

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ
ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ
КЕНГАШ АСОСИДАГИ БИР МАРТАЛИК ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

НЕМАТОВ АЛИШЕР ШЕРМУХАММАДОВИЧ

**БОЛАЛАРДА ГИРШПРУНГ КАСАЛЛИГИДА ҚОРИН ОРАЛИҚ
ПРОКТОПЛАСТИКАДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАР САБАБИ ВА
УЛАРНИ КОРРЕКЦИЯ ҚИЛИШ УСЛУБЛАРИ**

14.00.35 – Болалар хирургияси

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

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Нематов Алишер Шермухаммадович

Болаларда Гиршпрунг касаллигида қорин оралиқ проктопластикадан кейинги асоратлар сабаби ва уларни коррекция қилиш услублари..... 3

Нематов Алишер Шермухаммадович

Причины осложнений после брюшно-промежностных проктопластик у детей с болезнью Гиршпрунга и способы их коррекции..... 25

Nematov Alisher Shermukhammadovich

Causes of complications after abdominoperineal proctoplasty in children with Hirschsprung's disease and methods of their correction..... 47

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ

List of published works..... 53

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ
ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ
КЕНГАШ АСОСИДАГИ БИР МАРТАЛИК ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

НЕМАТОВ АЛИШЕР ШЕРМУХАММАДОВИЧ

**БОЛАЛАРДА ГИРШПРУНГ КАСАЛЛИГИДА ҚОРИН ОРАЛИҚ
ПРОКТОПЛАСТИКАДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАР САБАБИ ВА
УЛАРНИ КОРРЕКЦИЯ ҚИЛИШ УСЛУБЛАРИ**

14.00.35 – Болалар хирургияси

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

АНДИЖОН– 2025

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2024.2.PhD/Tib4738 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент давлат тиббиёт университетида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) илмий кенгашнинг веб-саҳифасида (www.adti.uz) ва «Ziyonet» Ахборот таълим порталида (www.ziyonet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:	Оллабергенов Одилбек Тожиддинович тиббиёт фанлари доктори, доцент
Расмий оппонентлар:	Эргашев Бахтиёр Бердиалиевич тиббиёт фанлари доктори, профессор Сапаев Отабек Кодирович тиббиёт фанлари доктори, доцент
Етакчи ташкилот:	Самарқанд давлат тиббиёт университети

Диссертация ҳимояси Андижон давлат тиббиёт институти ҳузуридаги илмий даражалар берувчи DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 рақамли Илмий кенгаш асосидаги Бир марталик илмий кенгашнинг 2025 йил «__» _____ соат__ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю.Отабеков кўчаси, 1-уй; Тел/факс:(+998)74-223-94-50;e-mail:info@adti.uz, Андижон давлат тиббиёт институти мажлислар зали

Диссертация ҳимояси Андижон давлат тиббиёт институтининг ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (__ рақами билан рўйхатга олинган). (Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю.Отабеков кўчаси, 1-уй; Тел/факс: (+998) 74-223-94-50.

Диссертация автореферати 2025 йил «__» _____ куни тарқатилди.
(2025 йил «__» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

