самарканд ш., Амир Темур кўчаси 18-уй, 2.Тел/факс: (+998662330766) 2330766, e-mail: sammu@sammu.uz)

Диссертацияси билан Самарканд давлат тиббиёт университетининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (____ раками билан рўйхатга олинган). Манзил: 100100, Самарканд ш., Амир Темур кўчаси 18-уй, 2.Тел/факс: (+998662330766) 2330766

Диссертация автореферати 2025 йил « 10 » XII да таркатилди.

(2025 йил « 10 » XV даги 12 ракамли реестр баённомаси).



Н.А. Ярмухамедова

Илмий даражалар берувчи бир марталик илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, доцент

Ж.А. Исмаилов

Илмий даражалар берувчи бир марталик илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари номзоди, доцент

О.А.Хамидов

Илмий даражалар берувчи бир марталик илмий кенгаш асосидаги бир марталик илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

КИРИШ (фан докторлик (DSc) диссертациясининг аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурияти.

Ошқозон-ичак трактининг (ОИТ) туғма нуқсонлари янги туғилган чақалоқларда эрта жарроҳлик аралашувини талаб қиладиган аномалиялар орасида етакчи ўринлардан бирини эгаллайди. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, ҳар йили дунё бўйлаб 8 миллионга яқин бола турли хил туғма аномалиялар билан туғилади, уларнинг тахминан 9-12 фоизи овқат ҳазм қилиш тизимининг ривожланиш нуқсонларига тўғри келади. Ушбу патологиялар, айниқса, ресурслари чекланган мамлакатларда барча неонатал ўлимларнинг 20 фоизига ва болалар ногиронлигининг сезиларли улушига сабаб бўлмоқда. Неонатал жарроҳлик соҳасидаги замонавий ютуқлар ОИТ нуқсонлари бўлган болаларнинг омон қолиш даражасини сезиларли даражада оширишга имкон бериб: масалан, ривожланган мамлакатларда қизилўнғач атрезиясида бу кўрсаткич 90 фоиздан ошади, гастрошизисда эса 70-85 фоизни ташкил этади. Бироқ, паст ва ўрта даромадли мамлакатларда омон қолиш кўрсаткичлари анча паст бўлиб қолмоқда - кўпинча 40-50 фоиздан ошмайди. Бу нафақат кеч ташхис қўйиш, балки операциядан кейинги тизимли ва реабилитация ёрдамининг йўқлиги билан ҳам боғлиқ. ЖССТ ўзининг стратегик хужжатларида ("Global Initiative for Childhood Surgical Care," 2022 й.; "World Rehabilitation Alliance Framework," 2023 й.)¹ туғма ривожланиш нуқсонлари бўлган болаларни тиббий, овқатланиш, жисмоний ва психологик-ижтимоий жиҳатдан реабилитация қилишни ўз ичига олган комплекс ёндашув зарурлигини таъкидлайди. Асосий мақсад нафақат боланинг омон қолиши, балки унинг функционал фаоллигини, жисмоний ва когнитив ривожланишини, ҳаёт сифатини тиклаш ва жамиятга мослашувини таъминлашдир.

Жаҳонда ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари бўлган болаларни операциядан кейинги яқин ва узоқ даврларда реабилитация қилиш дастурларини ишлаб чиқиш болалар жарроҳлик ва болалар реабилитация тиббиётининг устувор йўналишларидан бири сифатида қаралмоқда. Бундай ёндашув асоратлар частотасини камайтиришга, ўсиш ва жисмоний ривожланиш кўрсаткичларини яхшилашга, шунингдек, касалхонада ётиш муддатини қисқартиришга қаратилган. Сўнгги йиллардаги тадқиқотлар шуни кўрсатадики, болалар жарроҳлигида эрта тикловчи даволаш протоколларини (ERAS - Enhanced Recovery After Surgery) жорий этиш операциядан кейинги асоратлар частотасини 30-40 фоизга камайтириш, касалхонада ётиш муддатини 3-5 кунга қисқартириш ва мустақил энтерал овқатланишга ўтишни 20-25 фоизга тезлаштириш имконини беради.

Ўзбекистон Республикасида ҳам ошқозон-ичак тракти туғма ривожланиш нуқсонлари муаммоси юқори тиббий-ижтимоий аҳамиятга эга бўлиб қолмоқда. Маҳаллий манбаларга кўра, овқат ҳазм қилиш тизимининг туғма аномалиялари частотаси 100 та перинатал аутопсияга тахминан 3,4 ҳолатни

¹ Туғма нуқсонлар ҳақида ЖССТ маълумоти // 2025 йил 14 март (<https://www.who.int/health-topics/congenital-anomalies>)

ташқил қилади, бу янги туғилган чақалоқларда аниқланган барча ривожланиш нуқсонларининг тахминан 21-22 фоизига тўғри келади. Туғма гипертрофик пилоростеноз, қизилўнғач атрезияси, гастрошизис ва ичак атрезияси каби касалликлар энг кўп учрайди.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини янада ривожлантириш ва халқаро стандартларга яқинлаштириш, жумладан, болаларда операциядан кейинги асоратларни эрта ташхислаш, хирургик даволаш ва олдини олишни такомиллаштириш бўйича изчил чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. 2022-2026 йилларга мўлжалланган "Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси"нинг етти устувор йўналиши доирасида малакали тиббий ёрдам, хусусан, бирламчи тиббий-санитария ёрдами сифатини ва ундан фойдаланиш имкониятини оширишга алоҳида эътибор қаратилмоқда.

Белгиланган устувор йўналишларга мувофиқ, болаларда жарроҳлик аралашувларидан кейинги реабилитация амалиётини таҳлил қилиш ва такомиллаштиришга қаратилган илмий тадқиқотларни ўтказиш долзарб ва зарурдир. Ушбу тадқиқот Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон "2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида"ги Фармонида белгиланган вазифаларни амалга оширишга хизмат қилади². Ишнинг мавзуси Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон "Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида"ги Фармони, 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сон "Бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари фаолиятига мутлақо янги механизмларни жорий қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислохотлар самарадорлигини ошириш тўғрисида"ги Фармони, шунингдек Вазирлар Маҳкамасининг 2021 йил 28 июлдаги ПҚ-5199-сон "Ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини янада такомиллаштириш тўғрисида"ги ва 2018 йил 18 декабрдаги ПҚ-4063-сон "Юқумли бўлмаган касалликларнинг олдини олиш, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва аҳолининг жисмоний фаоллиги даражасини ошириш чора-тадбирлари тўғрисида"ги қарорларида белгиланган вазифаларни амалга оширишга хизмат қилади.

Шундай қилиб, ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари бўлган болаларни операциядан кейинги яқин ва узоқ даврларда реабилитация қилиш дастурини ишлаб чиқиш давлатнинг тиббий ёрдам самарадорлигини ошириш, ҳаёт сифатини яхшилаш ва болалар аҳолисининг ногиронлигини камайтиришга қаратилган стратегик мақсадларига тўлиқ мос келади.

Тадқиқотнинг Ўзбекистон Республикасида фан ва техника ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги.

Ушбу диссертацион тадқиқот республика фан ва технология ривожланишининг VI устувор йўналиши – «Тиббиёт ва фармакология» йўналишига мувофиқ равишда амалга оширилган.

² Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон "2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида"ги Фармони

Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий адабиётларда ёритилганлиги³. Жаҳоннинг етакчи тиббиёт ва илмий-таълим муассасаларида ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари бўлган болаларга кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини баҳолаш ва жарроҳлик даволашни ташкил этишни такомиллаштиришга бағишланган тадқиқотлар фаол олиб борилмоқда. Улар орасида - Department of Medicine, Boston University Medical Center (АҚШ), Robert Koch Institute ва Institute for Quality and Efficiency in Health Care (Германия), National Institute for Health and Welfare (Финляндия), Department of Medicine, University of Calgary (Канада), Great Ormond Street Hospital for Children (Буюк Британия), Boston Children's Hospital (АҚШ), Children's Hospital of Philadelphia (АҚШ), Charité - Universitätsmedizin Berlin (Германия), Karolinska Institute (Швеция), University of Toronto (Канада), National Center for Child Health and Development (Япония), Bambino Gesù Pediatric Hospital (Италия), шунингдек, Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ), UNICEF, European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) ва International Pediatric Surgical Research Society (IPSR) халқаро ташаббуслари доирасида, шунингдек, Россия Федерациясининг етакчи марказлари - И.М. Сеченов номидаги Биринчи Москва давлат тиббиёт университети ва Санкт-Петербург дипломдан кейинги таълим тиббиёт академияси ҳам етакчи марказлар ҳисобланади. Ўзбекистонда шунга ўхшаш тадқиқотлар Самарқанд давлат тиббиёт университети базасида олиб борилмоқда, у ерда туғма аномалиялар билан туғилган чақалоқларга жарроҳлик ва реабилитация ёрдами кўрсатишнинг минтақавий моделларини ишлаб чиқишга эътибор қаратилмоқда.

Кўп йиллик халқаро тадқиқотлар натижасида тиббий ёрдам сифати ва самарадорлигини баҳолашнинг услубий ёндашувлари ишлаб чиқилган бўлиб, улар даволаш натижаларининг клиник кўрсаткичларини ҳам, қўлланиладиган технологияларнинг иқтисодий асосланганлигини ҳам ўз ичига олади (Institute for Quality and Efficiency in Health Care, Germany). Ушбу маълумотлар соғлиқни сақлаш сифатининг замонавий концепциялари ва болаларга жарроҳлик ёрдамини узлуксиз мониторинг қилиш тизимларига асос бўлди. Сўнгги йилларда неонатал хирургия соҳасида сезиларли ютуқлар қайд этилмоқда, бунга анестезиологиянинг ривожланиши, интенсив терапия усуллариининг такомиллаштирилиши, минимал инвазив технологиялар ва эрта тикланиш протоколларининг (ERAS) (National Institute for Health and Welfare, Finland) жорий этилиши ёрдам берди. Бироқ, эришилган ютуқларга қарамай, ошқозон-ичак йўлининг оғир туғма нуқсонлари бўлган чақалоқларни даволаш натижалари ҳали ҳам мақбул даражадан анча узоқ. Қизилўнғач ва ичак атрезияси ҳамда стенози, ичак найининг фиксацияси ва ротацияси нуқсонлари, гастрошизис, омфалотцеле каби патологияларда, айниқса эрта неонатал даврда, асоратлар ва операциядан кейинги ўлим ҳолатлари юқори даражада

³ Обзор зарубежных научных исследований по теме диссертации разработан на основе сайтов www.washington.edu, www.ku.edu, www.atlantaoralpathology.com, www.unisr.it, www.unipv.it, www.uksh.de, www.keio.ac.jp, www.ico.gencat.cat, www.uoa.gr, www.ufsc.br, www.yonsei.ac.kr, www.sydney.edu.au, www.jazanu.edu.sa, www.rims.edu.in, www.rnloi.ru, www.cancercenter.uz, www.toshvilonko.uz.

кузатилмоқда. Салбий натижалар кўп жиҳатдан беморларни бошқаришнинг ягона протоколлари йўқлиги, жарроҳлик аралашуви муддатларини оптималлаштиришдаги фарқлар, шунингдек, операциядан олдинги тайёргарлик ва операциядан кейинги реабилитацияга ёндашувларнинг бир хил эмаслиги билан боғлиқ.

Муаммони ўрганилганлик даражаси.

Туғма нуқсонлар замонавий соғлиқни сақлашнинг энг муҳим тиббий-ижтимоий муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Жаҳон статистикаси маълумотларига кўра, чақалоқларнинг тахминан 5-5,5% да туғма нуқсонлар учрайди, уларнинг болалар ўлими таркибидаги ҳиссаси тахминан 20% ва ундан юқори. Туғма аномалияларда ўлим 30-40% оралиғида ўзгариб туради, 30% ҳолларда эса кўплаб ривожланиш нуқсонлари қайд этилади (Исмаилова Ю.С., 2011; Аверин В.И. ва ҳаммуал., 2015; Manoj Saha, 2015). Неонатал ўлим сабаблари орасида туғма нуқсонлар тахминан 7% ни ташкил қилади.

Ўзбекистон Республикасида сўнгги йилларда чақалоқлар ўлимининг сабаблари орасида туғма нуқсонлар етакчи ўринни эгаллаб, 22,6-22,8% ни ташкил этди. Юқори технологик жарроҳлик ёрдами ва операциядан кейинги ихтисослаштирилган кузатувни талаб қиладиган ошқозон-ичак трактининг туғма нуқсонлари гуруҳи алоҳида долзарблик касб этади. Замонавий педиатрик жарроҳликнинг ютуқларига қарамай, ушбу нуқсонларда ўлим даражаси юқори бўлиб қолмоқда - 25% дан 57% гача, нуқсонларнинг баъзи турларида эса 100% га етиши мумкин (Искакова А.К. ва ҳаммуал., 2018).

Мамлакатда янги туғилган чақалоқлар жарроҳлигига ихтисослашган марказлар ниҳоятда камлиги муаммонинг мураккаблигини янада оширади. Шу муносабат билан бир ёшгача бўлган болалар, шу жумладан янги туғилган чақалоқларнинг катта қисми зарур асбоб-ускуналар ва ушбу тоифадаги беморларни парвариш қилиш учун тайёрланган мутахассислар бўлмаган умумий жарроҳлик бўлимларида даволанади.

Овқат ҳазм қилиш трактининг туғма аномалияларининг морфологик хусусиятлари, клиник кўринишлари ва учраш частотасини ўрганиш оптимал жарроҳлик тактикасини аниқлаш, беморларни йўналтириш ва кейинги реабилитация дастурларини ишлаб чиқиш учун ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари бўлган болалар орасида ўлим ва ногиронликнинг юқори кўрсаткичлари янги туғилган чақалоқларга жарроҳлик ёрдами кўрсатиш тизимини янада такомиллаштириш, ягона клиник протоколларни ишлаб чиқиш, шунингдек, пренатал ташхис ва ҳомилада тасдиқланган ташхисни ҳисобга олган ҳолда перинатал маршрутлашни жорий этиш зарурлигини тақозо этади. Мавжуд тиббий ёрдамни ташкил этишни таҳлил қилиш шуни кўрсатадики, ушбу йўналиш даволаш натижаларини яхшилаш ва омон қолган беморларнинг ҳаёт сифатини оширишга қаратилган тизимли илмий ва амалий ишланмаларни талаб қилади.

Диссертацион тадқиқот Самарқанд давлат тиббиёт университетининг илмий-тадқиқот режасига мувофиқлиги «Ижтимоий аҳамиятга эга бўлган юқумли ва юқумсиз касалликларнинг олдини олиш,

диагностикаси ва даволашнинг илғор технологияларини ишлаб чиқиш» илмий йўналиши доирасида амалга оширилди (давлат рўйхат рақами 012400288).

Тадқиқотнинг асосий мақсади ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари бўлган чақалоқларга операциядан кейинги яқин ва узоқ муддатларда реабилитация ёрдамини ташкил этиш тизимини такомиллаштириш.

Тадқиқот вазифалари:

Самарқанд вилояти мисолида ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари шаклланишининг эпидемиологик жиҳатларини, шунингдек, ҳомиладор аёлларнинг ижтимоий-биологик, соматик, гинекологик ҳолатини таҳлил қилиш асосида ушбу патологиялар пайдо бўлишининг хавф омилларини ўрганиш ва уларнинг перинатал диагностикадаги ролини аниқлаш;

ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонларини эрта аниқлашнинг аниқлигини ошириш, жарроҳлик аралашуви тактикасини оптимал режалаштириш ва реабилитация салоҳиятини прогнозлаш мақсадида ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонларини пренатал ва постнатал ташхислашнинг замонавий ёндашувларини таҳлил қилиш;

янги туғилган чақалоқларда ошқозон-ичак тракти ривожланишининг оғир туғма нуқсонлари, шу жумладан ичак атрезияси ва стенози, гастрошизис, Гиршпрунг касаллиги ва аноректал нуқсонлар каби патологияларни ташхислашнинг замонавий усуллари, жарроҳлик тактикаси ва реабилитация ёндашувларининг самарадорлигини баҳолаш;

ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари бўлган чақалоқларни жарроҳлик йўли билан даволашда нохуш натижалар ва операциядан кейинги асоратлар, шу жумладан узоқ муддатли асоратлар сабабларини аниқлаш ва беморларни олиб бориш алгоритмига ўлимни камайтириш ва прогнозни яхшилашга таъсир қилувчи тиббий реабилитация воситаларини киритишнинг мақсадга мувофиқлигини аниқлаш;

олинган маълумотларни ҳисобга олган ҳолда, Самарқанд вилояти мисолида ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари бўлган чақалоқларда операциядан кейинги яқин ва узоқ даврларда реабилитация ёрдамини ташкил этишнинг ҳал этилмаган муаммоларини тизимлаштириш;

ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари бўлган беморларда операциядан кейинги яқин ва узоқ даврларда комплекс кўп тармоқли реабилитация ёрдами тизимини такомиллаштириш бўйича чора-тадбирларнинг натижадорлиги ва самарадорлигини баҳолаш;

Самарқанд вилояти мисолида ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари бўлган беморларга операциядан кейинги яқин ва узоқ даврларда реабилитация ёрдамини ташкил этиш тизимининг ташкилий-функционал моделини ишлаб чиқиш.

Тадқиқот объекти: Республика перинатал маркази, вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази ҳамда Самарқанд давлат тиббиёт университети 2-клиникаси фаолиятига оид меъёрий-ҳукукий ҳужжатлар ва ҳисоботлар (2021-2024 йиллар).

Тадқиқот предмети: стационар шароитида тиббий ёрдам сифатини баҳолашнинг меъёрий-ҳукукий асосларини таҳлил қилиш, ўз вақтида ёрдам

кўрсатиш, профилактика, ташхис, даволаш ва реабилитация усуллари танлашнинг асосланганлиги, шунингдек, режалаштирилган клиник ва функционал натижаларга эришиш даражаси каби асосий параметрларни ўрганиш.