М.М. Мадазимов

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

М.Ф. Нишанов

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

Б.Р. Абдуллажанов

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

КИРИШ (фалсафа докторлик диссертацияси (PhD) аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Болалардаги Гиршпрунг касаллиги йўғон ичакнинг кенг тарқалган оғир туғма нуқсони бўлиб, аксарият ҳолларда мураккаб ва баъзан катта реконструктив пластик коррекцияловчи хирургик операцияларни талаб қилади. 2011-2015 йилларда нашр этилган Европа туғма нуқсонлар рўйхатга олиш Ассоциацияси маълумотларига кўра, Гиршпрунг касаллиги билан касалланиш 404 та ҳолат 10000 та туғилишга тўғри келади. Ўзбекистонда ушбу касалликнинг бўйича статистик маълумотлар шуни кўрсатадики, Республикада ҳар йили Гиршпрунг касаллигига чалинган 200 га яқин бола операция қилинади¹. Ҳозирги кунда дунёнинг кўплаб етакчи клиникаларида, болаларда Гиршпрунг касаллигини даволашнинг кўплаб усуллари ва услублари таклиф этилишига қарамай, операциядан кейинги яқин ёки узок муддатда операция қилинган беморларнинг 28-70% ида нажасни тутолмаслик, туширилган ичак ретракцияси, анастомоз соҳасининг стенози ёки етишмовчилиги, анал каналнинг чандикланишига олиб келучи шаклдаги асоратлар юзага келади. Ушбу асоратларни коррекция қилиш учун қайта реконструктив-пластик аралашувлар ва реабилитация талаб этади. Болаларда Гиршпрунг касаллигининг шаклидан қатъий назар, колостаз ва ич қотиши, шунингдек операциядан кейинги юқоридаги асоратлар болаларнинг нормал жисмоний ривожланишига тўсқинлик қилувчи омиллардир². Юқорида келтирилган маълумотлар болаларда Гиршпрунг касаллиги ва унинг асоратларини бўйича муаммолар жуда долзарб бўлиб, ушбу соҳа мутахассислари орасида илмий ва амалий жихатдан юқори қизиқиш уйғотмоқда.

Жаҳон амалиётида ҳозирги вақтда болаларда Гиршпрунг касаллигини хирургик даволаш ва реабилитация қилиш бўйича илмий асосланган клиник протоколларни ишлаб чиқиш ва мавжудларини такомиллаштириш бўйича амалга оширилаётган тадқиқотлар долзарб бўлиб қолмоқда, болаларда бир босқичда амалга ошириладиган минимал инвазив усул сифатида ТЕРТ/TERPT (transanal endorectal pull-through) ва косметик жиҳатдан устунликка эга бўлган SILEP (single-incision laparoscopic endorectal pull-through) амалиётларини жорий қилиш ҳамда натижаларини анъанавий амалиётлар билан таққослаш бўйича тадқиқотлар давом эттирилмоқда, ташрихдан кейинги Гиршпрунг ассоцирланган энтероколит (НАЕС) асорати ривожланишини олдиндан башоратлаш учун прогностик моделлар ишлаб чиқилмоқда, ташрихдан кейинги узок даврда ичакларнинг функционал ҳолати ҳамда болаларнинг ҳаёт сифати кўрсаткичларини баҳолаш бўйича изланишлар олиб борилмоқда.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантиришнинг замонавий жиҳатлари ташхислаш ва хирургик даволашнинг замонавий тамойиллари ва усулларини жорий этиш орқали болаларда Гиршпрунг

¹ Schäppi M.G. et al. A practical guide for the diagnosis of primary enteric nervous system disorders // Journal of pediatric gastroenterology and nutrition. - 2013. - P. 677-686.

²Hei Ha J.L., Hang Lui V.C., Hang Tam P.K. Embryology and anatomy of Hirschsprung disease // Semin. Pediatr. Surg. 2022 Dec;31(6):151-7.

касаллигини даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган кўплаб чора-тадбирларни ўз ичига олади. Янги Ўзбекистонни 2022-2026 йилларда етти устувор йўналиш бўйича ривожлантириш стратегиясига аҳолига малакали тиббий хизмат кўрсатиш сифатини ошириш вазифалари киритилган³. Ушбу вазифаларни амалга ошириш, шу жумладан, болаларда Гиршпрунг касаллигида операциядан кейинги асоратларни эрта ташхислаш ва хирургик коррекция натижаларини яхшилаш, ушбу патологиянинг юқори тиббий-ижтимоий аҳамияти туфайли болалар хирургиясининг, ва умуман олганда, тиббиётнинг долзарб йўналишларидан бири ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2025 йил 19 майдаги ПФ-88-сон «Республикада соғлиқни сақлаш тизимини ва аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш тамойилларини такомиллаштириш орқали соҳани ислоҳ қилишни изчил давом эттириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 4 октябридаги ПҚ-5254-сон «Хирургия хизматини трансформация қилиш, худудларда жарроҳлик амалиётлари сифатини ошириш ва кўламини кенгайтириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги ва 2023 йил 08 сентябрдаги ПҚ-296-сон «Оналар ва болалар саломатлигини муҳофаза қилиш, аҳолининг репродуктив саломатлигини мустаҳкамлаш чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарорлари, ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланиши-нинг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Гиршпрунг касаллиги болаларда йўғон ичакнинг мураккаб нуқсонларидан бўлиб, уни коррекцияловчи операциялардан кейинги асоратлар ва касалликнинг қайталаниш хавфи юқори. Ушбу нуқсонни даволашда эришилган ютуқларга қарамай, ҳал қилиниши керак бўлган мунозарали масалалар қолмоқда, уларга қуйидагилар киради: касалликнинг турли шакллари ва босқичларида анъанавий ёки юқори технологияли жарроҳлик аралашувларини амалга ошириш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларга аниқлик киритиш, дастлабки бажарилганқорин-оралиқ проктопластикаларидан кейин, такрорий реконструктив пластик операция амалиётини ўтказиш усули ва услубларини танлаш^{4,5}. Қорин-оралиқ проктопластикаларидан кейинги умумий асоратлар бирламчи хирургик операция натижаларини танқидий таҳлил қилишни талаб қилади. Операциядан кейинги асоратларни келтириб чиқарадиган қониқарсиз даволаш натижаларининг сабабларини аниқлаш асоратлар турига,

³Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60 сон «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида»ги Фармони.

⁴ Дубровская М.И., Паршина П.В. Актуальные вопросы развития запоров у детей, подходы к терапии // Вопросы современной педиатрии. - 2012. - Т.11. - №1. - С. 76-82.

⁵ Каган А.В., Котин А.Н., Караваева С.А., Кесаева Т.В. Проблемы диагностики болезни Гиршпрунга новорождённых: Клинические примеры // Педиатр. - 2020. - Т. 11. (1). - С. 83-90.

беморларнинг ёшига, шунингдек Гиршпрунг касаллигининг бирламчи шакли ва босқичига қараб такрорий реконструктив операциялар учун кўрсаткичларни аниқлашга имкон беради^{6,7,8}.

Операциядан кейинги асоратларни коррекция қилиш учун тавсия этилган мавжуд реконструктив пластик аралашувларнинг хилма-хиллиги, бирламчи аралашув пайтида йўғон ичакда аганглионар соха қолганлигини эътиборга олиб, унинг қайта мобилизацияси ва соғлом сохагача резекцияси ва туширилишига қаратилган мақсад бўлиши лозим. Реконструктив аралашувлар, шунингдек, операциядан кейинги анал инконтиненциянинг сабаби бўлган ректал сфинктер мажмуасининг шикастланган анатомик тузилмаларини тиклашга қаратилган.

Адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, болалар жарроҳлиги амалиётига янги кам инвазив технологияларнинг кенг ва кундалик жорий этилиши Гиршпрунг касаллигида амалга оширилган жарроҳлик аралашувларнинг травматик хусусиятини сезиларли даражада камайтирди ва операциядан кейинги асоратлар улушини камайтирди. Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, жарроҳлик тактикасининг кўплаб фундаментал масалалари ва болаларда Гиршпрунг касаллигининг турли шаклларида видео лапароскопик аралашувни қўллаш кўлами ҳал қилинмаган ва ушбу бемор популяциясида кам инвазив технологиялардан фойдаланиш кўрсаткичларини оқилона ва асосли аниқлашни талаб қилади. Шу муносабат билан даволаш ва диагностика тактикасини такомиллаштириш ва Гиршпрунг касаллиги билан оғриган беморларни жарроҳлик даволаш натижаларини сезиларли даражада яхшилайдиган турли хил жарроҳлик аралашувлар учун асосли кўрсаткичларни ишлаб чиқиш зарурлиги аён бўлди^{9,10,11,12}.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Тошкент давлат тиббиёт университетининг илмий-тадқиқот ишлари режаси мувофиқ 01980006703-сон “Болаларда туғма нуқсонларни ва орттирилган касалликларни таҳислаш, даволаш ва олдини олиш усулларини такомиллаштириш” илмий тадқиқот лойиҳаси доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади болаларда Гиршпрунг касаллигида операциядан кейинги асоратларни эрта ташҳислаш ва хирургик коррекция натижаларини

⁶ Ким Л.А., Рыжов Е.А., Фёдоров А.К. Из истории детской хирургии. Болезнь Гиршпрунга // Детская хирургия. - 2011. - №6. - С. 54-56.