Тадқиқот усуллари: нусха кўчириш, таҳлилий, эксперт, иқтисодий, прогнозлаш усуллари, клиник текширув ва статистик таҳлил.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

илк бор ошқозон-ичак тракти туғма ривожланиш нуқсонлари (ОИТ ТРН) частотаси ҳар 1000 нафар чақалоқларнинг 1,8 тасида ушбу касаллик аниқланган ва уларнинг юзага келишида ҳомиладор аёллардаги камқонлик (41,3%), сурункали экстрагенитал касалликлар (38,7%), ҳомиладорлик бўйича кеч рўйхатга олиниш ҳамда салбий экологик омиллар асосий хавф факторлари сифатида илмий асосланган;

ошқозон-ичак тракти туғма ривожланиш нуқсонларининг турли шакллариининг операциядан кейинги комплекс таҳлили орқали ичак эвакуатор функция (32%) ва малабсорбция белгилари (58,3%) секинлашиши ҳамда аноректал малформациялар частотасининг 2,1 баробар ортиши аниқланган;

ошқозон-ичак трактининг туғма нуқсонлари бўлган болаларни операциядан кейинги асоратлар 38,5 % дан 17,2 % гача камайгани ва беморларнинг стационарда қолиш муддати ўртача 6,4 кунга қисқариши махсус реабилитация дастуриининг жорий этилиши натижасида эканлиги исботланган;

ошқозон-ичак тракти туғма ривожланиш нуқсонлари бўлган чақалоқлар учун босқичма-босқичлик, мултидисциплинар ёндашув ва рақамли кузатув (телетиббиёт, ота-оналар мактаби) тамойилларига асосланган ихтисослаштирилган реабилитация маркази модели амалиётга жорий этилиши натижасида беморларнинг такрорий госпитализациясини камайтириши ҳамда болалардаги нутритив етишмовчиликни бартараф этиши исботланган;

ошқозон-ичак тракти туғма ривожланиш нуқсонлари (ОИТ ТРН) бўлган болаларда операциядан кейинги даврда нутритив қўллаб-қувватлаш ва физиотерапияни уйғунлаштирган инновацион реабилитация усули қўлланилиши натижасида болалар организмнинг умумий адаптацион имкониятларининг ошиши ҳамда тикланиш муддатини қисқариши аниқланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

янги туғилган чақалоқларда ошқозон-ичак тракти (ОИТ) ривожланишининг энг кенг тарқалган туғма нуқсонларини, шу жумладан гастрошизис, Гиршпрунг касаллиги ва аноректал нуқсонларни ташхислаш ва жарроҳлик даволашнинг дифференциал алгоритмлари ишлаб чиқилди ва жорий этилди. Ушбу алгоритмларни қўллаш неонатал жарроҳлик ёрдам кўрсатиш самарадорлигини ошириш, босқичли коррекция усуллари ва минимал инвазив технологияларни ўз вақтида қўллаш орқали операциядан кейинги асоратлар частотасини камайитириш ва ўлим кўрсаткичини пасайитириш имконини берди;

туманлараро ва вилоят перинатал марказлари шароитида ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари билан туғилган чақалоқларни босқичма-босқич олиб

бориш тизими яратилди ва синовдан ўтказилди. У эрта клиник ташхис қўйиш, ҳолатни барқарорлаштириш, ихтисослаштирилган транспорт ва кўп тармоқли кузатувни ўз ичига олади. Ушбу тизимнинг амалиётга жорий этилиши унинг юқори клиник самарадорлигини ва неонатал жарроҳлик ҳамда кейинги реабилитация ўртасидаги узвийликни таъминлаган ҳолда соғлиқни сақлашнинг минтақавий тузилмаларида кенг қўлланилиши мақсадга мувофиқлигини тасдиқлади;

олинган маълумотлар асосида ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари бўлган болаларни босқичма-босқич, мултидисциплинар ёндашув ва оиланинг фаол иштироки тамойилларига асосланган узлуксиз тиббий реабилитация қилиш модели ишлаб чиқилди ва синовдан ўтказилди. Модель йирик педиатрия муассасалари қошидаги реабилитация марказлари учун намунавий алгоритм сифатида тавсия этилиши мумкин. Унинг тузилмасига рақамли воситалар - телетиббиёт маслаҳатлари, онлайн кузатув кундаликлари ва таълим платформалари интеграция қилинди. Бу реабилитация жараёнининг қулайлиги ва самарадорлигини оширади;

"Ота-оналар мактаби" модулли ўқув дастури яратилди. У ота-оналарнинг операциядан кейинги узок даврда болаларни парвариш қилиш, овқатлантириш, асоратларнинг олдини олиш ва ҳиссий мослашув масалаларида компетентлигини оширишга қаратилган. Дастурни амалга ошириш тиббиёт мутахассислари ва беморларнинг оилалари ўртасида фаол ҳамкорликни шакллантиришга ёрдам беради, такрорий касалхонага ётқизиш хавфини камайтиради ва ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари бўлган болаларнинг ҳаёт сифатини яхшилайди.

Тадқиқотда олинган натижаларнинг ишончлилиги ва асослилиги тизимли таҳлил, клиник ва инструментал текширув усуллари ўз ичига олган комплекс услубий ёндашувни қўллаш, шунингдек, замонавий лаборатория, функционал ва биокимёвий тадқиқотлардан фойдаланиш билан таъминланган. Маълумотларни текшириш клиник кузатувларни диагностик ва жарроҳлик аралашувлар натижалари билан таққослаш, ҳамда корреляцион, регрессион ва дисперсион таҳлил усуллари қўллаган ҳолда статистик ишлов бериш орқали амалга оширилди. Бу эса танланманинг вакиллигини, аниқланган ўзаро боғлиқликларнинг ишончлилигини ва чиқарилган хулосаларнинг ҳолислигини тасдиқлаш имконини берди.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.

Тадқиқотнинг илмий аҳамияти шундаки, олинган натижалар чақалоқларда ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонларининг патогенетик механизмлари, хавф омиллари ва кечиш хусусиятлари ҳақидаги замонавий тасаввурларни сезиларли даражада кенгайтиради. Ишда биринчи марта анатомик ва функционал хусусиятларни ҳисобга олган ҳолда жарроҳлик тактикасини танлашга дифференциал ёндашув асосланди, бу эса операциядан кейинги ўлим ва ногиронлик даражасини пасайтириш имконини берди. Ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонларини жарроҳлик йўли билан даволашдан сўнг беморлар ва уларнинг қариндошлари билан ўтказилган социологик сўровнинг ишлаб чиқилган ва синовдан ўтган усули ушбу гуруҳнинг

реабилитация ёрдамига бўлган эҳтиёжлари ҳақидаги илмий билимларни кенгайтирди ва гастроэнтерологик ҳамда реабилитация ёрдами мавжудлигидан қониқишни баҳолашнинг янги мезонларини таклиф қилиш имконини берди. Ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари бўлган беморларнинг шаклланган ахборот-таҳлилий маълумотлар базаси кейинги илмий тадқиқотлар ва даволаш ҳамда реабилитация самарадорлигини клиник-ташкилий баҳолаш ёндашувларини такомиллаштириш учун асос яратади. Тадқиқотнинг амалий аҳамияти шундаки, СамДТУ ихтисослаштирилган болалар хирургик клиникасида ишлаб чиқилган ошқозон-ичак йўллари туғма нуқсонларини эрта ташхислаш, операциядан олдинги барқарорлаштириш ва жарроҳлик даволаш алгоритмлари неонатал жарроҳлар, неонатологлар ва перинатал диагностика мутахассислари амалиётига жорий этилиши мумкин. Операциядан кейинги реабилитацияни ташкил этишнинг яратилган тизими ва унинг ҳажмининг яқин ва узоқ муддатлардаги меъёрий кўрсаткичлари беморларни йўналтиришни оптималлаштириш, ихтисослаштирилган ёрдам кўрсатиш самарадорлигини ошириш ва ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари жарроҳлик йўли билан тузатилган болаларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш имконини беради. Ахборот-таҳлилий маълумотлар базаси реабилитация тадбирларини кузатиш ва режалаштириш воситаси сифатида хизмат қилади, бу эса минтақавий даражада тиббий ёрдамнинг мавжудлиги ва узлуксизлигини оширади.

Тадқиқот натижаларининг жорий этилиши. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий техник кенгашнинг илмий-тадқиқот ишлари натижаларини амалиётга татбиғи бўйича ягона хулоса 2025 йил 10 июндаги 19-сонли йиғилиш баённомасига № 19/55 хулосасига кўра:

биринчи илмий янгилик: илк бор ошқозон-ичак тракти туғма ривожланиш нуқсонлари (ОИТ ТРН) частотаси ҳар 1000 нафар чақалоқларнинг 1,8 тасида ушбу касаллик аниқланган ва уларнинг юзага келишида ҳомиладор аёллардаги камқонлик (41,3%), сурункали экстрагенитал касалликлар (38,7%), ҳомиладорлик бўйича кеч рўйхатга олиниш ҳамда салбий экологик омиллар асосий хавф факторлари сифатида илмий асосланган. Бу бўйича таклифлар Қорақалпоқистон республикаси болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази (05.07.2024 йил, 54лл-сонли буйруғи), Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази (16.07.2024 йил, 7212-сонли буйруғи), Сурхондарё вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази (17.07.2024 йил, 111/2-сонли буйруғи) ва Бухоро вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази (23.07.2024 йил, 7311-сонли буйруғи) амалиётига жорий қилинди. *Ижтимоий самарадорлиги:* ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонларини эрта перинатал ташхислаш ва олдини олиш тизимини жорий этиш перинатал ва чақалоқлар ўлиминини камайтиришга, янги туғилган чақалоқлар ногиронлиги частотасини пасайтиришга ва оилаларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга ёрдам беради. Комплекс фанлараро ёндашувни қўллаш ижобий натижалар улушини 88-90% гача ошириш ва ҳомиладор аёллар ҳамда янги туғилган чақалоқларга тиббий ёрдам кўрсатиш самарадорлигини юксалтиришга имкон беради. *Иқтисодий самарадорлиги:* ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонларини эрта аниқлаш ва

олдини олиш тизимини такомиллаштириш, аномалия хавфи юқори бўлган ҳомиладорлар ва янги туғилган чақалоқларни йўналтиришни оптималлаштириш жарроҳлик даволаш ва реабилитация харажатларини камайтириш имконини беради, ҳар 1000 бемор учун йилига 1,8-2,2 миллиард сўмгача тежашни таъминлайди. Соғлиқни сақлаш ресурсларидан оқилона фойдаланиш неонатал ва перинатал марказлар ишининг самарадорлигини оширишга кўмаклашади. Хулоса: Олинган тадқиқот натижалари ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонларини эрта ташхислаш ва олдини олишнинг илмий асосланган моделига асос бўлди, бу клиник ва ташкилий ечимларнинг самарадорлигини ошириш, ўлимни камайтириш ва янги туғилган чақалоқлар ҳамда ҳомиладор аёлларга тиббий ёрдам сифатини яхшилашни таъминлайди.

иккинчи илмий янгилик: ошқозон-ичак тракти туғма ривожланиш нуқсонларининг турли шаклларининг операциядан кейинги комплекс таҳлили орқали ичак эвакуатор функция (32%) ва малабсорбция белгилари (58,3%) секинлашиши ҳамда аноректал малформациялар частотасининг 2,1 баробар ортиши аниқланган. Бу бўйича таклифлар Қорақалпоқистон республикаси болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази (05.07.2024 йил, 54-сонли буйруғи), Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази (16.07.2024 йил, 7212-сонли буйруғи), Сурхондарё вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази (17.07.2024 йил, 111/2-сонли буйруғи) ва Бухоро вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази (23.07.2024 йил, 7311-сонли буйруғи) амалиётига жорий қилинди. *Ижтимоий самарадорлиги:* ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонларини жарроҳлик йўли билан даволашдан кейин болаларга гастроэнтерологик ёрдамнинг мавжудлиги ва сифатига таъсир қилувчи статистик аҳамиятга эга омилларни аниқлаш, шунингдек, оилаларнинг ушбу ёрдамдан қониқишини башорат қилишнинг регрессия моделларини ишлаб чиқиш тиббий реабилитация тизимининг манзиллилиги ва самарадорлигини ошириш имконини берди. Ушбу моделларни қўллаш асоратлар сонини камайтиришга, болалар ва уларнинг оилалари ҳаёт сифатини яхшилашга, шунингдек, соғлиқни сақлаш тизимида бўлган ишончли мустаҳкамлашга ёрдам беради. Натижада ўз вақтида ва тўлиқ реабилитация ёрдамини олган беморлар улуши 85-90% гача ошди, бу эса болалар саломатлиги ва ижтимоий мослашуви кўрсаткичларида ижобий акс этди. *Иқтисодий самарадорлиги:* прогностик моделларни жорий этиш ва ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонларини жарроҳлик йўли билан даволашдан кейин беморларни йўналтиришни оптималлаштириш соғлиқни сақлаш ресурсларини янада оқилона тақсимлашни, такрорий касалхонага ётқизиш ва асоратларни даволаш харажатларини камайтиришни таъминлади. Узоқ муддатли терапия курсларига бўлган эҳтиёжни камайтириш ва касалхонада қолиш вақтини қисқартириш ҳисобига йилига ҳар 1000 бемор учун ўртача 1,5-2 миллиард сўмгача молиявий маблағ тежалади. Бу болалар жарроҳлиги ва реабилитация тизимининг иқтисодий барқарорлигини оширишга хизмат қилади. Хулоса: тадқиқот натижалари оилаларнинг қониқишини башорат қилиш ва ташкилий-бошқарув қарорларини оптималлаштиришга асосланган ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонларидан кейин болаларни гастроэнтерологик реабилитация

қилишнинг шахсийлаштирилган моделига ўтиш зарурлигини асослаш имконини берди.

учинчи илмий янгилик: ошқозон-ичак трактининг туғма нуқсонлари бўлган болаларни операциядан кейинги асоратлар 38,5 % дан 17,2 % гача камайдигани ва беморларнинг стационарда қолиш муддати ўртача 6,4 кунга қисқариши махсус реабилитация дастурининг жорий этилиши натижасида эканлиги исботланган. Бу бўйича таклифлар Қорақалпоқистон республикаси болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази (05.07.2024 йил, 54лл-сонли буйруғи), Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази (16.07.2024 йил, 7212-сонли буйруғи), Сурхондарё вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази (17 .07 .2024 йил, 111/2-сонли буйруғи) ва Бухоро вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази (23.07.2024 йил, 7311-сонли буйруғи) амалиётига жорий қилинди. *Ижтимоий самарадорлиги:* Ишлаб чиқилган босқичма-босқич тиббий реабилитация дастури ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари (ОИТ ТН) бўлган чақалоқларни тиклашга комплекс ёндашувни таъминлайди. Бу дастур эрта овқатлантиришни қўллаб-қувватлаш, физиотерапия мажмуаси, оиланинг руҳий мослашуви ва метаболик ҳолатни назорат қилишни ўз ичига олади. Илк бор жорий этилган натижаларнинг ҳар томонлама таҳлили чақалоқнинг анатомик хусусиятлари ва ҳолатига қараб жарроҳлик усулини танлаш имконини берди. Бу эса операциядан кейинги асоратлар частотасини 38,5% дан 17,2% гача ($p<0,01$) пасайтирди, ҳаётда қолиш даражасини 15-20% га оширди ва ногиронлик даврини қисқартирди. Дастур илк болалик даврида беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилайдиган, туғруқдан олдинги таъхис самарадорлигини оширади ва оналик ҳамда болаликни муҳофаза қилишнинг барқарор тизимини яратди. *Иқтисодий самарадорлиги:* Босқичма-босқич дастур ва шахсийлаштирилган жарроҳлик даволаш протоколларини жорий этиш касалхонада ётиш муддатини ўртача 6,4 кунга (20-25%) қисқартирди, операциядан кейинги асоратларни даволаш ва реанимация тадбирлари харажатларини камайтирди, шунингдек, такрорий жарроҳлик амалиётлари сонини пасайтирди. Жарроҳлик, анестезиология ва реабилитация ресурсларидан фойдаланишни оптималлаштириш ҳар 1000 нафар бемор учун йилига 1,8-2,2 миллиард сўмгача маблағни тежаш имконини беради ва чақалоқлар жарроҳлик бўлимлари фаолияти самарадорлигини оширади. *Хулоса:* ОИТ ТН билан туғилган чақалоқларни реабилитация қилишнинг илмий асосланган босқичма-босқич дастури ишлаб чиқилди ва жорий этилди. Бу дастур шахсийлаштирилган жарроҳлик протоколлари, овқатлантиришни қўллаб-қувватлаш ва фанлараро ёндашувни ўз ичига олади. Дастур асоратлар частотасини камайтириш, касалхонада ётиш муддатини қисқартириш ва чақалоқларнинг омон қолиш даражасини ошириш орқали ўз самарадорлигини исботлади.

тўртинчи илмий янгилик: ошқозон-ичак тракти туғма ривожланиш нуқсонлари бўлган чақалоқлар учун босқичма-босқичлик, мултидисциплинар ёндашув ва рақамли кузатув (телетиббиёт, ота-оналар мактаби) тамойилларига асосланган ихтисослаштирилган реабилитация маркази модели амалиётга жорий этилиши натижасида беморларнинг такрорий госпитализациясини

камайтириши ҳамда болалардаги нутритив етишмовчилик бартараф этишдаги самарадорлиги исботланган. Бу бўйича таклифлар Қорақалпоқистон республикаси болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази (05.07.2024 йил, 54-сонли буйруғи), Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази (16.07.2024 йил, 7212-сонли буйруғи), Сурхондарё вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази (17.07.2024 йил, 111/2-сонли буйруғи) ва Бухоро вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази (23.07.2024 йил, 7311-сонли буйруғи) амалиётига жорий қилинди. *Ижтимоий самарадорлиги*: янги туғилган чақалоқларда ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонларини (шу жумладан, гастрошизис, ичак атрезияси, Гиршпрунг касаллиги ва аноректал нуқсонлар) эрта ташхислаш, операциядан олдинги барқарорлаштириш ва жарроҳлик даволашнинг оптималлаштирилган алгоритмларини ишлаб чиқиш ва жорий этиш юқори ижтимоий аҳамиятга эга бўлди. Босқичли ва мултидисциплинар ёндашувни қўллаш янги туғилган чақалоқларнинг омон қолиш даражасини 18-22% га ошириш, операциядан кейинги асоратлар частотасини деярли учдан бир қисмга камайтириш, шунингдек, янада қулай функционал натижаларни таъминлаш имконини берди. Тиббий реабилитациянинг комплекс тизими ва беморларнинг автоматлаштирилган маълумотлар базасини жорий этиш узлуксиз кузатув ва даволашни индивидуаллаштириш учун асос яратди. Бу эса ногиронлик хавфини камайтиришга, болалар ва уларнинг оилалари ҳаёт сифатини яхшилашга, шунингдек, минтақавий даражада оналик ва болаликни муҳофаза қилиш тизимини мустаҳкамлашга ёрдам берди. *Иқтисодий самарадорлиги*: ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонларини эрта ташхислаш ва жарроҳлик йўли билан даволашнинг оптималлаштирилган алгоритмларини жорий этиш янги туғилган чақалоқларнинг шифохонада қолишининг ўртача давомийлигини 20-30% га қисқартириш, асоратларни даволаш ва интенсив терапия харажатларини камайтириш, йилига 1000 нафар бемор ҳисобига 2,3-2,7 миллиард сўмгача маблағни тежаш имконини берди. Реабилитация тадбирларини ҳисобга олиш ва режалаштириш жараёнларини автоматлаштириш тиббий ёрдам тизимининг бошқарувчанлигини оширди ва ташкилий қўллаб-қувватлаш харажатларини камайтирди. Узоқ муддатли истиқболда ушбу чора-тадбирлар оилалар ва давлат учун молиявий юкни камайтиришга, соғлиқни сақлаш ресурсларини тақсимлашни оптималлаштиришга ва неонатал жарроҳлик ҳамда реабилитациянинг иқтисодий барқарор моделини шакллантиришга ёрдам беради. *Хулоса*: тадқиқот натижалари ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари бўлган янги туғилган чақалоқларга жарроҳлик ёрдами ва реабилитациясини ташкил этишнинг самарали, клиник йўналтирилган моделини яратиш учун асос бўлди. Бу модель шахсийлаштириш, мултидисциплинарлик ва босқичма-босқичлик тамойилларига асосланган.

беинчи илмий янгилик: ошқозон-ичак тракти туғма ривожланиш нуқсонлари (ОИТ ТРН) бўлган болаларда операциядан кейинги даврда нутритив қўллаб-қувватлаш ва физиотерапияни уйғунлаштирган инновацион реабилитация усули қўлланилиши натижасида болалар организмнинг умумий

адаптацион имкониятларининг ошиши ҳамда тикланиш муддатини қисқариши аниқланган. Бу бўйича таклифлар Қорақалпоқистон республикаси болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази (05.07.2024 йил, 54лл-сонли буйруғи), Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази (16.07.2024 йил, 7212-сонли буйруғи), Сурхондарё вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази (17.07.2024 йил, 111/2-сонли буйруғи) ва Бухоро вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази (23.07.2024 йил, 7311-сонли буйруғи) амалиётига жорий қилинди. *Ижтимоий самарадорлиги:* илк бор кенг қамровли таҳлил асосида ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари бўлган болаларда тизимли кўп босқичли тиббий реабилитация дастурини жорий этиш организмнинг функционал ҳолатини ишончли равишда ҳар томонлама тиклашини таъминлаши исботланди. Дастур овқатланиш ҳолатини яхшилашга, энтерал овқатланишга мослашувни тиклашга, ўсиш ва жисмоний ривожланишнинг антропометрик кўрсаткичларини меъёрлаштириш, операциядан кейинги асоратлар сонини камайтиришга ва ҳаёт сифатининг умумий кўрсаткичларини оширишга ёрдам беради. *Иқтисодий самарадорлиги:* тизимли кўп босқичли реабилитация дастури парентерал озиқлантиришнинг давомийлигини қисқартиради, операциядан кейинги асоратлар ва регургитациялар сонини камайтиради, касалхонада даволаниш ва такрорий аралашувлар вақтини қисқартиради. Бу операция хоналари, интенсив терапия бўлимлари ва реабилитация хизматлари ресурсларини тежаш имконини беради, ҳар 1000 бемор учун йилига 1,8-2,2 миллиард сўмгача маблағни тежалишини таъминлайди ва болалар жарроҳлик ҳамда реабилитация хизмати фаолиятининг умумий самарадорлигини оширади. *Хулоса:* ишлаб чиқилган дастур стандартлаштирилган клиник йўналтирилган беморларни даволаш протоколлари учун илмий асосланган пойдеворни яратади, тиббий ёрдамнинг ижтимоий ва иқтисодий аҳамиятини оширади ҳамда болалар саломатлигини мустаҳкамлашга хизмат қилади.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Ушбу тадқиқот натижалари 9 та илмий-амалий конференцияда муҳокама қилинган, жумладан 4 та халқаро ва 5 та республика илмий-амалий конференцияларида.