⁷ Gross E.R., Geddes G.C., Mc Carrier J.A. et al. Skip segment Hirschsprung disease and Waardenburg syndrome // J Pediatr. Surg. Case Rep. 2015;3(4):143-145.

⁸ Violani C., Grano C., Fernandes M., Prato A.P. The Transition of Care for Patients with Anorectal Malformations and Hirschsprung Disease: A European Survey // Eur. J. Pediatr. Surg. - 2023. - Jun;33(3):191-197.

⁹ Bawazir O.A. Laparoscopic-Assisted Transanal Pull-Through in Hirschsprung Disease: Does Laparoscopic Dissection Minimize Anal Overstretching? // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech A. - 2020 Mar;30(3):338-343.

¹⁰ Ionov A.L., Gogina A.A., Sulavko Ya.P. Secondary interventions after surgical treatment of Hirschsprung's disease in children // Detskaya khirurgiya (Russian Journal of Pediatric Surgery) 2017; 21(1): P. 42-46. (In Russ.).

¹¹ Geraskin A.V., Dronov A.F., Smirnov A.N. Atlas of Abdominal and Perineal Surgery in Children. [Khirurgiya zhivota i promegnosti u detey] // Moscow: GEOTAR-Media; 2012. (in Russian).

¹² Levitt M.A., Hamrick M.C., Eradi B., Bischoff A., Hall J., Pena A. Transanal, full-thickness, Swenson-like approach for Hirschsprung disease // J. Pediatr. Surg. 2013; 48(11): P. 2289-95.

яхшилашдан иборат.

Тадқиқот вазифалари.

болаларда Гиршпрунг касаллигида бирламчи бажарилган қорин-оралиқ проктопластикаларининг ретроспектив таҳлилини ўтказиш;

Гиршпрунг касаллигида болаларни хирургик даволашнинг турли усуллари ва услубларида операциядан кейинги асоратлар ва касалликнинг қайталаниш сабабларини ўрганиш;

болаларда Гиршпрунг касаллигида такрорий операциялар самарадорлигини оширишга ва касалликнинг қайталанишини олдини олишга ёрдам берувчи, операциядан кейинги асоратларини хирургик коррекция усуллари танилашни асослаш;

болаларда Гиршпрунг касаллигида операциядан кейинги асоратларни хирургик коррекциясининг яқин ва узоқ муддатдаги натижаларини ўрганиш ва беморларнинг ҳаёт сифатини аниқлаш;

Тадқиқотнинг объекти 2020-2025 йилларда ТошПТИ клиникасида Гиршпрунг касаллигининг турли шакллари туфайли стационар равишда даволанган 4 ойдан 18 ёшгача бўлган 266 нафар беморлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети Гиршпрунг касаллигининг турли шакллари билан даволанган бемор болаларни даволашнинг яқин ва узоқ муддатлардаги натижаларини таҳлил қилишдан иборат.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот мақсадига эришиш ва белгиланган вазифаларни ҳал қилиш учун умумий клиник, лаборатор, инструментал, махсус ва статистик тадқиқот усуллари қўлланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

болаларда Гиршпрунг касаллигида қорин-оралиқ проктопластика натижалари етарли клиник материалда таҳлил қилинган ва операциядан кейинги асоратларнинг бирламчи бажарилаган усулга қараб асосий сабаблари – дастлабки коррекция усулининг асоссиз танланганлиги, тактик ва операция пайтидаги хатоликлар ҳамда йўғон ичакнинг носоғлом қисмини резекция қилиш орқали гипогангиоз соҳанинг қолдирилиши эканлиги аниқланган;

Гиршпрунг касаллиги қайталанганда агангиознинг қолдиқ соҳасини аниқлаш учун йўғон ичакнинг турли соҳаларидан эндоскопик биопсияси учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар такомиллаштирилган;

болаларда Гиршпрунг касаллигида операциядан кейинги асоратларни тубдан реконструктив коррекция қилиш усуллари танилашда аноректал соҳа анатомик бирлиги ва сфинктер-мушак мажмуасини тиклашга қаратилган аралашувлар энг мақбул эканлиги асосланган;

Гиршпрунг касаллиги бўлган болаларда ўтказилган такрорий реконструктив коррекция амалиётларидан сўнг амалга ошириладиган консерватив терапия ва реабилитациянинг индивидуаллаштирилган усуллари клиник самарадорлиги исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

болаларда Гиршпрунг касаллигида операциядан кейинги асоратларни юқори аниқлик билан ташҳислашга ҳамда оптимал реконструктив-пластик

аралашувни танлашга имкон берувчи ташхисот мажмуаси таклиф қилинган;

болаларда Гиршпрунг касаллигида қорин-оралиқ проктопластикасидан кейинги асоратларни реконструктив коррекция қилишнинг операция пайтидаги ва операциядан кейинги асоратларнинг нисбатини камайтиришга, қайта хирургик даволашнинг яқин ва узоқ муддатдаги натижаларини сезиларли даражада яхшилашга имкон берувчи оптимал усул ва услублари тавсия этилган;

болаларда Гиршпрунг касаллигида амалга оширилган қайта реконструктив коррекция ташрихларидан сўнг ўтказиладиган индивидуаллаштирилган консерватив терапия ва реабилитация дастурлари ишлаб чиқилган.

Гиршпрунг касаллиги бўлган болаларда қорин-оралиқ проктопластикасидан кейинги асоратларни даволашдаги комплекс ёндашув, реконструктив аралашувлар, физиотерапия муолажалари ва реабилитация чоралари нафақат даволанишнинг бевосита ва узоқ муддатли натижаларини, балки ҳаёт сифатини ҳам яхшилаши аниқланган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Беморлар ҳолатини баҳолашнинг объектив мезонларини, ташхислаш ва даволашнинг замонавий усуллари қўллаш, методологик ёндашувлар ва статистик таҳлил тўпламларини тўғри қўллаш билан асосланган. Тадқиқот етарли миқдордаги клиник материалда ўтказилган. Олинган натижаларга статистик ишлов бериш уларнинг ишончлилигини тасдиқлаган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, олинган хулосалар ва берилган тавсиялар назарий аҳамиятга эга бўлиб, болаларда Гиршпрунг касаллигида оптимал реконструктив-пластик аралашувни танлашга боғлиқ ҳолда асоратлар ривожланиши хавфининг клиник ва тактик-техник жиҳатлари ҳамда оператив аралашувларнинг тактик-техник жиҳатлари, ташрихгача тайёргарлик, шунингдек ташрихдан кейинги даврни олиб бориш ва реабилитация қилиш борасидаги мавжуд билимларни кенгайтиришга муҳим ҳисса қўшганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, олинган натижалар асосида Гиршпрунг касаллигида болаларда қорин-оралиқ ва эндоректал проктопластикадан кейинги асоратларнинг реконструктив коррекция усуллари ва услубларини такомиллаштирилганлиги, операциядан кейинги асоратларни юқори аниқлик билан ташхислашга ҳамда оптимал реконструктив-пластик аралашувни танлашга имкон берувчи ташхисот мажмуаси таклиф қилинганлиги ва амалга оширилган қайта реконструктив коррекция ташрихларидан сўнг ўтказиладиган индивидуаллаштирилган консерватив терапия ва реабилитация дастурлари ишлаб чиқилганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги илмий техник кенгашнинг 2025 йил 10 июндаги 19-сонли йиғилиш баённомасига асосан

илмий – тадқиқот ишларини натижаларини амалиётга тадбиғи бўйича хулосасига кўра:

биринчи илмий янгилик: болаларда Гиршпрунг касаллигида қорин-оралиқ проктопластика натижалари етарли клиник материалда таҳлил қилинган ва операциядан кейинги асоратларнинг бирламчи бажарилаган усулга қараб асосий сабаблари – дастлабки коррекция усулининг асосиз танланганлиги, тактик ва операция пайтидаги хатоликлар ҳамда йўғон ичакнинг носоғлом қисмини резекция қилиш орқали гипоганглиоз соҳанинг қолдирилиши эканлиги аниқланганлиги Республика перинатал марказ Неонатал хирургия бўлими амалиётига директорнинг 2025 йил 27 март №122-сонли буйруқ ҳамда Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали клиникаси Хирургия бўлими амалиётига Бош шифокорнинг 2025 йил 27 мартдаги 10-I-сонли буйруқ билан жорий этилган. Ижтимоий самарадорлиги: таклиф этилган Гиршпрунг касаллигида лапароскопик зинапоясимон биопсия олиш ва ташҳисни аниқлик даражасини оширувчи балл шкаласига асосланган дастур касалликка тўғри ташҳис қўйишга ва ичак резекция кўламини тўғри аниқлашга имкон яратган, бу орқали операция натижасини, ҳамда энг асосийси ҳаёт сифатини яхшилашга эришилган. Иқтисодий самарадорлиги: лапароскопик ассистентлик орқали Swenson усулида аганглионар соҳасини резекция қилиш, Гиршпрунг касаллигининг ректал ва ректосигмоид шаклларида 17 (7,4%) нафар беморларда бирламчи операция сифатида амалга оширилган. Йўғон ичак рекзекция кўламини аниқлашда зинапоясимон биопсия натижаларига асосланиб нормоганглиоз соҳага аниқлик киритилган. Ушбу беморларда ўтказилган операциялар натижасида нормал дефекация ҳаракати тикланишига, уларнинг жамиятдаги ижтимоий мослашувини яхшилашга эришилган. Хулоса: шундай қилиб Гиршпрунг касаллигида операциядан кейинги асоратлар фоизини камайтириш учун операция усули тўғри танланиши ва резекция кўламини аниқлаш учун зинапоясимон биопсия олиш шарт ва зарурлиги илмий асосланган.

иккинчи илмий янгилик: Гиршпрунг касаллиги қайталанганда аганглиознинг қолдиқ соҳасини аниқлаш учун йўғон ичакнинг турли соҳаларидан эндоскопик биопсияси учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар такомиллаштирилганлиги Республика перинатал марказ Неонатал хирургия бўлими амалиётига директорнинг 2025 йил 27 март №122-сонли буйруқ ҳамда Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали клиникаси Хирургия бўлими амалиётига Бош шифокорнинг 2025 йил 27 мартдаги 10-I-сонли буйруқ билан жорий этилган. Ижтимоий самарадорлиги: лапароскопик ассистентлик орқали амалга оширилган Swenson усули билан 17 нафар беморда Гиршпрунг касаллиги бартараф этилган бўлиб, шундан 11,7% ҳолатида яъни 1 нафар беморда туширилган ичак қисман ретракцияси ва 1 нафарида энтероколит аломатлари кузатилган. Қлинган консерватив даво чоралари орқали бу асоратлар бартараф этилган ва беморларнинг ҳаёт сифати яхшиланишига эришилган. Иқтисодий самарадорлиги: болаларда лапароскопик ассистентлик билан бажарилган операциялардан кейин беморларнинг тез оёққа туриши,

реанимация бўлимида узок қолиб кетмаслиги, ўз навбатида касалхонада ўтказилган ётоқ кунларининг ўртача кўрсаткичини қисқаришига ва $10,45 \pm 0,59$ ётоқ кунни ташкил этиши аниқланди. Қорин оралиқ проктопластика операцияларидан кейин бу кўрсаткич $17,68 \pm 0,64$ ётоқ-кунни ташкил қилди. Касалхонада беморнинг 1 ётоқ-кун учун даволаниш харажати 133238 сўмни ташкил этади. лапароскопик асистентлик билан бажарилган операциялардан кейин беморларнинг касалхонада умумий даволаниш харажатлари ўртача - $10,45 \times 133238 = 1392337$ сўмни, қорин оралиқ проктопластика операцияларидан кейин эса - $17,68 \times 133238 = 2355647$ сўмни ташкил этди. Бундан кўришиб турибдики, асосий гуруҳдаги 1 нафар бемор учун иқтисодий самарадорлик 963210 сўмни ташкил қилган. Хулоса: шундай қилиб, болаларда Гиршпрунг касаллигини даволашда минимал инвазив, ҳамда лапароскопик асистентлик орқали амалга оширилган қорин-оралиқ проктопластикаларга устунликка эга эканлиги исботланган, чунки кам шикастлилиги, физиологик аралашув нуқтаи назаридан энг самарали ҳисобланади. Лапароскопик асистентлик орқали амалга оширилган Swenson усулининг иқтисодий самарадорлиги, энг аввало косметик эффективлиги, операциядан кейинги асоратлар фойзининг камлиги, беморларни стационарда бўлиш муддатини қисқариши, уларнинг тез оёққа туриши каби кўрсаткичлар ҳисобланади.