Тадқиқот натижаларининг нашр этилганлиги. Диссертация мавзуси бўйича 19 та илмий иш нашр этилган, шулардан: 12 та журнали мақола, жумладан 8 таси республика журналларида ва 4 таси хорижий журналларда, Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссияси томонидан докторлик диссертацияларининг асосий илмий натижаларини чоп этиш учун тавсия этилган нашрларда эълон қилинган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш қисми, 6 та боб, хулоса ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг умумий ҳажми 200 бетни ташкил этади.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги ва зарурати асосланиб, унинг мақсад ва вазифалари шакллантирилган, тадқиқот объекти ва предмети аниқланган, шунингдек мавзунинг Ўзбекистон Республикаси фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган. Бундан ташқари, ишнинг илмий янгилиги ва амалий аҳамиятини тавсифловчи ҳолатлар баён этилган, олинган натижаларнинг ишончлилиги асослаб берилган, илмий қоидаларни соғлиқни сақлаш амалиётига жорий этиш масалалари ёритилган, тадқиқотнинг апробацияси, муаллифнинг нашрлари ва диссертация ишининг тузилиши ҳақида маълумот келтирилган.

Диссертациянинг **"Замонавий шароитда ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари бўлган болаларга жарроҳлик ёрдамини ташкил этиш"** деб номланган биринчи бобида чақалоқларда ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари муаммоси бўйича маҳаллий ва хорижий илмий адабиётларнинг ҳар томонлама таҳлили ўтказилган. Ушбу тоифадаги беморларнинг эпидемиологияси, эрта ташхислаш, жарроҳлик даволашнинг замонавий ёндашувлари ва босқичма-босқич тиббий реабилитацияси масалалари кўриб чиқилган. Ихтисослаштирилган неонатал жарроҳлик ёрдамини ташкил этиш, мутахассисларнинг кўп тармоқли ҳамкорлиги, шунингдек, ўлим ва ногиронликни камайтиришда перинатал марказларнинг ролига алоҳида эътибор қаратилган. Болалар хирургияси ва неонатологияси соҳасидаги сезиларли ютуқларга қарамай, ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари бўлган болаларга тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини ошириш муаммоси ҳамон долзарб бўлиб қолмоқда ва ташкилий ҳамда клиник ёндашувларни янада такомиллаштиришни талаб этмоқда.

Диссертациянинг **"Тадқиқот материали ва усуллари"** деб номланган иккинчи бобида клиник материалнинг умумий тавсифи берилган ва илмий таҳлил учун асос бўлган услубий ёндашувлар ёритилган. Ушбу бўлимда чақалоқларда овқат ҳазм қилиш тизими аъзоларининг туғма нуқсонлари юзага келиши хавф омиллари атрофлича ўрганилган. Шу мақсадда оналарнинг ижтимоий-биологик, соматик ва акушер-гинекологик хусусиятлари, уларнинг ҳомиладорлик натижасига таъсири, янги туғилган чақалоқларнинг соғлиғи ҳолати, шунингдек, ногиронлик ва ўлим кўрсаткичлари ҳар томонлама таҳлил қилинган. Қўйилган мақсадларга эришиш учун турли хил тадқиқот усуллари қўлланилган. Клиник-анамнестик таҳлил асосида ҳар бир бемор ҳақида батафсил маълумот тўпланган, лаборатория ва инструментал текширувлар ўтказилган, бу эса патологик ўзгаришларнинг хусусияти ва оғирлигини аниқлаб берган. Қўшимча равишда клиник кузатув усуллари, шунингдек, реабилитация тадбирларининг самарадорлигини ва болаларнинг ижтимоий мослашув даражасини баҳолашга қаратилган ота-оналар ўртасида социологик сўровномалар ўтказилган. Олинган маълумотларнинг ишончлилиги замонавий статистик усуллар: χ^2 мезони, Вилкоксон-Манн-Уитни мезони, корреляцион ва регрессион таҳлиллар ёрдамида таъминланган, бу эса хавф омиллари ва клиник натижалар ўртасидаги муҳим боғлиқликларни аниқлаш

имконини берган. Олинган маълумотларни комплекс баҳолаш асосида янги туғилган чақалоқларда ошқозон-ичак тракти туғма ривожланиш нуқсонларида асоратлар ва ўлим ҳолатларининг юзага келишига этиопатогенетик омилларнинг таъсири бўйича асосий қонуниятлар аниқланган.

Диссертациянинг **"Ўзбекистон Республикасида ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари эпидемиологияси"** деб номланган учинчи боби тадқиқот натижаларининг дастлабки босқичларига бағишланган бўлиб, асосан чақалоқларда овқат ҳазм қилиш тизими туғма нуқсонларини аниқлаш, жарроҳлик йўли билан даволаш усуллари ҳамда реабилитация жараёнларини камраб олади.

Ушбу бобда 2022-2024 йилларда Ўзбекистон Республикасида ҳомиладорликнинг турли натижалари орасида туғма ривожланиш нуқсонлари (ТРН) ва ошқозон-ичак трактининг туғма ривожланиш нуқсонлари (ОИТ ТРН) тарқалишини таҳлил қилиш натижалари келтирилган. Олинган маълумотлар ушбу патологиянинг учрашув частотаси, тузилиши ва аниқлаш тенденциялари динамикасини, шунингдек, туғилишдан олдинги ташхис қўйиш самарадорлиги даражасини баҳолаш имконини беради.

1-жадвал.

2022 йилдан 2024 йилгача бўлган даврда Ўзбекистон Республикаси бўйича ҳомиладорликнинг турли натижалари орасида ТРН учраш ҳолатлари сони

Давр	Ҳомиладорликни тўхтатиш, абс.		Ўлик туғилганлар, абс.		Тирик туғилганлар, абс.		Ҳомиладорликнинг барча натижалари бўйича, абс.	
	Жами	ТРН билан	Жами	ТРН билан	Жами	ТРН билан	Жами	ТРН билан
2022 й	25741	348	5415	97	710670	1355	741826	1800
2023 й	27551	217	5795	157	760612	1392	793958	1766
2024 й	28981	209	6096	136	800088	1218	835165	1563

2022-2024 йиллар давомида мамлакатда ҳомиладорлик натижаларининг умумий сони 741 826 тадан 835 165 тага ошган бўлса-да, туғма нуқсонлар (ТН) ҳолатлари сони 1 800 тадан 1 563 тага камайган. Шундай қилиб, туғилиш сонининг ўсишига қарамай, ТНнинг мутлақ сони пасайиши кузатилмоқда. Бу ҳомиладорлик даврида тиббий назорат сифатининг яхшиланиши ва пренатал ташхис имкониятларининг кенгайиши билан боғлиқ бўлиши мумкин.

2-жадвал.

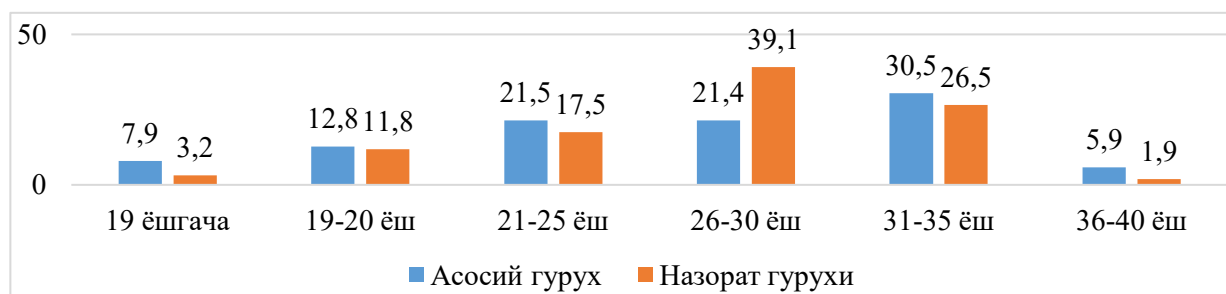
Ўзбекистон Республикасида 2022 йилдан 2024 йилгача бўлган даврда ҳар 1000 нафар ҳомиладор аёлга нисбатан ҳомиладорликнинг турли натижалари орасида ТНнинг учраш частотаси

Давр	Ҳомиладорликни тўхтатиш, абс.	Ўлик туғилганлар, абс.	Тирик туғилганлар, абс.	Ҳомиладорликнинг барча натижалари бўйича, абс.
2022 йил	13,52	17,91	1,91	2,43
2023 йил	7,88	27,09	1,83	2,22

Динамикада ҳомиладорликнинг барча натижалари бўйича ТРН умумий частотасининг изчил пасайиши кузатилмоқда - 2022 йилдаги 2,43%о дан 2024 йилда 1,87%о гача. ТРН частотасининг энг юқори даражаси ўлик туғилган чақалоқлар орасида қайд этилган, бу оғир ва ҳаётга мос келмайдиган нуқсонларнинг устунлигини кўрсатади. Тирик туғилган чақалоқлар орасидаги кўрсаткичлар нисбатан барқарор ва энг паст бўлиб қолмоқда, бу антенатал скрининг ва ТРН оғир шаклларида ҳомиладорликни тўхтатиш самарадорлигини акс эттиради.

Ошқозон-ичак трактининг туғма нуқсонлари (ОИТ ТН) бўйича маълумотлар таҳлили шуни кўрсатдики, мамлакатда уч йил ичида бундай ҳолатларнинг умумий сони 2022 йилдаги 477 тадан 2024 йилда 580 тагача кўпайган. Ўлик туғилган чақалоқлар орасида (17 дан 98 гача) ва ҳомиладорлик тўхтатилганда (80 дан 109 гача) ўсиш айниқса сезиларли бўлди. Тирик туғилган чақалоқлар орасида эса, аксинча, 2023 йилда ўсиш кузатилган бўлса, 2024 йилда бироз пасайиш қайд этилди. Бу, эҳтимол, ТРНнинг оғирроқ шакллари туғилишдан олдин аниқланиб, ҳомиладорлик эрта муддатларда тўхтатилгани билан боғлиқ.

Диссертациянинг **"Ҳомиладор аёлларнинг ижтимоий-биологик, соматик ва гинекологик ҳолатини таҳлил қилиш асосида чақалоқларда овқат ҳазм қилиш тизими нуқсонлари ривожланишининг хавф омиллари ва уларнинг перинатал ташхислашдаги аҳамияти"** деб номланган тўртинчи бобида асосий эътибор ҳомиладор аёлларнинг турли хил клиник ва ижтимоий омилларини таҳлил қилишга қаратилган. Айниқса, ҳомила ривожланишига таъсир этувчи хавф омиллари - оилавий-ирсий ҳолатлар, соматик касалликлар, акушер-гинекологик анамнез, юқори хавфли ҳомиладорлик хусусиятлари чуқур ўрганилган. Тадқиқот эрта постнатал даврда жарроҳлик аралашувини талаб қиладиган ОИТ оғир туғма нуқсонлари бўлган 164 та ҳолатни ва назорат гуруҳини ташкил этган ҳомиладорликнинг физиологик кечиши бўлган 120 нафар ҳомиладор аёлни қамраб олди. Биз ҳомилада ТРН шаклланишига таъсир қилувчи ижтимоий-биологик, соматик ва гинекологик омилларнинг кенг қамровли таҳлилинини ўтказдик. Дастлаб, ёш омилларнинг таъсири ўрганилди: иккала гуруҳдаги аёлларнинг ўртача ёши фарқ қилмаган бўлса-да (мос равишда $27,7 \pm 5,0$ ва $27,5 \pm 4,3$ ёш, $p > 0,05$), асосий гуруҳдаги оналар орасида 19 ёшдан кичик ва 35 ёшдан катта аёллар кўпроқ учраганлиги аниқланди, бу ТРН ривожланиш хавфининг сезиларли даражада ошиши билан боғлиқ эди ($P < 0,05$).



1-расм. Асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳидаги ҳомиладор аёлларнинг ёш тақсими

Ҳомиладорликнинг 12-ҳафтасигача бўлган таъсир омилларига алоҳида эътибор қаратилди. Натижалар кўрсатишича, ҳомиланинг ТРН хавфига энг катта ҳисса қўшган омиллар психологик стресс ($OR=4,99$), юкумли касалликлар ($OR=4,84$) ва жисмоний касбий таъсирлар ($OR=2,24$) бўлди. Қизиқ томони шундаки, жисмоний оғир меҳнат, аксинча, ҳимоя аҳамиятига эга бўлди ($OR=0,45$, $p<0,05$). Бу ҳолат ушбу тоифадаги аёлларда тананинг юкламаларга кўпроқ мослашганлиги билан изоҳланиши мумкин. Кейинги таълим даражаси таҳлили гуруҳлар ўртасида статистик жиҳатдан сезиларли фарқларни кўрсатмади. Бироқ, витаминпрофилактика хусусиятларини ўрганишда, назорат гуруҳидаги аёллар ҳомиладорликнинг 7-ҳафтасигача витаминлар ва микроэлементлар (ВМВ) қабул қилишни сезиларли даражада эртароқ бошлаганлиги аниқланди (41,7% га нисбатан 16,7%, $OR=0,31$; $p<0,05$), бу эса ТРН хавфини камайтирди. Аксинча, ВМВни кеч бошлаш ёки умуман қабул қилмаслик (12 ҳафтадан кейин) хавфнинг деярли уч барабар ошиши билан боғлиқ эди ($OR=2,81$; $p<0,05$). Шунингдек, назорат гуруҳидаги аёллар фолий кислотасини кўпроқ қабул қилганлиги аниқланди (77,2% га нисбатан 87,9%; $OR=0,48$; $p<0,05$), бу ТРН профилактикасида фолатларнинг маълум ролини тасдиқлайди.

Диссертациянинг **"Ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари билан туғилган болаларни замонавий ташхислаш, жарроҳлик тактикаси ва даволашнинг салбий оқибатлари сабаблари"** деб номланган бешинчи бобида ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари билан туғилган болаларни ташхислаш ва жарроҳлик даволашнинг замонавий усуллариининг самарадорлиги таҳлил қилинган, асоратлар ва ўлимнинг асосий сабаблари очиб берилган. Шунингдек, жарроҳлик ёрдамини ташкил этиш ва такомиллаштириш бўйича амалий таклифлар ишлаб чиқилган.

Ушбу бобда ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари бўлган 285 нафар чақалоқларнинг маълумотлари таҳлил қилинган. Беморларнинг нуқсон турлари бўйича тақсимланиши 3-жадвалда келтирилган.

3-жадвал

Беморларни нуқсон турлари бўйича тақсимлаш

Нуқсон турлари	Ўғил болалар	Қиз болалар	Жами	(%)
Қизилўнгач атрезияси	44	30	74	26,0%
Гастрошизис	32	22	54	18,9%
Гиршпрунг касаллиги	31	20	51	17,9%
Ичак атрезияси ёки стенози	36	24	60	21,1%
Аноректал нуқсонлар	28	18	46	16,1%
ЖАМИ	171	114	285	100,0%

Қизилўнгач атрезияси (ҚА) янги туғилган чақалоқларда ошқозон-ичак трактининг энг оғир туғма нуқсонларидан бири ҳисобланади. Ўтказилган тадқиқот доирасида 74 та (25,9%) чақалоқда ҚА ташхиси қўйилди.

Қизилўнгач атрезияси белгиларини ўз вақтида аниқлаш, тезкор ташхис қўйиш, тегишли даражада қўллаб-қувватлаш ва эрта жарроҳлик аралашувини ташкил этиш янги туғилган чақалоқларда касалликнинг ижобий натижасини белгиловчи ҳал қилувчи омиллардир.

Кўпинча ҚАнинг проксимал атрезия ва дистал трахея-қизилўнгач фистулеси (Gross таснифи бўйича С тури) билан кечадиган шакли ташхисланди. Жарроҳлик аралашувини режалаштириш операциядан олдин боланинг ҳаётий функцияларини барқарорлаштириш, қизилўнгачнинг юқори кўр сегментини дренажлаш, шунингдек, VACTERL ассоциациясини истисно қилиш учун кенг қамровли текширувдан бошланди.

Оператив аралашув, одатда, ҳаётнинг дастлабки 24-72 соатида, ҳолатнинг барқарорлиги шарти билан ўтказилиши лозим. Бироқ, барча ҳолатларда оғир соматик патология ёки чала туғилганлик туфайли жарроҳлик даволаш кечиктирилди.

Ушбу тадқиқот доирасида ичак атрезияси ва стенози бўлган 60 та (21,1%) бола таҳлил қилинди, уларнинг 36 таси (60%) ўғил болалар ва 24 таси (40%) қиз болалар эди. Кўпинча оч ва ёнбош ичак атрезияси - 41 ҳолатда (68,3%), ўн икки бармоқли ичак атрезияси - 14 та (23,3%) ва йўғон ичак атрезияси - 5 та (8,3%) ҳолатда аниқланди.

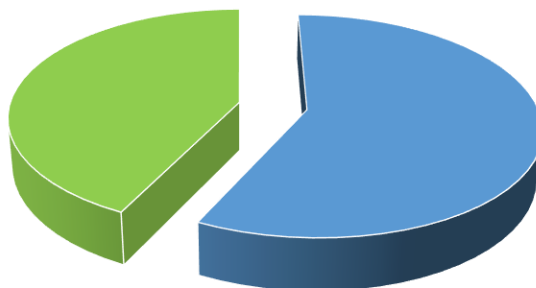
Ичак атрезияси ёки стенози билан туғилган чақалоқларда ўлим кўрсаткичини камайтириш ва даволаш самарадорлигини оширишда тезкор клиник ташхис қўйиш, операциядан олдинги ҳолатни моҳирона барқарорлаштириш ва ўз вақтида ихтисослаштирилган марказга йўналтириш ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Барча 60 та беморга жарроҳлик коррекцияси ўтказилди. Аралашув тактикаси шикастланиш даражаси ва нуқсоннинг анатомик хусусиятларига боғлиқ эди. Шундай қилиб, 38 ҳолатда (63,3%) атрезияланган сегментнинг резекцияси "учма-уч" анастомози билан амалга оширилди. 12 та беморда (20%) ичак диаметрининг сезиларли фарқи туфайли "ёнма-ён" анастомоз қўйиш билан моделлаштирувчи пластика бажарилди. 6 та янги туғилган чақалоқда (10%) вақтинчалик стома қўйилди ва 6-12 ҳафтадан сўнг реконструктив операция ўтказилди. Кўп сонли атрезияларда 4 та беморда (6,7%) амалиёт бир неча босқичда, проксимал стома қўйиш билан амалга оширилди. Минимал инвазив усуллар (лапароскопия) техник чекловлар туфайли фақат 3 та беморда (5%) қўлланилди.

21 та беморда (35%) операциядан кейинги асоратлар кузатилди. Анастомоз стриктураси энг кўп учради - 11 та болада (18%), уларнинг 8 таси (72,7%) эндоскопик бужлашни, 3 таси (27,3%) эса такрорий жарроҳлик аралашувини талаб қилди. Анастомоз чокларининг етишмовчилиги 5 та беморда (8,3%), шу жумладан кам вазнли чала туғилган чақалоқларда қайд этилди. Гастроэзофагеал рефлюкс ва ошқозон-ичак тракти моторикасининг бузилиши 7 та чақалоқда (11,7%), септик асоратлар (перитонит, сепсис) - 6 та болада (10%) кузатилди. Янги туғилган чақалоқларнинг 13 тасида (22%) қисқа ичак синдроми (ҚИС) аниқланди, бу асосан парентерал озиқлантиришга боғлиқ эди. Шундай қилиб, бир йил ўтгач, фақат 3 та беморда ҚИС ташхиси қўйилди. Беморларни мултидисциплинар даволаш (жарроҳ + гастроэнтеролог + реабилитолог) парентерал озиқлантириш муддатини 5,8 ойга қисқартиради ва шу билан ушбу патологиянинг функционал натижаларини яхшилайдди.

Диссертациянинг "Ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари бўлган болаларни реабилитация қилиш масалалари бўйича неонатолог шифокорларнинг хабардорлигини ўрганиш. Самарқанд вилояти мисолида ошқозон-ичак трактининг туғма нуқсонлари бўлган болаларга гастроэнтерологик ёрдам ва эрта реабилитация ёрдамини ташкил этиш имкониятларини ўрганиш, шифокорлар ўртасида ўтказилган социологик тадқиқот маълумотларига кўра" деб номланган олтинчи бобида Ўзбекистон Республикасининг Самарқанд вилоятида ошқозон-ичак трактининг туғма нуқсонларини жарроҳлик йўли билан даволашдан кейин болаларга гастроэнтерологик ва реабилитация ёрдами кўрсатишга таъсир қилувчи омилларни комплекс ўрганиш натижалари келтирилган. Вилоят аҳолиси сони 2025 йил 1 январь ҳолатига кўра 4 069 300 кишини ташкил этади. Ҳар йили СамДТУ ихтисослаштирилган болалар хирургик клиникасида вилоятнинг 50 дан ортиқ аҳолисига ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари жарроҳлик йўли билан даволанади, уларнинг 90 фоизи янги туғилган чақалоқлардир. 2020 йилдан 2024 йилгача Самарқанд шаҳридан 163 нафар болада жарроҳлик амалиёти ўтказилди, бу вилоятда операция қилинган ёш гуруҳидаги беморларнинг умумий сонининг 62 фоизини ташкил қилади (2-расм).

Ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари билан оғриган беморларнинг эрта муддатларда жарроҳлик амалиёти ўтказилганлари тақсимотим



■ Оперированные в ранние сроки во 2-й клинике СамГМУ ■ Оперированные в других клиниках

2-расм. СамДТУ ихтисослаштирилган болалар хирургик клиникасида операция қилинган Самарқанд вилоятидан ОИТ ТРН бўлган беморлар сони.

2020 йилда Самарқанд шаҳрида ҳар 10 000 аҳолига шифокорлар билан таъминланганлик вилоятга нисбатан 25,6% га, умуман Ўзбекистон Республикасига нисбатан 21,4% га паст бўлиб, яхшиланиш тенденцияси кузатилмаган. Вилоятдаги 29 та муассасадан 165 нафар неонатолог (99% аёллар) сўровномада иштирок этди. Иш стажы: 1 йилдан кам - 1,1%, 1-3 йил - 4,5%, 3-5 йил - 2,4%, 5-10 йил - 7,6%, 10 йилдан ортиқ - 84,4%. Неонатолог лавозимида ишлаш даври: 1 йилдан кам - 2,8%, 1-3 йил - 10,4%, 3-5 йил - 7,0%, 5-10 йил - 7,0%, 10 йилдан ортиқ - 72,8%. Неонатология бўйича қўшимча таълим олганлар 24,8% (41 нафар шифокор), улардан 24 нафари ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари тўғрисида маълумот олган. Таълим олмаганларнинг 85,3 фоизи бунни хоҳлайди. Афзал кўрилган таълим шакллари: сайёр цикллари, курслар, маърузалар, семинарлар, конференциялар, масофавий таълим.

Мавзулар: ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари бўлган болаларни бошқариш, реабилитация, ташхис қўйиш, операциядан кейинги тузатиш. Шифокорларнинг 54% дан ортиғи оилаларнинг операциядан кейинги саволлар бўйича мурожаатларини қайд этишган. Реабилитация ёрдамини ташкил этишни баҳолаш: қониқарсиз - 31,5% (жуда қониқарсиз - 7,3%), қониқарли - 38,7%, яхши/аъло - 29,6%. Иш ўринларининг компьютерлар билан жиҳозланганлиги: мавжуд эмас - 47,8%, интернет билан - 21,2%.

19 нафар педиатр билан суҳбат ўтказилди (барчаси аёллар, шаҳар ДПМдан, сертификатли). Кузатувда: 4-75 нафар ОИТ ТПҚ бўлган беморлар. Иш жадвали: ҳафтада 1 марта - 1, 2 марта - 5, 3 марта - 4, 4 марта - 4, ҳар куни - 5. 52,6% учун бу асосий иш жойи эмас. Қабулга ёзилиш: йўқ - 57,8%, <1 ҳафта - 31,6%, 2 ҳафта-1 ой - 10,5%. Мавжуд усуллар: рентген ва ЭхоКГ - 73,6%, КТ/МРТ - мавжуд эмас. Компьютер етишмовчилиги - 15,4%. - 10,5%. Мавжуд усуллар: рентген ва ЭХО - 73,6%, КТ/МРТ - мавжуд эмас.

Таклиф этилган тадқиқот схемаси Ўзбекистон Республикасининг бошқа ҳудудлари учун тавсия этилади. Оилаларни касалхонадан чиқаришга тайёрлаш тизими (электрон саҳифалари билан) жорий этилди. Вазифалар: педиатрлар учун услубий қўлланма яратиш, гастроэнтерология бўйича ўқитишни такомиллаштириш. Педиатрларнинг хабардорлиги паст: 24,9% ўқитилган, 19,1% - ошқозон-ичак тракти ТРН (асосан диагностика) ҳақида маълумотга эга. Реабилитациянинг мавжудлиги гастроэнтерологик ёрдам билан боғлиқ.

Диссертациянинг еттинчи боби **“Самарқанд вилоятида ошқозон-ичак тракти туғма ривожланиш нуқсонлари бўлган болаларга реабилитация ёрдамини ташкил этиш тизимининг ташкилий-функционал модели”**га бағишланган бўлиб, унда илмий ишнинг амалий йўналиши ва минтақавий шароитда самарали реабилитация тизимини яратиш масалалари ёритилган. Дастурга кузатув бошида 1 ойдан 12 ойгача бўлган, амбулатор ва стационар шароитда 6 ойдан 3 йилгача бўлган динамик назорат остида бўлган 264 нафар бола киритилган. Беморларнинг 35,7 фоизида стома, 23,2 фоизида овқатланиш етишмовчилиги белгилари, 16,7 фоизида ҳаракат ривожланишининг кечикиши, 10,3 фоизида ич келишининг беқарорлиги ёки энкопрез кузатилган. Дастур тўрт босқични ўз ичига олган босқичма-босқич интеграциялашган модель бўйича амалга оширилди: биринчи (касалхонадан чиққандан кейин 1-3 ой) - тиббий барқарорлаштириш ва тикловчи овқатланишни бошлаш; иккинчи (3-6 ой) - ошқозон-ичак трактининг функционал тикланиши ва ҳаракат ривожланиши; учинчи (6-12 ой) - овқатланиш ва ич келиш кўникмаларини шакллантириш билан фаол реабилитация; тўртинчи (1-3 ёш) - натижаларни қўллаб-қувватлаш ва ижтимоий мослашув.

264 нафар беморнинг аҳволи таҳлил қилиниб, тизимли ёндашувни талаб қиладиган асосий муаммолар аниқланди. 23,2% ҳолларда, айниқса, гастрошизис ва ингичка ичак атрезиясида зарур бўлган овқатланиш реабилитацияси индивидуал овқатланишни танлаш, калорияларни тўғрилаш, энтерал овқатлантиришга ўтиш ва юқори оқсилли аралашмалардан фойдаланишни ўз ичига олди, бу эса 72% болаларда тана вазнини меъёрлаштирди. Асосан Гиршпрунг касаллиги ва аноректал нуқсонлари бўлган

беморларнинг 27,8% учун долзарб бўлган ошқозон-ичак трактининг функционал тузатилиши "ахлат кундалиги"ни юритиш, ич юмшатувчи дорилар, пробиотиклар ва ферментларни буюриш, шунингдек 35,7% болаларда стомани кузатишни ўз ичига олган. Ҳаракат ривожланишидан орқада қолган беморларнинг 16,7% учун зарур бўлган жисмоний ва сенсомотор реабилитация массаж, даволаш жисмоний тарбияси, сезги машғулоти ва вертикаллаштиришни ўз ичига олган бўлиб, бу болаларнинг 68% да ёш меъёрларига эришишга ёрдам берди. 11,8% ҳолларда талаб қилинган руҳий-ҳиссий ва билиш қобилиятини қўллаб-қувватлаш асабийлашиш ва уйқуни тузатиш, ўйин терапияси ва ота-оналар билан ишлашни, 18 ойдан ошган болаларга эса нутқ тузатиш ёрдамини таъминлади. 48,7% ҳолларда, айниқса қишлоқ жойларда, оилага зарур бўлган таълим ва педагогик ёрдам "Ота-оналар мактаби", йўриқномалар ва уйга ташриф буюриш орқали амалга оширилди, бу эса ота-оналарнинг ғамхўрликка бўлган ишончини оширди. Дастурнинг самарадорлиги кўп тармоқли гуруҳ томонидан таъминланди.

Ишлаб чиқилган реабилитация ёрдамининг кўп босқичли модели стационар, мувофиқлаштириш маркази, амбулатория тармоғи ва ягона протоколлар ҳамда қўмита томонидан бошқариладиган масофавий қўллаб-қувватлашни ўз ичига олади. Электрон реэстр ва сифат кўрсаткичлари (овқатланиш, ўсиш, асоратлар) бўлган инфратузилма касалхонага ётқизишнинг камайишини, натижаларнинг яхшиланишини ва моделнинг бошқа ҳудудларга кенгайтишини таъминлади.

Диссертациянинг **"Ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари бўлган беморларни жарроҳлик йўли билан даволашдан кейин реабилитация ёрдамини такомиллаштиришнинг асосий йўналишлари"** деб номланган саккизинчи бобида операциядан кейинги узок даврда ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари бўлган болаларга реабилитация ёрдами кўрсатиш тизимини такомиллаштириш йўналишларининг ҳар томонлама таҳлили келтирилган. Неонатал жарроҳликнинг ютуқларига қарамай, болаларнинг тўлиқ тикланиши тизимли, кўп соҳали реабилитацияни талаб қилади, бу касалхонадан чиққандан кейин бошланиб, ҳаётнинг дастлабки йилларида давом этади. Анъанавий узук-юлуқ ёндашув, педиатр ёки тор мутахассисларга қисқа ташрифлар билан чекланиш функционал асоратларга, ривожланишнинг кечикишига, овқатланиш бузилишларига ва ота-оналарнинг юқори хавотирланишига олиб келади. Тадқиқот доирасида 263 нафар чақалоқ учун реабилитациянинг кўп босқичли дастури ишлаб чиқилди ва жорий этилди, бу ихтисослаштирилган марказ шароитида комплекслик, узлуксизлик ва ташкилий барқарорликни таъминлайди.

Дастур натижадорлиги таҳлили клиник, ташкилий ва ижтимоий даражаларда соғлиқнинг объектив кўрсаткичлари (тана вазни, ҳаракат фаолияти, ошқозон-ичак тракти функцияси, асоратлар частотаси) ва субъектив параметрларни (ота-оналарнинг иштироки, уларнинг хавотирланиши, қониқиши) ҳисобга олган ҳолда ўтказилди. Клиник самарадорлик нуқсонларнинг асосий гуруҳлари бўйича баҳоланди. Овқатланиш етишмовчилиги бўлган 61 нафар боладан 72 фоизи шахсий овқатланиш

режими, энтерал аралашмалар ва тана вазни индекси назорати туфайли 3 ой ичида ёш меъёрига етди. Гастрошизис ва ичак атрезияси бўлган болаларда ўртача вазн ортиши ойига 550 граммни ташкил этди ва 18 та ҳолатда парентерал озиқлантириш 6 ойга келиб тўхтатилди. 73 нафар болада (27,8%) ич келиши бузилиши 81 фоизда 2-4 ой ичида ферментлар, пробиотиклар ва "ахлат кундалиги" ёрдамида тузатилди. 44 нафар болада (16,7%) ҳаракат ривожланишининг кечикиши 68 фоизда даволаш жисмоний тарбияси, массаж ва физиотерапия курсларидан сўнг бартараф этилди, 18 ойга келиб 14 нафар болада ёш меъёрларига эришилди. Режадан ташқари касалхонага ётқизиш частотаси 41 фоизга камайди (ҳар бир болага 1,7 дан 1,0 гача), такрорий операциялар талаб қилинмади. Энг юқори самарадорлик гастрозизисда қайд этилган, аноректал нуқсонлар ва Гиршпрунг касаллигида эса патологиянинг мураккаблиги туфайли дефекациянинг тикланиши узоқроқ давом этди.

Ишлаб чиқилган модель кўп босқичли ёндашувга асосланган: стационар, реабилитация маркази, амбулатория кузатуви ва масофавий қўллаб-қувватлаш. Бу 93,5 фоиз ҳолатда беморлар йўналишининг узлуксизлигини таъминлади (илгари 40 фоиз эди). Болаларнинг 100 фоизига педиатрлар, 89 фоизига жарроҳлар, 45,2 фоизига гастроэнтерологлар, 23,2 фоизига овқатланиш бўйича мутахассислар, 11,8 фоизига психологлар ҳамроҳлик қилди. 58,6 фоиз ҳолларда кўп соҳали қўллаб-қувватлаш (4 ва ундан ортиқ мутахассис) овқатланишнинг тикланиш муддатини 1,7 ойга қисқартирди. Форматлар юзма-юз ташрифларни (100%), телемедицинани (38,8%), уйга ташрифларни (14,1%) ва "Ота-оналар мактаби"ни (33,8%) ўз ичига олиб, даволашга риоя қилишни 53 фоиздан 87 фоизгача оширди. Шифохонадан чиқиш ва реабилитация ўртасидаги вақт 21 кундан 6 кунгача қисқарди, тиббий хизмат билан алоқани сақлаб қолган оилалар улуши эса 94 фоизгача ўсди. Телетиббиёт 28 кишининг касалхонага ётқизилишининг олдини олди. Модель ворислик, индивидуаллаштириш ва ота-оналарнинг юқори қониқишини таъминлади (5 баллдан 4,6).

Стационарлар учун беморларни чиқаришда шахсий реабилитация режаларини тузиш ва кўп соҳали жамоа билан реабилитация бўлимларини ташкил этиш тавсия этилди. Амбулатория хизматларига махсус тайёрланган педиатр-назоратчиларни бириктириш ва қулай форматларни (телетиббиёт, телефон орқали қўллаб-қувватлаш) жорий этиш лозим. Соғлиқни сақлаш идораларига намунавий йўналишлар, минтақавий марказлар ва ўқитиш учун субсидиялар ишлаб чиқиш таклиф этилди. Ушбу модель мувофиқлаштирилдиган кузатув маданиятини шакллантириш орқали ёрдамнинг қулайлиги ва сифатини оширади.

Истиқболли режалар мактабгача ёшдаги болаларни кузатиш, самарадорликнинг яхлит кўрсаткичларини ишлаб чиқиш, рақамли платформалар (мобил иловалар, рўйхатлар) яратиш, моделни иқтисодий баҳолаш, аноректал нуқсонларни чуқур ўрганиш ва мутахассисларни тайёрлашни ўз ичига олади. Дастур ўз самарадорлигини исботлади ва болалар реабилитациясини янада ривожлантириш учун пойдевор яратди.

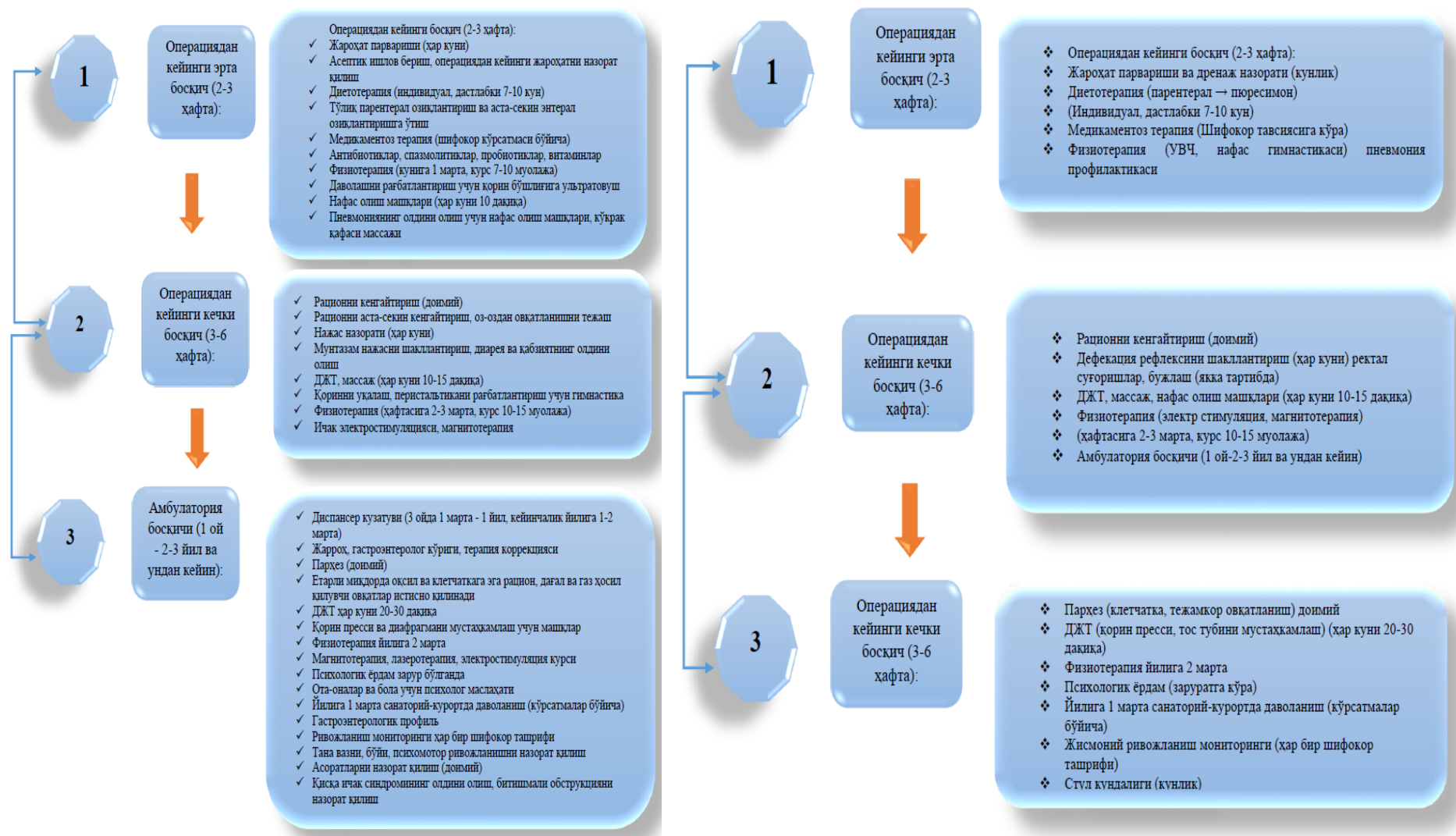


Рисунок 3. Гастрошизис ва Гиришпруг касаллиги бўйича операциядан кейинги болаларни реабилитация қилиш алгоритми.

ХУЛОСА

«Ошқозон-ичак трактининг туғма нуқсонлари бўлган болаларни операциядан кейинги яқин ва узоқ даврларда реабилитация қилиш дастурини ишлаб чиқиш» мавзусидаги тиббиёт фанлари доктори (DSc) диссертацияси бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижасида қуйидаги хулосалар тақдим этилди:

1. Самарқанд вилоятида чақалоқларда ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонларининг эпидемиологик хусусиятлари аниқланди. Энг кўп учрайдиган нуқсонлар: қизилўнгач атрезияси - 26,0%, гастрози - 20,5%, ичак атрезияси ёки стенози - 22,8%, Гиршпрунг касаллиги - 19,4%, аноректал нуқсонлар - 17,3% чақалоқларда кузатилди. Ижтимоий-биологик ва гинекологик омиллар таҳлили шуни кўрсатдики, ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари шаклланишининг энг юқори хавфи ва мумкин бўлган асоратлар ҳомиладор аёлларнинг экстрагенитал касалликлари (47,1%), кеч ҳисобга олиниши (28,7%), ота-оналарнинг паст маълумот даражаси (32,4%), шунингдек, кузатувларнинг ярмидан кўпида операциядан кейинги даврда реабилитация тадбирлари алгоритмининг йўқлиги ёки унга риоя қилмаслик (66,1%) билан боғлиқ эди.

2. Ёрдам кўрсатишнинг клиник-статистик таҳлили шуни кўрсатдики, шифохонага ётқизиш пайтида чақалоқларнинг 23,2% оксил-энергетик танқислик, 27,8% эса ошқозон-ичак трактининг функционал бузилишлари билан оғриган, бу кўпинча тиббий ёрдамнинг барча босқичларида озуқавий қўллаб-қувватлаш ва реабилитациянинг йўқлиги (49,7%) туфайли юз берган. Асосий тиббий-ташқилий тўсиқлар ўз вақтида йўналтирмаслик (18,6% болаларда) ва 42% беморларда эрта реабилитация стратегиясининг мавжуд эмаслиги эди. Тизимли реабилитация дастурини ўтказиш такрорий касалхонага ётқизишни 41% га камайтиришга ва ҳаётнинг 6-ойига келиб 72% беморларда озуқа танқислигини бартараф этишга имкон берди.

3. Ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари бўлган болаларнинг кейинги абилитацияси/реабилитацияси учун таклиф этилган жарроҳлик тактикаси ва кўп тармоқли ёндашувни қўллаш ичак атрезиясида 86,7%, Гиршпрунг касаллигида 92,2% омон қолиш даражасига эришиш имконини берди. Даволаш самарадорлиги ўз вақтида ташхис қўйиш, операциядан олдинги барқарорлаштириш, жарроҳлик аралашуви усулини оқилона танлаш, шу жумладан торакоскопия, босқичли ёпиш, TERPT ва PSARP технологиялари, шунингдек реабилитацияга кўп тармоқли ёндашув билан таъминланди.

4. Ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари бўлган чақалоқларда реабилитация чораларини мажбурий равишда ўз ичига олган ташхислаш ва жарроҳлик даволашнинг ишлаб чиқилган алгоритмлари нуқсон турига қараб ўлимни 7,8-20,4% гача камайтириш ва операциядан кейинги оғир асоратлар частотасини пасайтириш имконини берди (анастомоз етишмовчилиги - 8,3% гача, сепсис - 10-22% гача, анастомозлар торайиши - 13-31% гача). Нохуш оқибатларнинг асосий сабаблари: кеч ташхис қўйиш, ўз вақтида жарроҳлик

аралашуви ва кейинги реабилитацияга тизимли ёндашувнинг йўқлиги, қўшма оғир аномалиялар (33% гача), септик асоратлар (27% гача) ва чала туғилиш эди.

5. Ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари билан туғилган чақалоқларни реабилитация қилиш тизимида ҳал қилинмаган муаммолар аниқланди, улардан асосийлари ягона мувофиқлаштирувчи тузилманинг йўқлиги, ота-оналарнинг етарли даражада тайёргарлик кўрмаганлиги ва поликлиника даражасида ихтисослаштирилган ёрдамнинг етишмаслиги эди. Ота-оналарнинг STAI шкаласи бўйича хавотир даражаси "Шифокор - оила" қайта алоқа дастурида иштирок этишдан олдин 48,2 баллни ташкил этди, бу юқори даражага тўғри келади. Ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари бўлган болаларда абилитатсияни назорат қилиш ва ташкил этиш бўйича ўқув тадбирларидан ўтгандан сўнг, бу кўрсаткич 34,5 баллгача пасайди ва VAS бўйича ишонч даражаси 4,1 баллдан 7,3 баллгача ошди.

6. Ота-оналар/васийларнинг етакчи роли билан реабилитацияга кўп тармоқли ёндашув дастурининг натижадорлигини баҳолаш унинг юқори клиник ва ташкилий самарадорлигини кўрсатди. Дастлабки гипотрофия билан оғриган беморларнинг 72% да тана вазнининг барқарорлашиши кузатилди, ҳаракат ривожланиши кечиккан болаларнинг 68% да меъёрлашди ва реабилитация модуллари (юзма-юз кузатув, телетиббиёт, ота-она/васий мактаби) билан қамраб олиш 93,5% ни ташкил этди.

7. Ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари бўлган чақалоқларни тиббий реабилитация қилиш тизимининг ташкилий-функционал модели босқичма-босқичлик, кўп тармоқлилиқ ва рақамли қўллаб-қувватлаш тамойилларига асосланган бўлиб, стационар ва амбулатор компонентларни ўз ичига олган ҳолда 100% беморларни қамраб олади. Ушбу моделнинг Самарқанд вилояти мисолида амалга оширилиши унинг самарадорлиги, барқарорлиги ва бошқа ҳудудларга кенгайтириш имкониятини кўрсатди.

**РАЗОВЫЙ НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/31.10.2024.Tib.102.03 ПО
ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ САМАРКАНДСКОМ
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ**

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

ЗАЙНИЕВ СУХРОБ САБИРОВИЧ

**РАЗРАБОТКА ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С
ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДОЧНО-
КИШЕЧНОГО ТРАКТА В БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ПЕРИОДЫ**

**14.00.12- Медицинская реабилитология
14.00.35-Детская хирургия**

**ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК (DSc)
АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ**

Самарканд-2025

Тема докторской диссертации (DSc) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан за № B2025.1.DSc/Tib496.

Диссертация выполнена в Самаркандском медицинском университете.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице научного совета (www.sammu.uz) и информационно-образовательном портале «ZiyoNet» (www.ziyo.net).

Научные консультанты:

Ризаев Жасур Алимжанович
доктор медицинских наук, профессор

Шамсиев Жамшид Азаматович
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Мавлянова Зилола Фархадовна
доктор медицинских наук, профессор

Акилов Хабибулла Атауллаевич
доктор медицинских наук, профессор

Собирова Гузал Наимовна
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация:

Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сины

Защита диссертации состоится «20» XII 2025 г. в 10⁰⁰ часов на заседании научного совета DSc.04/31.10.2024.Tib.102.03 при Самаркандском государственном медицинском университете (Адрес: 140100, Самарканд ул. Амир Темур, 18. Тел./факс: (+99866) 233-30-34; e-mail: ilmiyprorektori@sammu.uz).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Самаркандского государственного медицинского университета (зарегистрирована за № ____). Адрес: 140100, Самарканд ул. Амир Темур, 18. Тел./факс: (+99866) 233-30-34.

Автореферат диссертации разослан «10» XII 2025 года.

(Реестр протокола рассылки № 12 от «10» XII 2025 года)



Н.А. Ярмухамедова

Председатель разового научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, доцент

Ж.А. Исмаилов

ученый секретарь Научного совета по присуждению ученых степеней, кандидат медицинских наук, доцент

О.А. Хамидов

Председатель Научного семинара при Разовом научном совете по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, доцент

ВВЕДЕНИЕ (Аннотация к диссертации на соискание степени доктора наук (DSc))

Актуальность и необходимость темы диссертации.

Врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) занимают одно из ведущих мест среди аномалий, требующих раннего хирургического вмешательства у новорождённых. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно около 8 миллионов детей во всем мире рождаются с различными врожденными аномалиями, из которых примерно 9–12 % приходятся на пороки развития пищеварительной системы. Эти патологии являются причиной до 20 % всех неонатальных смертей и значительной доли детской инвалидизации, особенно в странах с ограниченными ресурсами. Современные достижения в области неонатальной хирургии позволили существенно повысить выживаемость детей с пороками ЖКТ: например, при атрезии пищевода она превышает 90 %, при гастрошизисе — 70–85 % в развитых странах. Однако в странах с низким и средним уровнем дохода показатели выживаемости остаются значительно ниже — нередко не превышают 40–50 %, что связано не только с поздней диагностикой, но и с отсутствием системной послеоперационной и реабилитационной помощи. ВОЗ в своих стратегических документах («Global Initiative for Childhood Surgical Care», 2022 г.; «World Rehabilitation Alliance Framework», 2023 г.)³ подчёркивает необходимость комплексного подхода, включающего медицинскую, нутритивную, физическую и психосоциальную реабилитацию детей с врождёнными пороками развития. Основной целью является не только выживание ребёнка, но и восстановление его функциональной активности, физического и когнитивного развития, качества жизни и интеграции в общество.

В мире разработка программ реабилитации детей с врождёнными пороками развития желудочно-кишечного тракта в ближайшие и отдалённые послеоперационные периоды рассматривается как одно из приоритетных направлений педиатрической хирургии и детской реабилитационной медицины. Такой подход направлен на снижение частоты осложнений, улучшение показателей роста и физического развития, а также сокращение длительности госпитализации. Исследования последних лет показывают, что внедрение протоколов раннего восстановительного лечения (ERAS – Enhanced Recovery After Surgery) в педиатрической хирургии позволяет уменьшить частоту послеоперационных осложнений на 30–40 %, сократить пребывание в стационаре на 3–5 дней и ускорить переход к самостоятельному энтеральному питанию на 20–25 %.

В Республике Узбекистан проблема врождённых пороков развития желудочно-кишечного тракта также сохраняет высокую медико-социальную значимость. По данным отечественных источников, частота

³Информация ВОЗ о врожденных нарушениях // 14 марта 2025 года (<https://www.who.int/health-topics/congenital-anomalies>)

врождённых аномалий пищеварительной системы составляет около 3,4 случая на 100 перинатальных вскрытий, что соответствует примерно 21–22 % всех выявленных пороков развития у новорождённых. Наиболее часто встречаются такие заболевания, как врождённый гипертрофический пилоростеноз, атрезия пищевода, гастрошизис и атрезия кишечника.

В нашей стране реализуются последовательные меры, направленные на дальнейшее развитие системы здравоохранения и её приближение к международным стандартам, включая совершенствование ранней диагностики, хирургического лечения и профилактики послеоперационных осложнений у детей. В рамках семи приоритетных направлений Стратегии развития «Нового Узбекистана» на 2022–2026 годы особое внимание уделяется повышению качества и доступности квалифицированной медицинской помощи, в частности в системе первичной медико-санитарной службы.

В соответствии с обозначенными приоритетами проведение научных исследований, направленных на анализ и совершенствование реабилитационной практики после хирургических вмешательств у детей, представляется актуальным и необходимым. Настоящее исследование соответствует задачам, изложенным в Указе Президента Республики Узбекистан № УП-60 от 28 января 2022 года «О Стратегии развития Нового Узбекистана в 2022–2026 годах»⁴. Тематика работы соотносится с положениями Указа Президента № УП-5590 от 7 декабря 2018 года «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан», Указа Президента № УП-6110 от 12 ноября 2020 года «О внедрении принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и повышении эффективности реформ в системе здравоохранения», а также Постановления Кабинета Министров № УП-5199 от 28 июля 2021 года «О дальнейшем совершенствовании системы специализированной медицинской помощи» и Постановления № 4063 от 18 декабря 2018 года «О мерах по профилактике неинфекционных заболеваний, поддержке здорового образа жизни и повышению уровня физической активности населения».

Таким образом, разработка программы реабилитации детей с врождёнными пороками развития желудочно-кишечного тракта в ближайшие и отдалённые послеоперационные периоды полностью соответствует стратегическим целям государства, направленным на повышение эффективности медицинской помощи, улучшение качества жизни и снижение инвалидизации детского населения.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологии республики. Настоящее диссертационное

⁴ Указ Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года No УП-60 "О Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы"

исследование выполнено в соответствии с VI приоритетным направлением развития науки и технологий республики – «Медицина и фармакология».

Обзор зарубежных научных исследований по теме диссертации³.

Исследования, посвящённые оценке качества медицинской помощи и совершенствованию организации хирургического лечения детей с врождёнными пороками развития желудочно-кишечного тракта, активно проводятся в ведущих медицинских и научно-образовательных учреждениях мира. Среди них — Department of Medicine, Boston University Medical Center (США), Robert Koch Institute и Institute for Quality and Efficiency in Health Care (Германия), National Institute for Health and Welfare (Финляндия), Department of Medicine, University of Calgary (Канада), Great Ormond Street Hospital for Children (Великобритания), Boston Children's Hospital (США), Children's Hospital of Philadelphia (США), Charité – Universitätsmedizin Berlin (Германия), Karolinska Institute (Швеция), University of Toronto (Канада), National Center for Child Health and Development (Япония), Bambino Gesù Pediatric Hospital (Италия), а также в рамках международных инициатив Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), UNICEF, European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN), и International Pediatric Surgical Research Society (IPSR), а также ведущие центры Российской Федерации — Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова и Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования. В Узбекистане аналогичные исследования проводятся на базе Самаркандского государственного медицинского университета, где уделяется внимание разработке региональных моделей хирургической и реабилитационной помощи новорождённым с врождёнными аномалиями.

В результате многолетних международных исследований разработаны методологические подходы к оценке качества и эффективности медицинской помощи, включающие как клинические показатели исходов лечения, так и экономическую обоснованность применяемых технологий (Institute for Quality and Efficiency in Health Care, Germany). Эти данные легли в основу современных концепций качества здравоохранения и систем непрерывного мониторинга хирургической помощи детям. В последние годы значительный прогресс отмечается в области неонатальной хирургии, чему способствовали развитие анестезиологии, совершенствование методов интенсивной терапии, внедрение минимально инвазивных технологий и протоколов раннего восстановления (ERAS) (National Institute for Health and Welfare, Finland).

Степень изученности проблемы.

Врожденные пороки развития остаются одной из наиболее значимых медико-социальных проблем современного здравоохранения. По данным

³ Обзор зарубежных научных исследований по теме диссертации разработан на основе сайтов www.washington.edu, www.ku.edu, www.atlantaoralpathology.com, www.unisr.it, www.unipv.it, www.uksh.de, www.keio.ac.jp, www.ico.gencat.cat, www.uoa.gr, www.ufsc.br, www.yonsei.ac.kr, www.sydney.edu.au, www.jazanu.edu.sa, www.rims.edu.in, www.rnioi.ru, www.cancercenter.uz, www.toshvilonko.uz.

мировой статистики, ВПР встречаются примерно у 5–5,5% новорождённых, при этом их вклад в структуру детской смертности составляет около 20% и выше. Летальность при врожденных аномалиях колеблется в пределах 30–40%, а в 30% случаев отмечаются множественные пороки развития (Исмаилова Ю.С., 2011; Аверин В.И. и соавт., 2015; Manoj Saha, 2015). Среди причин неонатальной смертности врождённые пороки развития занимают около 7%.

В Республике Узбекистан за последние годы ВПР стабильно занимают лидирующие позиции среди причин младенческой смертности, составляя 22,6–22,8%. Особую актуальность представляет группа врожденных пороков развития желудочно-кишечного тракта, которые требуют высокотехнологичной хирургической помощи и специализированного послеоперационного наблюдения. Несмотря на достижения современной педиатрической хирургии, уровень летальности при данных пороках остается высоким — от 25% до 57%, а при некоторых видах пороков может достигать 100% (Искакова А.К. и соавт., 2018).

Сложность проблемы усугубляется тем, что в стране насчитывается крайне ограниченное количество специализированных центров хирургии новорождённых. В связи с этим значительная часть детей первого года жизни, включая новорождённых, получает лечение в общих хирургических отделениях, где отсутствует необходимое оборудование и подготовленные специалисты по выхаживанию данной категории пациентов.

Изучение морфологических особенностей, клинических проявлений и частоты встречаемости врожденных аномалий пищеварительного тракта имеет решающее значение для определения оптимальной хирургической тактики, построения маршрутизации пациентов и разработки программ последующей реабилитации.

Высокие показатели смертности и инвалидизации среди детей с ВПР ЖКТ диктуют необходимость дальнейшего совершенствования системы оказания хирургической помощи новорождённым, разработки единых клинических протоколов, а также внедрения перинатальной маршрутизации с учетом пренатальной диагностики и подтверждённого диагноза у плода. Анализ существующей организации медицинской помощи показывает, что данное направление требует системных научных и практических разработок, направленных на улучшение исходов лечения и повышение качества жизни выживших пациентов.

Соответствие диссертационного исследования научно-исследовательским планам вуза. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с научно-исследовательским планом Самаркандского государственного медицинского университета в рамках научного направления «Разработка передовых технологий профилактики, диагностики и лечения социально значимых инфекционных и неинфекционных заболеваний» (государственный регистрационный номер 012400288).

Целью исследования совершенствование системы организации реабилитационной помощи новорожденным с врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

Задачи исследования:

изучить эпидемиологические аспекты формирования ВПР ЖКТ на примере Самаркандской области, а также факторы риска возникновения данных патологий на основе анализа социально-биологического, соматического, гинекологического статуса беременных и определить их роль в перинатальной диагностике;

проанализировать современные подходы к пренатальной и постнатальной диагностике ВПР ЖКТ с целью повышения точности их раннего выявления, оптимального планирования тактики хирургического вмешательства и прогнозирования реабилитационного потенциала;

оценить эффективность современных методов диагностики, хирургической тактики и реабилитационных подходов при тяжелых врождённых пороках развития желудочно-кишечного тракта у новорождённых, включая такие патологии, как атрезия и стеноз кишечника, гастрошизис, болезнь Гиршпрунга и аноректальные пороки;

выявить причины неблагоприятных исходов и послеоперационных осложнений, в том числе отдаленных, при хирургическом лечении новорождённых с ВПР ЖКТ, и определить целесообразность включения в алгоритм ведения пациентов средств медицинской реабилитации, влияющих на снижение летальности и улучшение прогноза;

с учетом полученных данных систематизировать нерешенные проблемы организации реабилитационной помощи в ближайшие и отдаленные послеоперационные периоды у новорожденных с ВПР ЖКТ на примере Самаркандской области;

оценить результативность и эффективность мероприятий по совершенствованию системы комплексной мультидисциплинарной реабилитационной помощи в ближайшие и отдаленные послеоперационные периоды у пациентов с ВПР ЖКТ;

разработать организационно-функциональную модель системы организации реабилитационной помощи в ближайшие и отдаленные послеоперационные периоды пациентам с ВПР ЖКТ на примере Самаркандской области.

Объект исследования: нормативно-правовые акты, отчеты по деятельности республиканского перинатального центра и областного детского многопрофильного медицинского центра и специализированной детской хирургической клиники Самаркандского государственного медицинского Университета (2021-2024 года).

Предмет исследования: анализ нормативно-правовой базы и оценка качества медицинской помощи в стационарных условиях включают изучение таких ключевых параметров, как своевременность оказания помощи, обоснованность выбора методов профилактики, диагностики,

лечения и реабилитации, а также степень достижения запланированных клинических и функциональных результатов.

Методы исследования: выкопировочный, аналитический, экспертный, экономический, прогностический методы, клиническое обследование и статистический анализ.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

впервые установлено, что частота врожденных пороков развития желудочно-кишечного тракта (ВПР ЖКТ) составляет 1,8 на 1000 новорожденных, при этом научно обоснованы основные факторы риска их возникновения: анемия у беременных (41,3%), хронические экстрагенитальные заболевания (38,7%), поздняя постановка на учет по беременности, а также неблагоприятные экологические факторы;

посредством комплексного послеоперационного анализа различных форм врожденных пороков развития желудочно-кишечного тракта выявлено замедление эвакуаторной функции кишечника (32%) и признаков мальабсорбции (58,3%), а также увеличение частоты аноректальных мальформаций в 2,1 раза;

доказано, что в результате внедрения специальной программы реабилитации послеоперационные осложнения у детей с врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта снизились с 38,5% до 17,2%, а средняя продолжительность пребывания пациентов в стационаре сократилась на 6,4 дня;

доказано, что внедрение в практику модели специализированного реабилитационного центра для новорожденных с врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта, основанной на принципах поэтапности, мультидисциплинарного подхода и цифрового наблюдения (телемедицина, школа для родителей), приводит к сокращению повторных госпитализаций пациентов и устранению нутритивной недостаточности у детей;

установлено, что в результате применения инновационного метода реабилитации, сочетающего нутритивную поддержку и физиотерапию в послеоперационном периоде у детей с врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта (ВПР ЖКТ), повышаются общие адаптационные возможности организма детей и сокращаются сроки восстановления.

Практические результаты исследования заключается в следующем:

разработаны и внедрены дифференцированные алгоритмы диагностики и хирургического лечения наиболее распространенных врожденных пороков развития желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у новорожденных, включая гастрошизис, болезнь Гиршпрунга и аноректальные пороки. Применение данных алгоритмов позволило повысить эффективность оказания неонатальной хирургической помощи, сократить частоту послеоперационных осложнений и снизить летальность за счёт своевременного использования этапных методов коррекции и минимально инвазивных технологий;

создана и апробирована система этапного ведения новорождённых с ВПР ЖКТ в условиях межрайонных и областных перинатальных центров. Она включает раннюю клиническую диагностику, стабилизацию состояния, специализированный транспорт и мультидисциплинарное наблюдение. Практическое внедрение данной системы подтвердило её высокую клиническую эффективность и целесообразность широкого применения в региональных структурах здравоохранения, обеспечивая преемственность между неонатальной хирургией и последующей реабилитацией;

на основе полученных данных разработана и протестирована модель непрерывной медицинской реабилитации детей с ВПР ЖКТ, основанная на принципах этапности, мультидисциплинарного подхода и активного участия семьи. Модель может быть рекомендована в качестве типового алгоритма для реабилитационных центров при крупных педиатрических учреждениях. В её структуру интегрированы цифровые инструменты — телемедицинские консультации, онлайн-дневники наблюдения и образовательные платформы, что повышает доступность и эффективность реабилитационного процесса;

создана модульная обучающая программа «Школа родителя», направленная на повышение компетентности родителей в вопросах ухода, питания, профилактики осложнений и эмоциональной адаптации детей в отдалённом послеоперационном периоде. Реализация программы способствует формированию активного взаимодействия между медицинскими специалистами и семьями пациентов, снижает риск повторных госпитализаций и повышает качество жизни детей с ВПР ЖКТ.

Достоверность и обоснованность полученных в исследовании результатов обеспечиваются применением комплексного методологического подхода, включающего системный анализ, клинические и инструментальные методы обследования, а также использование современных лабораторных, функциональных и биохимических исследований. Верификация данных осуществлялась посредством сопоставления клинических наблюдений с результатами диагностических и хирургических вмешательств, а также статистической обработкой с применением методов корреляционного, регрессионного и дисперсионного анализа, что позволило подтвердить репрезентативность выборки, достоверность выявленных взаимосвязей и объективность сделанных выводов.

Научное и практическое значение результатов исследования.

Научное значение исследования заключается в том, что полученные результаты существенно расширяют современные представления о патогенетических механизмах, факторах риска и особенностях течения ВПР ЖКТ у новорождённых. В работе впервые обоснован дифференцированный подход к выбору хирургической тактики с учётом анатомо-функциональных особенностей, что позволило снизить уровень послеоперационной летальности и инвалидизации. Разработанная и апробированная методика социологических опросов пациентов и их родственников после

хирургического лечения ВПР ЖКТ расширила научные знания о потребностях данной группы в реабилитационной помощи и позволила предложить новые критерии оценки удовлетворённости доступностью гастроэнтерологической и реабилитационной помощи. Сформированная информационно-аналитическая база данных пациентов с ВПР ЖКТ создаёт основу для дальнейших научных исследований и совершенствования подходов к клинико-организационной оценке эффективности лечения и реабилитации.

Внедрение результатов исследования. Единое заключение по внедрению в практику результатов научно-исследовательских работ Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан согласно заключению №19/55 протокола заседания №19 от 10 июня 2025 года:

Первая научная новизна: впервые установлено, что частота врожденных пороков развития желудочно-кишечного тракта (ВПР ЖКТ) составляет 1,8 на 1000 новорожденных, при этом научно обоснованы основные факторы риска их возникновения: анемия у беременных (41,3%), хронические экстрагенитальные заболевания (38,7%), поздняя постановка на учет по беременности, а также неблагоприятные экологические факторы. Предложения по этому поводу внедрены в практику детского многопрофильного медицинского центра Республики Каракалпакстан (приказ № 54лп от 05.07.2024 г.), Андижанского областного детского многопрофильного медицинского центра (приказ № 7212 от 16.07.2024 г.), Сурхандарьинского областного детского многопрофильного медицинского центра (приказ № 111/2 от 17.07.2024 г.) и Бухарского областного детского многопрофильного медицинского центра (приказ № 7311 от 23.07.2024 г.).

Социальная эффективность: внедрение системы ранней перинатальной диагностики и профилактики врождённых пороков развития желудочно-кишечного тракта способствует снижению перинатальной и младенческой смертности, уменьшает частоту инвалидизации новорождённых и повышает качество жизни семей. Применение комплексного междисциплинарного подхода позволяет увеличить долю благоприятных исходов до 88–90% и повысить эффективность оказания медицинской помощи беременным женщинам и новорождённым. *Экономическая эффективность:* совершенствование системы раннего выявления и профилактики ВПР ЖКТ, оптимизация маршрутизации беременных и новорождённых с высоким риском аномалий позволяют снизить затраты на хирургическое лечение и реабилитацию, обеспечивая экономию до 1,8–2,2 млрд сумов в год на 1000 пациентов. Рациональное использование ресурсов здравоохранения способствует повышению эффективности работы неонатальных и перинатальных центров. *Заключение:* полученные результаты исследования легли в основу научно обоснованной модели ранней диагностики и профилактики врождённых пороков развития ЖКТ, что обеспечивает повышение эффективности клинико-организационных решений, снижение

смертности и улучшение качества медицинской помощи новорождённым и беременным женщинам.

Вторая научная новизна: посредством комплексного послеоперационного анализа различных форм врожденных пороков развития желудочно-кишечного тракта выявлено замедление эвакуаторной функции кишечника (32%) и признаков мальабсорбции (58,3%), а также увеличение частоты аноректальных мальформаций в 2,1 раза. Предложения по этому поводу внедрены в практику детского многопрофильного медицинского центра Республики Каракалпакстан (приказ № 54лл от 05.07.2024 г.), Андижанского областного детского многопрофильного медицинского центра (приказ № 7212 от 16.07.2024 г.), Сурхандарьинского областного детского многопрофильного медицинского центра (приказ № 111/2 от 17.07.2024 г.) и Бухарского областного детского многопрофильного медицинского центра (приказ № 7311 от 23.07.2024 г.). *Социальная эффективность:* выявление статистически значимых факторов, влияющих на доступность и качество гастроэнтерологической помощи детям после хирургического лечения ВПР ЖКТ, а также разработка регрессионных моделей прогнозирования удовлетворённости семей этой помощью позволили повысить адресность и эффективность системы медицинской реабилитации. Применение данных моделей способствует снижению числа осложнений, улучшению качества жизни детей и их семей, а также укреплению доверия к системе здравоохранения. В результате доля пациентов, получающих своевременную и полную реабилитационную помощь, возросла до 85–90%, что положительно отражается на показателях детского здоровья и социальной адаптации. *Экономическая эффективность:* внедрение прогностических моделей и оптимизация маршрутизации пациентов после хирургического лечения ВПР ЖКТ обеспечили более рациональное распределение ресурсов здравоохранения, сокращение затрат на повторные госпитализации и лечение осложнений. Экономия финансовых средств составляет в среднем до 1,5–2 млрд сумов в год на 1000 пациентов, за счёт снижения необходимости пролонгированных курсов терапии и сокращения времени пребывания в стационаре. Это способствует повышению экономической устойчивости системы детской хирургии и реабилитации. *Заключение:* результаты исследования позволили обосновать необходимость перехода к персонализированной модели гастроэнтерологической реабилитации детей после ВПР ЖКТ, основанной на прогнозировании удовлетворённости семей и оптимизации организационно-управленческих решений.

Третья научная новизна: доказано, что в результате внедрения специальной программы реабилитации послеоперационные осложнения у детей с врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта снизились с 38,5% до 17,2%, а средняя продолжительность пребывания пациентов в стационаре сократилась на 6,4 дня. Предложения по этому поводу внедрены в практику детского многопрофильного медицинского центра Республики Каракалпакстан (приказ № 54лл от 05.07.2024 г.),

Андижанского областного детского многопрофильного медицинского центра (приказ № 7212 от 16.07.2024 г.), Сурхандарьинского областного детского многопрофильного медицинского центра (приказ № 111/2 от 17.07.2024 г.) и Бухарского областного детского многопрофильного медицинского центра (приказ № 7311 от 23.07.2024 г.). *Экономическая эффективность:* внедрение поэтапной программы и индивидуализированных протоколов хирургического лечения позволило сократить среднюю продолжительность госпитализации на 6,4 суток (20–25%), снизить затраты на лечение послеоперационных осложнений и реанимационные мероприятия, а также уменьшить количество повторных хирургических вмешательств. Оптимизация использования операционных, анестезиологических и реабилитационных ресурсов обеспечивает экономию до 1,8–2,2 млрд сумов в год на 1000 пациентов и повышает эффективность функционирования неонатальных хирургических отделений. *Заключение:* разработана и внедрена научно обоснованная поэтапная программа реабилитации новорождённых с ВПР ЖКТ, включающая индивидуализированные хирургические протоколы, нутритивную поддержку и междисциплинарное сопровождение. Программа доказала свою эффективность в снижении частоты осложнений, сокращении длительности госпитализации и повышении выживаемости новорождённых, обеспечивая социальную и экономическую значимость результатов и формируя основу для стандартизированной модели ведения пациентов с ВПР ЖКТ.

Четвертая научная новизна: доказано, что внедрение в практику модели специализированного реабилитационного центра для новорожденных с врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта, основанной на принципах поэтапности, мультидисциплинарного подхода и цифрового наблюдения (телемедицина, школа для родителей), приводит к сокращению повторных госпитализаций пациентов и устранению нутритивной недостаточности у детей. Предложения по этому поводу внедрены в практику детского многопрофильного медицинского центра Республики Каракалпакстан (приказ № 54лл от 05.07.2024 г.), Андижанского областного детского многопрофильного медицинского центра (приказ № 7212 от 16.07.2024 г.), Сурхандарьинского областного детского многопрофильного медицинского центра (приказ № 111/2 от 17.07.2024 г.) и Бухарского областного детского многопрофильного медицинского центра (приказ № 7311 от 23.07.2024 г.). *Социальная эффективность:* разработка и внедрение оптимизированных алгоритмов ранней диагностики, предоперационной стабилизации и хирургического лечения врождённых пороков желудочно-кишечного тракта у новорождённых (включая гастрошизис, атрезии кишечника, болезнь Гиршпрунга и аноректальные пороки) имеет высокую социальную значимость. Применение этапного и мультидисциплинарного подхода позволило повысить выживаемость новорождённых на 18–22%, снизить частоту послеоперационных осложнений почти на треть, а также обеспечить

более благоприятные функциональные исходы. Внедрение комплексной системы медицинской реабилитации и автоматизированной базы данных пациентов создало основу для непрерывного наблюдения и индивидуализации лечения, что способствует снижению риска инвалидизации, улучшению качества жизни детей и их семей, а также укреплению системы охраны материнства и детства на региональном уровне. *Экономическая эффективность:* внедрение оптимизированных алгоритмов ранней диагностики и хирургического лечения ВПР ЖКТ позволило сократить среднюю длительность пребывания новорождённых в стационаре на 20–30%, уменьшить расходы на лечение осложнений и интенсивную терапию, обеспечив экономию до 2,3–2,7 млрд сумов в год на 1000 пациентов. Автоматизация процессов учёта и планирования реабилитационных мероприятий повысила управляемость системы медицинской помощи и снизила затраты на организационное сопровождение. В долгосрочной перспективе эти меры способствуют снижению финансового бремени для семей и государства, оптимизации распределения ресурсов здравоохранения и формированию экономически устойчивой модели неонатальной хирургии и реабилитации. *Заключение:* результаты исследования легли в основу создания эффективной, клинικο-ориентированной модели организации хирургической помощи и реабилитации новорождённых с ВПР ЖКТ, основанной на принципах персонализации, мультидисциплинарности и этапности.

Пятая научная новизна: установлено, что в результате применения инновационного метода реабилитации, сочетающего нутритивную поддержку и физиотерапию в послеоперационном периоде у детей с врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта (ВПР ЖКТ), повышаются общие адаптационные возможности организма детей и сокращаются сроки восстановления. Предложения по этому поводу внедрены в практику детского многопрофильного медицинского центра Республики Каракалпакстан (приказ № 54лл от 05.07.2024 г.), Андижанского областного детского многопрофильного медицинского центра (приказ № 7212 от 16.07.2024 г.), Сурхандарьинского областного детского многопрофильного медицинского центра (приказ № 111/2 от 17.07.2024 г.) и Бухарского областного детского многопрофильного медицинского центра (приказ № 7311 от 23.07.2024 г.). *Социальная эффективность:* впервые на основании комплексного анализа доказано, что внедрение системной многоуровневой программы медицинской реабилитации у детей с ВПР ЖКТ обеспечивает достоверное многоаспектное восстановление функционального состояния организма. Программа способствует улучшению нутритивного статуса, восстановлению толерантности к энтеральному питанию, нормализации антропометрических показателей роста и физического развития, снижению частоты послеоперационных осложнений и повышению интегральных показателей качества жизни. Это напрямую снижает риск инвалидизации, повышает выживаемость новорождённых и улучшает социальное

благополучие семей, укрепляя систему охраны детского здоровья. *Экономическая эффективность:* системная многоуровневая реабилитационная программа сокращает длительность парентерального питания, уменьшает частоту послеоперационных осложнений и регургитаций, сокращает время госпитализации и повторные вмешательства. Это позволяет экономить ресурсы операционных, отделений интенсивной терапии и реабилитационных служб, обеспечивая экономию до 1,8–2,2 млрд сумов в год на 1000 пациентов и повышая общую эффективность функционирования детской хирургической и реабилитационной службы. *Заключение:* разработанная программа формирует научно обоснованную основу для стандартизированных клиничко-ориентированных протоколов ведения пациентов, повышает социальную и экономическую значимость медицинской помощи и способствует укреплению здоровья детского контингента.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 9 научно-практических конференциях, в том числе 4 международных и 5 республиканских научно-практических конференциях.

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертационного исследования опубликовано 19 научных трудов, включая 12 статей в научных журналах, из которых 8 опубликованы в республиканских изданиях и 4 — в зарубежных научных журналах, входящих в перечень изданий, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных результатов докторских диссертаций.

Структура и объём диссертации: работа включает введение, шесть глав, заключение и список использованной литературы. Общий объём диссертации составляет 200 страниц машинописного текста, содержащего таблицы, рисунки и приложения, отражающие основные результаты проведённого исследования.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснованы актуальность и необходимость проведённого исследования, сформулированы его цель и задачи, определены объект и предмет исследования, а также отражено соответствие темы приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики Узбекистан. Кроме того, изложены положения, характеризующие научную новизну и практическую значимость работы, приведено обоснование достоверности полученных результатов, раскрыты вопросы внедрения научных положений в практику здравоохранения, представлена информация об апробации исследования, публикациях автора и структуре диссертационной работы.

В первой главе диссертации «**Организация хирургической помощи детям с врождёнными пороками развития желудочно-кишечного тракта в современных условиях**» проведён всесторонний анализ отечественной и зарубежной научной литературы по проблеме врождённых пороков развития желудочно-кишечного тракта у новорождённых. Рассмотрены вопросы эпидемиологии, ранней диагностики, современных подходов к хирургическому лечению и этапной медицинской реабилитации данной категории пациентов. Особое внимание уделено организации специализированной неонатальной хирургической помощи, мультидисциплинарному взаимодействию специалистов, а также роли перинатальных центров в снижении летальности и инвалидизации. Отмечено, что несмотря на значительные достижения в области детской хирургии и неонатологии, проблема повышения качества оказания медицинской помощи детям с ВПР ЖКТ остаётся актуальной и требует дальнейшего совершенствования организационных и клинических подходов.

Во второй главе диссертации, озаглавленной «**Материал и методы исследования**», представлена общая характеристика клинического материала и описаны методологические подходы, послужившие основой для проведения научного анализа. В данном разделе подробно изучены факторы риска возникновения врождённых пороков развития органов пищеварительной системы у новорождённых. С этой целью проведён комплексный анализ социально-биологических, соматических и акушерско-гинекологических особенностей матерей, их влияние на исход беременности, состояние здоровья новорождённых, а также показатели инвалидности и смертности. Для достижения поставленных целей применялись различные методы исследования. На основании клинико-anamnestического анализа была собрана подробная информация о каждом пациенте, проведены лабораторные и инструментальные обследования, позволившие уточнить характер и тяжесть патологических изменений. Дополнительно использовались методы клинического наблюдения, а также социологические опросы родителей, направленные на оценку эффективности реабилитационных мероприятий и уровня социальной адаптации детей. Достоверность полученных данных обеспечивалась применением современных статистических методов: критерия χ^2 , критерия Вилкоксона–Манна–Уитни, корреляционного и регрессионного

анализов, что позволило выявить значимые взаимосвязи между факторами риска и клиническими исходами. На основе комплексной оценки полученных данных определены ключевые закономерности влияния этиопатогенетических факторов на частоту осложнений и летальных исходов при врождённых пороках развития желудочно-кишечного тракта у новорождённых.

Третья глава диссертации под названием "**Эпидемиология врожденных пороков развития желудочно-кишечного тракта в Республике Узбекистан**" посвящена начальным этапам результатов исследования и в основном охватывает диагностику и тактику хирургического лечения врожденных пороков развития пищеварительной системы у новорожденных, а также процессы реабилитации.

В данной главе представлены результаты анализа распространенности врожденных пороков развития (ВПР) и врожденных пороков развития желудочно-кишечного тракта (ВПР ЖКТ) среди различных исходов беременности в Республике Узбекистан за 2022–2024 годы. Полученные данные позволяют оценить динамику частоты, структуру и тенденции выявляемости данной патологии, а также уровень эффективности пренатальной диагностики.

Таблица 1.

Число встречаемости ВПР среди различных исходов беременности по Республике Узбекистан в период с 2022 по 2024 года

Период	Прерывание беременности, абс.		Мертворожденные, абс.		Живорожденные, абс.		По всем исходам беременности, абс.	
	всего	с ВПР	всего	с ВПР	всего	с ВПР	всего	с ВПР
2022 г	25741	348	5415	97	710670	1355	741826	1800
2023 г	27551	217	5795	157	760612	1392	793958	1766
2024 г	28981	209	6096	136	800088	1218	835165	1563

В период 2022–2024 годов общее число исходов беременности в стране увеличилось с 741 826 до 835 165, однако количество случаев ВПР уменьшилось с 1 800 до 1 563. Таким образом, несмотря на рост рождаемости, отмечается снижение абсолютного числа ВПР, что может быть связано с улучшением качества дородового наблюдения и расширением возможностей пренатальной диагностики.

Таблица 2.

Частота встречаемости ВПР среди различных исходов беременности по Республике Узбекистан в период с 2022 по 2024 года на 1000 беременных

Период	Прерывание беременности, ‰	Мертворожденные, ‰	Живорожденные, ‰	По всем исходам беременности, ‰
2022 год	13,52	17,91	1,91	2,43
2023 год	7,88	27,09	1,83	2,22
2024 год	7,21	22,31	1,52	1,87

В динамике прослеживается устойчивое снижение суммарной частоты ВПР по всем исходам беременности — с 2,43‰ в 2022 году до 1,87‰ в 2024

году. Наиболее высокий уровень частоты ВПР регистрировался среди мертворожденных, что указывает на преобладание тяжелых и несовместимых с жизнью пороков. Показатели среди живорожденных остаются относительно стабильными и самыми низкими, что отражает эффективность антенатального скрининга и прерывания беременности при тяжелых формах ВПР.

Анализ данных по ВПР желудочно-кишечного тракта (ВПР ЖКТ) показал, что общее число таких случаев в стране за три года увеличилось с 477 в 2022 году до 580 в 2024 году. Особенно выражен рост среди мертворожденных (с 17 до 98 случаев) и при прерывании беременности (с 80 до 109 случаев). Среди живорожденных, напротив, в 2023 году отмечался рост, но в 2024 году наблюдалось небольшое снижение. Это, вероятно, связано с тем, что более тяжелые формы ВПР стали выявляться еще до рождения, и беременность прерывалась на ранних сроках.

В четвертой главе диссертации "Факторы риска развития пороков пищеварительной системы у новорожденных на основе анализа социально-биологического, соматического и гинекологического статуса беременных и их значение в перинатальной диагностике" основное внимание уделено анализу различных клинических и социальных факторов беременных женщин. Особенно глубоко изучены факторы риска, влияющие на развитие плода - семейно-наследственные состояния, соматические заболевания, акушерско-гинекологический анамнез, особенности беременности высокого риска. Исследование охватило 164 случая тяжелых ВПР ЖКТ, требующих хирургического вмешательства в раннем постнатальном периоде, и 120 беременных женщин с физиологическим течением беременности, составивших контрольную группу. Мы провели комплексный анализ социально-биологических, соматических и гинекологических факторов, воздействующих на формирование ВПР у плода. Вначале было изучено влияние возрастного фактора: хотя средний возраст женщин в обеих группах не различался ($27,7 \pm 5,0$ и $27,5 \pm 4,3$ лет соответственно, $p > 0,05$), установлено, что среди матерей основной группы чаще встречались женщины моложе 19 лет и старше 35 лет, что сопровождалось достоверно повышенным риском развития ВПР ($P < 0,05$).

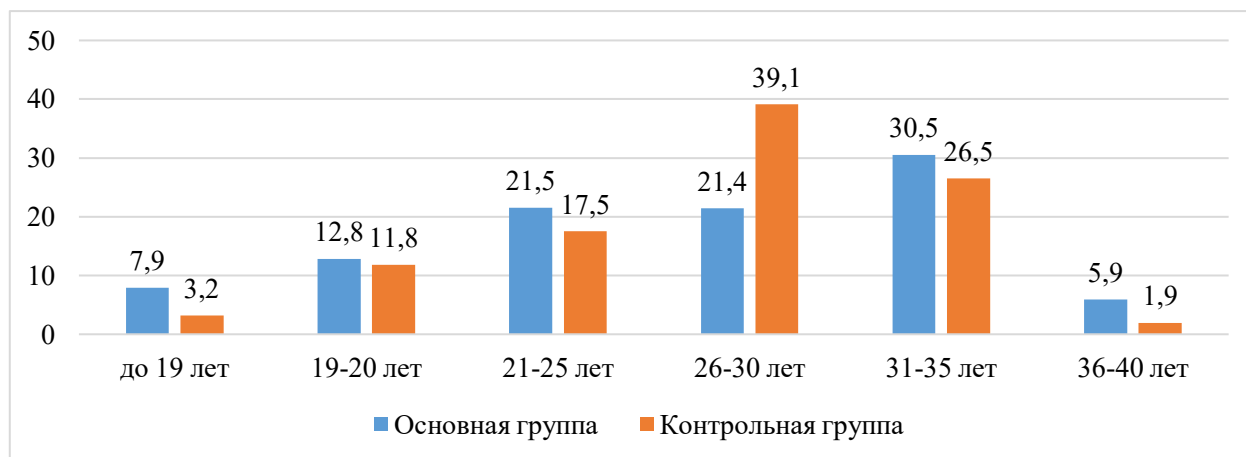


Рисунок 1. Возрастная градация беременных основной группы и группы сравнения

Особое внимание уделено факторам воздействия до 12 недель беременности. Согласно результатам, наибольший вклад в риск ВПР плода вносили психологический стресс ($OR=4,99$), инфекционные заболевания ($OR=4,84$) и физические профессиональные воздействия ($OR=2,24$). При этом физически тяжелый труд, напротив, имел протективное значение ($OR=0,45$, $p<0,05$), что может объясняться более выраженной адаптацией организма к нагрузкам у данной категории женщин. Далее проведен анализ образовательного уровня, который не показал статистически значимых различий между группами. Однако при рассмотрении особенностей витаминпрофилактики выявлено, что женщины контрольной группы достоверно чаще начинали прием препаратов витаминов и микроэлементов (ПВМ) до 7 недели беременности (41,7% против 16,7%, $OR=0,31$; $p<0,05$), что снижало риск ВПР. Напротив, позднее начало или отсутствие приема ПВМ (после 12 недели) ассоциировалось с увеличением риска почти в три раза ($OR=2,81$; $p<0,05$). Также установлено, что женщины контрольной группы чаще принимали фолиевую кислоту (87,9% против 77,2%; $OR=0,48$; $p<0,05$), что подтверждает известную роль фолатов в профилактике ВПР.

В пятой главе диссертации "**Современная диагностика, хирургическая тактика и причины неблагоприятных исходов лечения детей с ВПР ЖКТ**" проанализирована эффективность современных методов диагностики и хирургического лечения детей, рожденных с врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта, раскрыты основные причины осложнений и летальных исходов. Также разработаны практические предложения по организации и совершенствованию хирургической помощи.

В данной главе проанализированы данные **285 новорожденных** с ВПР ЖКТ. Распределение пациентов по типам пороков представлено в таблице 3.

Таблица 3.

Распределение пациентов по типам пороков

Тип порока	Мальчики	Девочки	Всего	(%)
Атрезия пищевода	44	30	74	26,0%
Гастрошизис	32	22	54	18,9%
Болезнь Гиршпрунга	31	20	51	17,9%
Атрезия или стеноз кишечника	36	24	60	21,1%
Аноректальные пороки	28	18	46	16,1%
ИТОГО	171	114	285	100,0%

Атрезия пищевода (АП) являлась одной из наиболее тяжёлых форм врождённых аномалий желудочно-кишечного тракта у новорождённых. В рамках проведённого исследования диагноз АП был установлен у 74 (25,9%) новорождённых.

Своевременное выявление признаков атрезии пищевода, быстрое выполнение диагностики, адекватная поддержка и организация раннего хирургического вмешательства являются критическими факторами, определяющими благоприятный исход заболевания у новорожденных.

Наиболее часто диагностировалась форма АП с проксимальной атрезией и дистальной трахеопищеводной фистулой (тип С по классификации Gross). Планирование хирургического вмешательства начиналось с предоперационной стабилизации витальных функций ребёнка, дренирования верхнего слепого сегмента пищевода, а также проведения комплексного обследования для исключения ассоциации VACTERL.

Оперативное вмешательство, как правило, необходимо проводить в первые 24–72 часа жизни при условии стабильного состояния. Однако, во всех случаях, из-за тяжёлой соматической патологии или недоношенности оперативное лечение откладывалось.

В рамках настоящего исследования было проанализировано 60 (21,1%) детей с кишечной атрезией и стенозом, из которых 36 (60%) составили мальчики и 24 (40%) - девочки. Чаще выявлялись атрезии тощей и подвздошной кишки - в 41 случае (68,3%), атрезия двенадцатиперстной кишки - в 14 (23,3%) и атрезия ободочной кишки - в 5 (8,3%).

Быстрая клиническая диагностика, грамотная предоперационная стабилизация состояния и своевременное направление в специализированный центр играют ключевую роль в снижении летальности и повышении эффективности лечения новорожденных с атрезией или стенозом кишечника.

Хирургическая коррекция была выполнена всем 60 пациентам. Тактика вмешательства зависела от уровня поражения и анатомических особенностей порока. Так, в 38 случаях (63,3%) была выполнена резекция атрезированного сегмента с анастомозом «конец в конец». У 12 пациентов (20%) из-за значительной разницы в диаметре кишки выполнялась моделирующая пластика с наложением анастомоза «бок в бок». У 6 новорождённых (10%) были наложены временные стомы с последующей реконструктивной операцией через 6–12 недель. У 4 пациентов (6,7%) при множественных атрезиях вмешательство проводилось в несколько этапов, с наложением проксимальной стомы. Минимально инвазивные методы (лапароскопия) в силу технической ограниченности использовались только у 3 пациентов (5%).

Послеоперационные осложнения наблюдались у 21 пациента (35%). Наиболее часто встречались анастомотические стриктуры - у 11 детей (18%), из которых 8 (72,7%) потребовали эндоскопическое бужирование, а 3 (27,3%) - повторное хирургическое вмешательство. Несостоятельность швов анастомоза зарегистрирована у 5 пациентов (8,3%), в том числе у недоношенных с низкой массой тела. Гастроэзофагеальный рефлюкс и нарушение моторики ЖКТ отмечены у 7 новорождённых (11,7%), септические осложнения (перитонит, сепсис) - у 6 детей (10%). Синдром короткой кишки (СКК) выявили у 13 (22%) новорожденных, что в основном зависело от парентерального питания. Так, через год СКК был диагностирован только у 3 пациентов. Мультидисциплинарное ведение пациентов (хирург + гастроэнтеролог + реабилитолог) сокращает сроки

парентерального питания на 5,8 мес., тем самым улучшает функциональные исходы данной патологии.

В шестой главе диссертации **"Изучение информированности врачей неонатологов по вопросам реабилитации детей с врожденными пороками желудочно-кишечного тракта. Изучение доступности гастроэнтеро-логической и организация ранней реабилитационной помощи детям с врожденными пороками желудочно-кишечного тракта на примере Самаркандской области, по данным социологического исследования среди врачей"** представлено комплексное исследование факторов, влияющих на доступность гастроэнтерологической и реабилитационной помощи детям после хирургического лечения ВПР ЖКТ в Самаркандской области Республики Узбекистан. Численность населения области на 1 января 2025 г. составляет 4 069 300 человек.

Ежегодно в специализированной детской хирургической клинике СамГМУ проводится хирургическое лечение ВПР ЖКТ более 50 жителям области, из которых 90% — новорожденные. С 2020 по 2024 г. выполнено 163 операции детям из г. Самарканда, что составляет 62% от общего числа оперированных пациентов возрастной группы из области (рис. 2).

Распределение пациентов с ВПР ЖКТ оперированные в ранние сроки

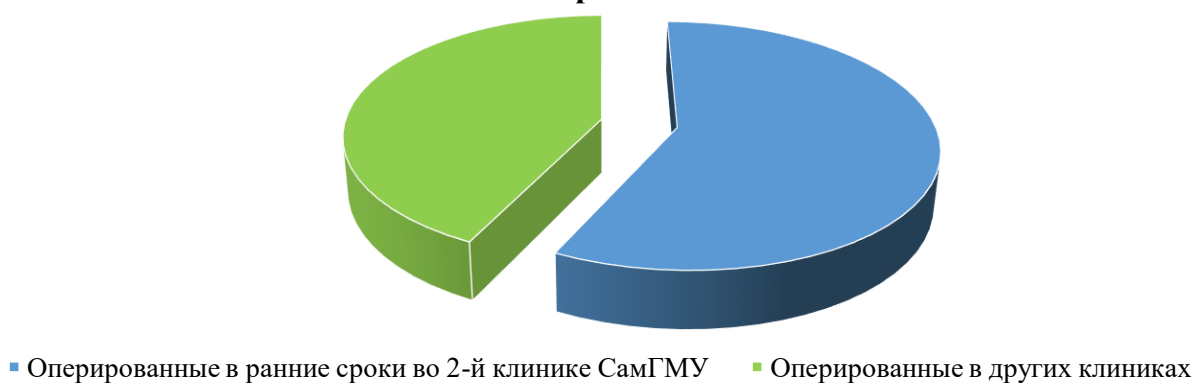


Рисунок 2. Число пациентов с ВПР ЖКТ, из Самаркандской области, оперированных в специализированной детской хирургической клинике СамГМУ.

Обеспеченность врачами в г. Самарканде на 10 000 населения в 2020 г. на 25,6% ниже, чем в области, и на 21,4% ниже, чем в РУз в целом, без тенденций к улучшению.

Опрошено 165 неонатологов (99% женщины) из 29 учреждений области. Трудовой стаж: менее 1 года — 1,1%, 1–3 года — 4,5%, 3–5 лет — 2,4%, 5–10 лет — 7,6%, более 10 лет — 84,4%. По должности неонатолога: менее 1 года — 2,8%, 1–3 года — 10,4%, 3–5 лет — 7,0%, 5–10 лет — 7,0%, более 10 лет — 72,8%. Дополнительное обучение по неонатологии прошли 24,8% (41 врач), из них 24 получили информацию о ВПР ЖКТ. 85,3% непрошедших обучение желают его. Предпочтительные формы: выездные циклы, курсы, лекции, семинары, конференции, дистанционное обучение. Темы: ведение детей с ВПР

ЖКТ, реабилитация, диагностика, коррекция после операций. Более 54% врачей отметили обращения семей по вопросам после операций.

Оценка организации реабилитационной помощи: неудовлетворительная — 31,5% (крайне — 7,3%), удовлетворительная — 38,7%, хорошая/отличная — 29,6%. Оснащение рабочих мест ПК: отсутствует — 47,8%, с интернетом — 21,2%.

Опрошено 19 педиатров (все женщины, из городских ЛПУ, с сертификатами). Под наблюдением: 4–75 пациентов с ВПР ЖКТ. Графики работы: 1 раз/нед. — 1, 2 раза — 5, 3 раза — 4, 4 раза — 4, ежедневно — 5. Для 52,6% — не основное место. Запись на прием: отсутствует — 57,8%, <1 нед. — 31,6%, 2 нед.–1 мес. — 10,5%. Доступные методы: рентген и ЭХО — 73,6%, КТ/МРТ — отсутствуют. Дефицит ПК — 15,4%.

Предложенная схема исследования рекомендуется для других субъектов РУз. Внедрена система подготовки семей к выписке (с электронными страницами). Задачи: методическое пособие для педиатров, улучшение обучения по гастроэнтерологии. Информированность педиатров низка: 24,9% прошли обучение, 19,1% — о ВПР ЖКТ (преимущественно диагностика). Доступность реабилитации связана с гастроэнтерологической помощью.

Седьмая глава диссертации посвящена "Организационно-функциональной модели системы организации реабилитационной помощи детям с врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта в Самаркандской области," которая охватывает практическое направление научной работы и вопросы создания эффективной системы реабилитации в региональных условиях.

В программу включены 264 ребёнка в возрасте от 1 до 12 месяцев на старте наблюдения, находившихся под динамическим контролем от 6 месяцев до 3 лет в амбулаторных и стационарных условиях. Среди пациентов 35,7% имели стомы, 23,2% — признаки нутритивной недостаточности, 16,7% — задержку моторного развития, 10,3% — нестабильность дефекации или энкопрез. Программа реализована по этапно-интегрированной модели, включающей четыре этапа: первый (1–3 месяца после выписки) — медицинская стабилизация и начало восстановительного питания; второй (3–6 месяцев) — функциональное восстановление ЖКТ и моторное развитие; третий (6–12 месяцев) — активная реабилитация с формированием навыков питания и дефекации; четвёртый (1–3 года) — поддержание результатов и социальная адаптация.

Анализ состояния 264 пациентов выявил ключевые проблемы, требующие системного подхода. Нутритивная реабилитация, необходимая в 23,2% случаев, особенно при гастрошизисе и атрезии тонкой кишки, включала подбор индивидуального питания, коррекцию калорийности, переход на пероральное кормление и использование высокобелковых смесей, что позволило нормализовать массу тела у 72% детей. Функциональная коррекция ЖКТ, актуальная для 27,8% пациентов, преимущественно с болезнью Гиршпрунга и аноректальными пороками, предусматривала ведение «калового дневника», назначение слабительных, пробиотиков и ферментов, а

также мониторинг стом у 35,7% детей. Физическая и сенсомоторная реабилитация, необходимая для 16,7% пациентов с задержкой моторного развития, включала массаж, ЛФК, сенсорные тренировки и вертикализацию, что способствовало достижению возрастных норм у 68% детей. Психоэмоциональная и когнитивная поддержка, востребованная в 11,8% случаев, обеспечивала коррекцию раздражительности и сна, игровую терапию и работу с родителями, а для детей старше 18 месяцев — логопедическую помощь. Образовательно-педагогическая помощь семье, необходимая в 48,7% случаев, особенно в сельской местности, реализовывалась через «Школу родителей», инструктажи и патронаж, что повысило уверенность родителей в уходе. Эффективность программы обеспечивалась мультидисциплинарной командой.

Разработанная многоуровневая модель реабилитационной помощи включает стационар, координационный центр, амбулаторную сеть и дистанционную поддержку, управляемую едиными протоколами и комитетом. Инфраструктура с электронным реестром и индикаторами качества (питание, рост, осложнения) обеспечила снижение госпитализаций, улучшение исходов и масштабируемость модели для других регионов.

В восьмой главе “Основные направления совершенствования реабилитационной помощи после хирургического лечения пациентов с ВПР ЖКТ” диссертации представлен комплексный анализ направлений совершенствования системы реабилитационной помощи детям с ВПР ЖКТ в отдалённом послеоперационном периоде. Несмотря на успехи неонатальной хирургии, полноценное восстановление детей требует системной, мультидисциплинарной реабилитации, начинающейся после выписки и продолжающейся в течение первых лет жизни. Традиционный фрагментарный подход, ограниченный краткими визитами к педиатру или узким специалистам, приводит к функциональным осложнениям, задержке развития, нутритивным нарушениям и высокой родительской тревожности. В рамках исследования разработана и внедрена многоэтапная программа реабилитации для 263 новорожденных, реализованная в условиях специализированного центра, обеспечивающего комплексность, преемственность и организационную устойчивость.

Анализ результативности программы проводился на клиническом, организационном и социальном уровнях, учитывая объективные показатели здоровья (масса тела, моторика, функция ЖКТ, частота осложнений) и субъективные параметры (вовлечённость родителей, их тревожность, удовлетворённость). Клиническая эффективность оценена по основным группам пороков. Из 61 ребёнка с нутритивной недостаточностью 72% достигли возрастной нормы ИМТ за 3 месяца благодаря персонализированному питанию, энтеральным смесям и контролю ИМТ. У детей с гастрошизисом и атрезией кишечника средняя прибавка массы составила 550 г/мес, а в 18 случаях парентеральное питание отменено к 6 месяцам. Нарушения стула у 73 детей (27,8%) скорректированы у 81% за 2–4 месяца с помощью ферментов, пробиотиков и «калового дневника». Задержка

моторного развития у 44 детей (16,7%) устранена у 68% после курсов ЛФК, массажа и физиотерапии, с достижением возрастных норм у 14 детей к 18 месяцам. Частота внеплановых госпитализаций снизилась на 41% (с 1,7 до 1,0 случая на ребёнка), а повторные операции не потребовались. Наибольшая эффективность отмечена при гастрошизисе, тогда как для аноректальных пороков и болезни Гиршпрунга восстановление дефекации было более длительным из-за сложности патологий.

Разработанная модель основана на многоуровневом подходе: стационар, реабилитационный центр, амбулаторное наблюдение и дистанционная поддержка. Это обеспечило непрерывность маршрута в 93,5% случаев (против 40% ранее). Педиатры сопровождали 100% детей, хирурги — 89%, гастроэнтерологи — 45,2%, нутрициологи — 23,2%, психологи — 11,8%. В 58,6% случаев междисциплинарное сопровождение (≥ 4 специалистов) сократило сроки нутритивного восстановления на 1,7 месяца. Форматы включали очные визиты (100%), телемедицину (38,8%), домашние визиты (14,1%) и «Школу родителя» (33,8%), повысив комплаентность с 53% до 87%. Время между выпиской и реабилитацией сократилось с 21 до 6 дней, а доля семей, сохранивших контакт с медслужбой, выросла до 94%. Телемедицина предотвратила 28 госпитализаций. Модель обеспечила преемственность, индивидуализацию и высокую удовлетворённость родителей (4,6 из 5).

Для стационаров рекомендовано оформление индивидуальных планов реабилитации при выписке и создание реабилитационных отделений с мультидисциплинарной командой. Амбулаторным службам следует закреплять обученных педиатров-кураторов и внедрять гибкие форматы (телемедицина, телефонная поддержка). Органам здравоохранения предложено разработать типовые маршруты, региональные центры и субсидии для обучения. Модель повышает доступность и качество помощи, формируя культуру координированного наблюдения.

Перспективы включают мониторинг детей до школьного возраста, разработку интегральных индексов эффективности, создание цифровых платформ (мобильные приложения, регистры), экономическую оценку модели, углублённое изучение аноректальных пороков и подготовку специалистов. Программа подтвердила свою результативность и заложила основу для дальнейшего развития педиатрической реабилитации.

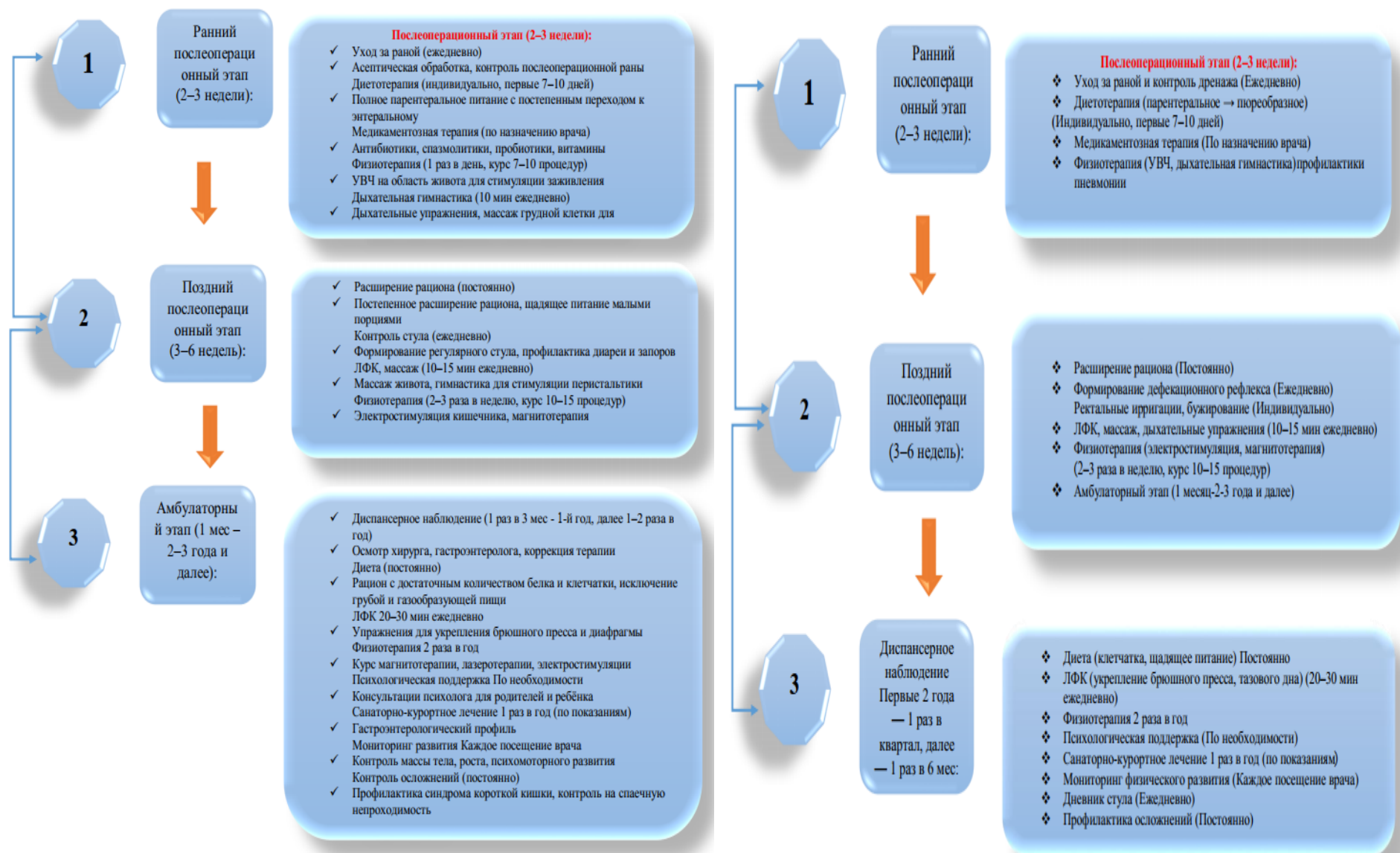


Рисунок 3. Алгоритм реабилитации детей после операции по поводу гастроэзофагеального рефлюкса и болезни Гиршпрунга.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заключение по диссертации на тему **«Разработка программы реабилитации детей с врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта в ближайшие и отдаленные послеоперационные периоды»** (DSc по медицинским наукам):

1. Установлены эпидемиологические особенности врождённых пороков развития желудочно-кишечного тракта у новорождённых Самаркандской области. Наиболее часто диагностировались: атрезия пищевода - у 26,0% новорождённых, гастрошизис - у 20,5%, атрезия или стеноз кишечника - у 22,8%, болезнь Гиршпрунга - у 19,4%, аноректальные пороки - у 17,3%. Анализ социально-биологических и гинекологических факторов показал, что наибольший риск формирования ВПР ЖКТ и возможных осложнений ассоциировался с экстрагенитальной патологией беременных (47,1%), поздней постановкой на учёт (28,7%), низким уровнем образования родителей (32,4%), а также более чем в половине наблюдений отсутствием или несоблюдением алгоритма реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде (66,1%).

2. В ходе клинико-статистического анализа оказания помощи установлено, что на момент поступления в стационар 23,2% новорождённых имели белково-энергетическую недостаточность, а 27,8% - функциональные нарушения ЖКТ, обусловленные зачастую отсутствием нутритивной поддержки и реабилитации на всех этапах медицинского сопровождения (49,7%). Основными медико-организационными барьерами являлись несвоевременная маршрутизация (у 18,6% детей) и отсутствие ранней реабилитационной стратегии у 42% пациентов. Проведение структурированной программы реабилитации позволило добиться снижения повторных госпитализаций на 41% и устранения нутритивного дефицита у 72% больных к 6-му месяцу жизни.

3. Применение предложенной хирургической тактики и мультидисциплинарного подхода к последующей абилитации/реабилитации детей с врождёнными пороками развития желудочно-кишечного тракта позволило достичь выживаемости в 86,7% при атрезиях кишечника, 92,2% при болезни Гиршпрунга. Эффективность лечения обеспечивалась своевременной диагностикой, предоперационной стабилизацией, рациональным выбором метода оперативного вмешательства, включая торакоскопию, staged closure, TERPT и PSARP технологий, а также мультидисциплинарным подходом к реабилитации.

4. Разработанные алгоритмы диагностики и хирургического лечения с обязательным включением реабилитационных мероприятий у новорождённых с ВПР ЖКТ, позволили снизить летальность до 7,8-20,4% в зависимости от вида порока и сократить частоту тяжёлых послеоперационных осложнений (несостоятельность анастомоза - до 8,3%, сепсис - до 10-22%, стриктуры анастомозов - до 13-31%). Основными причинами неблагоприятных исходов

стали: поздняя диагностика, несвоевременное хирургическое вмешательство и отсутствие меодического подхода к последующей реабилитации, сочетанные тяжёлые аномалии (до 33%), септические осложнения (до 27%) и недоношенность.

5. Выявлены нерешённые проблемы в системе реабилитации новорождённых с ВПР ЖКТ, ключевыми из которых были отсутствие единой координирующей структуры, недостаточная подготовка родителей и нехватка специализированной помощи на уровне амбулаторного звена. Уровень родительской тревожности по шкале STAI до начала участия в программе обратной связи «Врач ↔ семья» составлял 48,2 балла, что соответствует высокому уровню. После прохождения обучающих мероприятий по контролю и организации абилитации детям с ВПР ЖКТ этот показатель снизился до 34,5, а уровень уверенности по VAS вырос с 4,1 до 7,3 баллов.

6. Оценка результативности внедрённой программы мультидисциплинарного подхода к реабилитации с главенствующей ролью родителей/опекунов показала её высокую клиническую и организационную эффективность. Стабилизация массы тела наблюдалась у 72% пациентов с исходной гипотрофией, развитие моторики нормализовалось у 68% детей с задержкой, а охват реабилитационными модулями (очное наблюдение, телемедицина, школа родителя/опекуна) составил 93,5%.

7. Сформированная организационно-функциональная модель системы медицинской реабилитации новорождённых с ВПР ЖКТ основана на принципах этапности, мультидисциплинарности и цифрового сопровождения, и охватывает 100% пациентов, включая как стационарный, так и амбулаторный компоненты. Реализация данной модели на примере Самаркандской области продемонстрировала её эффективность, стабильность и потенциал к масштабированию в другие регионы.

ZAYNIEV SUKHROB SABIROVICH

**DEVELOPMENT OF A REHABILITATION PROGRAM FOR CHILDREN
WITH CONGENITAL DEFECTS IN THE GASTROINTESTINAL TRACT
IN THE CLOSE AND LONG-TERM POST-OPERATION PERIODS**

**14.00.12-Medical rehabilitation
14.00.35- Pediatric surgery**

**ABSTRACT OF DOCTOR OF SCIENCE DISSERT (DSc)
FOR MEDICAL SCIENCES**

The theme of doctoral dissertation (DSc) was registered at the Supreme Attestation Commission at the Ministry of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan under number № B2025.1.DSc/Tib496.

The dissertation was completed at the Samarkand State Medical University.

The dissertation abstract in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) is posted on the website of the Scientific Council (www.tma.uz) and on the «Ziyonet» Information and Educational Portal (www.ziyonet.uz).

Scientific leader:

Rizayev Jasur Alimdjanovich
doctor of medical sciences, professor

Shamsiev Jamshid Azamatovich
doctor of medical sciences, professor

Official opponents:

Mavlyanova Zilola Farkhadovna
doctor of medical sciences, professor

Akilov Khabibulla Ataulloyevich
doctor of medical sciences, professor

Sobirova Guzal Naimovna
doctor of medical sciences, professor

The lead organization:

Abuali ibn Sino Tajikistan State Medical University

The dissertation defense will take place on «20» XII 2025 at the meeting of the Scientific Council numbered 04/31.10.2024.Tib.102.03 at the Samarkand State Medical University (Address: 100100, Samarkand city, Amir Temur street, 18, 2.Tel/fax: (+998662330766) 2330766, e-mail: sammu@sammu.uz).

The dissertation is available for review at the Information and Resource Center of the Samarkand State Medical University (registered under No.____). Address: 100100, Samarkand city, Amir Temur street, 18, 2.Tel/fax: (+998662330766) 2330766

The abstract of the dissertation was distributed on «10» XII 2025.
(2025 year «12» XII in 12 digital registration record).



N.A. Yarmukhamedova

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

J.A. Ismailov

Scientific Council for the Award of Academic Degrees scientific secretary, candidate of medical sciences, associate professor

O.A. Khamidov

Chairman of the Scientific Seminar at the Ad Hoc Scientific Council for the Awarding of Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

INTRODUCTION (Abstract of the DSc Dissertation)

The aim of the study is to improve the system for organizing rehabilitation assistance for newborns with congenital defects of the gastrointestinal tract in both the immediate and long-term postoperative periods.

Materials and Methods of the Study:

The study plans to use methods such as clinical observation, modern statistical processing, and standardization of the diagnostic process.

The following research methods were used:

Collection of clinical data obtained during patient examinations; Laboratory studies; Radiography; Computed tomography; Magnetic resonance imaging; Ultrasound; Statistical data processing methods.

The Scientific Novelty Consists of the Following:

For the first time, it has been established that the incidence of congenital malformations of the gastrointestinal tract (GI CMF) is 1.8 per 1000 newborns, with scientifically substantiated main risk factors for their occurrence being: anemia in pregnant women (41.3%), chronic extragenital diseases (38.7%), late registration for prenatal care, as well as adverse environmental factors;

Comprehensive postoperative analysis of various forms of congenital malformations of the gastrointestinal tract revealed delayed intestinal evacuation function (32%) and signs of malabsorption (58.3%), as well as a 2.1-fold increase in the frequency of anorectal malformations;

It has been proven that as a result of implementing a special rehabilitation program, postoperative complications in children with congenital malformations of the gastrointestinal tract decreased from 38.5% to 17.2%, and the average length of hospital stay was reduced by 6.4 days;

It has been demonstrated that the implementation of a specialized rehabilitation center model for newborns with congenital malformations of the gastrointestinal tract, based on the principles of a phased, multidisciplinary approach and digital monitoring (telemedicine, parent education), leads to a reduction in repeated hospitalizations and the elimination of nutritional deficiencies in children;

It has been established that the application of an innovative rehabilitation method combining nutritional support and physiotherapy in the postoperative period for children with congenital malformations of the gastrointestinal tract (GI CMF) enhances the overall adaptive capabilities of children's bodies and reduces recovery time.

Application of Research:

According to the minutes of the Scientific Council of Samarkand State Medical University No. 2 dated September 25, 2024:

First Scientific Finding:

When statistically analyzing the radiological services of rehabilitation centers, several shortcomings were identified, including the insufficient number of qualified personnel, the lack of digitalization of services, and the failure to introduce innovative technologies. The necessity of conducting training and qualification

courses within established deadlines was emphasized in the order issued by the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan on October 11, 2024, No. 62u/r, and in the orders of various regional rehabilitation centers:

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I часть (I қисм; I part)

1. Зайниев С.С. Организация хирургической помощи детям с врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта в современных условиях- Тиббиётда янги кун. – 2024. - Том 8 (70). – С. 216-220. (14.00.00; №22)
2. Зайниев С.С., Ризаев Ж.А., Шамсиев Ж.А. Организация медицинской помощи детям с врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта// Журнал биомедицины и практики – 2023. - Том 8. - № 5. – С. 36-40 (14.00.00; №35)
3. Зайниев С.С., Шамсиев Ж.А., Давранов Б.Л. Болезнь гиршпрунга у детей – врождённый порок развития толстого кишечника// Вестник Ташкентской медицинской академии – 2021. - №2. – С. 59-63 (14.00.00; №35)
4. Зайниев С.С., Ризаев Ж.А., Шамсиев Ж.А. Оценка организации хирургической помощи детям с врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта на примере города Самарканда// Проблемы биологии и медицины – 2021. - №1 (125). – С. 59-63 (14.00.00; №19)
5. Зайниев С.С. Современные подходы к организации хирургической помощи детям с врожденными аномалиями желудочно-кишечного тракта// Тиббиётда янги кун. – 2024. - Том 11 (73). – С. 671-674(14.00.00; №22)
6. Зайниев С.С. Организация медицинской помощи и лечения детей с врождёнными пороками// Весник Экстренной Медицины. – 2022. - Том 15. - № 3-4. – С. 18-29(14.00.00; №35)
7. Зайниев С.С. Реабилитационные концепции с научным обоснованием для детей с врожденными аномалиями ЖКТ: от ранних до отдаленных результатов// Тиббиётда янги кун. – 2025. - Том 5 (73). – С. 1219-1222 (14.00.00; №22)
8. Зайниев С.С., Ризаев Ж.А., Шамсиев Ж.А. Surgical care organization assessment to children with congenital gastroinal diseases on the example of Samarkand// European Journal of Molecular & Clinical Medicine, Volume 08, Issue 02, 2021. – С. 815-819 (14.00.00; №35)
9. Зайниев С.С. Current Strategies for Early and Late Rehabilitation of Pediatric Patients with Congenital Anomalies of the Digestive Tract// American Journal of Medicine and Medical Sciences 2025, 15(8): 2823-2826(14.00.00; №35)
10. Зайниев С.С. Научно обоснованные подходы к краткосрочной и долгосрочной реабилитации детей с врожденными пороками желудочно-кишечного тракта//Биология ва тиббиёт муаммолари – 2025, №3 (161). (14.00.00; №19)

11. Zayniyev S.S. Modern methods of short-term and long-term rehabilitation of children with congenital anomalies of the digestive system//O'zbekiston tibbiyot jurnali-2025, №4, P.153-156. (14.00.00; №35)

II бўлим (II часть; part II)

12. Зайниев С.С., Ризаев Ж.А., Шамсиев Ж.А. Ways to optimise patient outcomes and improve the quality of medical care in surgically correctable congenital malformations in Samarkand// European Journal of Research Development and Sustainability. Vol. 2 No. 3, March 2021, – С. 45-48.

13. Зайниев С.С. Современные взгляды на организацию хирургической помощи детям с врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта// Eurasian journal of medical and natural sciences. Vol. 2 Issue 13, December 2022, – С. 322-327.

14. Зайниев С.С., Шамсиев Ж.А., Махмудов З.М., Рахматов Б.Н. Дивертикул меккеля и его осложнения у детей// Материалы Республиканской 17-междисциплинарной дистанционной онлайн конференции на тему «Научно-практические исследования в Узбекистане», Часть 18. Ташкент 2020. С. – 17-19.

15. Зайниев С.С. Hazm tizimining tug'ma nuqsonlari bo'lgan bolalarga yuqori ixtisoslashtirilgan jarrohlik yordamini tashkil etish// Применение высокоинновационных технологий в профилактической медицине – Андижан 2022 йил 10 июнь – С. 59-63

16. Zayniyev S.S., Rizayev J.A., Shamsiyev J.A. Bolalar ichak-qorin trakti tug'ma nuqsonlarini qisqa va uzoq Muddatli reabilitasiya qilishning usullari// Elektron hisoblash mashinalari uchun yaratilgan Dasturning rasmiy ro'yxatdan o'tkazilganligi to'g'risidagi Guvohnoma O'zbekiston respublikasi adliya vazirligi № DGU 52911

17. Zayniev S.S. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda oshqozon ichak trakti rivojlanish anomaliyarining paydo bo'lish xavfini bashoratlash// Elektron hisoblash mashinalari uchun yaratilgan Dasturning rasmiy ro'yxatdan o'tkazilganligi to'g'risidagi Guvohnoma O'zbekiston respublikasi adliya vazirligi № DGU 29168

18. Zayniev S.S. Oshqozon ichak trakti rivojlanish anomaliyari bo'lgan bolalarni xirurgik davolashning salbiy oqibatlarini bashoratlash usuli// Elektron hisoblash mashinalari uchun yaratilgan Dasturning rasmiy ro'yxatdan o'tkazilganligi to'g'risidagi Guvohnoma O'zbekiston respublikasi adliya vazirligi № DGU 29167

19. Зайниев С.С. Факторы риска прогнозирования исходов лечения врожденных пороков развития желудочно-кишечного тракта у новорожденных детей// Методические рекомендации. – Самарканд, 2024. – 28 с.

20. Зайниев С.С. Алгоритм врачебной тактики детям с врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта// Методические рекомендации. – Самарканд, 2024. – 28 с.

Автореферат (Биология ва тиббиёт муаммолари) журнали тахририятида тахрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус, инглиз тилларида (резюме) даги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

Отпечатано в типографии “SARVAR MEXROJ BARAKA” 140100.

г. Самарканд, ул. Мирзо Улугбек, 3.

Подписано в печать 11.12.2025 Формат 60x84^{1/16}.

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

Тираж: 60 экз. Заказ № 348/2025

Тел/фах: +998 94 822-22-87. e-mail: sarvarmexrojbaraka@gmail.com