учинчи илмий янгилик: болаларда Гиршпрунг касаллигида операциядан кейинги асоратларни тубдан реконструктив коррекция қилиш усуларини танлашда аноректал соҳа анатомик бирлиги ва сфинктер-мушак мажмуасини тиклашга қаратилган аралашувлар энг мақбул эканлиги асосланганлиги Республика перинатал марказ Неонатал хирургия бўлими амалиётига директорнинг 2025 йил 27 март №122-сонли буйруқ ҳамда Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали клиникаси Хирургия бўлими амалиётига Бош шифокорнинг 2025 йил 27 мартдаги 10-И-сонли буйруқ билан жорий этилган. Ижтимоий самарадорлиги: операциядан кейинги яқин ва узок муддатдаги натижаларни таҳлил қилишда ишлаб чиқилган дастур асосида таҳлил қилинганда: болаларда Гиршпрунг касаллигида операциядан кейинги асоратлар хирургик коррекциясининг натижаси таҳлили, яқин даврда 93,7% холталарда яхши ва қониқарли натижа олинганини, узок муддатдаги даврда 87,4% ташкил этганлиги аниқланган. Иқтисодий самарадорлиги: болаларда Гиршпрунг касаллигида даволаш натижаларини балл шкаласи бўйича баҳолаш дастурининг афзал томони ушбу дастурдан фойдаланишнинг қулайлиги, дастурдан нафақат шификорлар балки беморларнинг ота-оналари ҳам ўз мобил қурилмаларига ўрнатиб ўз фарзандида кузатилаётган симптомларни белгилаш орқали натижани таҳлил қилиши мумкин. Бу орқали беморга ўз вақтида амбулатор ёки стационар даво ўтказиш орқали беморларнинг ҳаёт сифатини ва турмуш тарзини яхшилаш мумкин. Хулоса: Ўтказилган тадқиқотлар ва олинган натижалар асосланган ҳолда “Болаларда Гиршпрунг касаллигида даволаш натижаларини балл шкаласи бўйича баҳолаш” номли Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк агентлигида 2025 йил 16 апрел санаси билан рўйхатдан ўтган гувоҳнома олинган. Ҳозирги сунъий интелект яратиш бўйича

кўплаб тадбирлар олиб борилаётган бир пайтда, ушбу дастурнинг яратилиши болаларда Гиршпрунг касаллигини даво натижаларини тўғри ва қисқа муддатларда балл шкаласи ёрдамида баҳолаш имконини беради. Баҳолаш параметрида келтирилган текшириш усуллари ва беморда кузатилаётган қабзият, инконтиненция ёки хаёт тарзини қай даражада ўзгаришини аниқлаш ва дастурга белгилаш ва натижа тугмасини босишнинг ўзи кифоя. Дастур нафақат беморда операция натижасини, балки кейинги қилиниши лозим бўлган чора тадбирлар режасини тавсия этади.

тўртинчи илмий янгилик: Гиршпрунг касаллиги бўлган болаларда ўтказилган такрорий реконструктив коррекция амалиётларидан сўнг амалга ошириладиган консерватив терапия ва реабилитациянинг индивидуаллаштирилган усуллари клиник самарадорлиги исботланганлиги Республика перинатал марказ Неонатал хирургия бўлими амалиётига директорнинг 2025 йил 27 март №122-сонли буйруқ ҳамда Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали клиникаси Хирургия бўлими амалиётига Бош шифокорнинг 2025 йил 27 мартдаги 10-И-сонли буйруқ билан жорий этилган. Ижтимоий самарадорлиги: 38 нафар беморларда консерватив даво олиб боришда “Bowel managment” (University of Colorado School of Medicine. 2025) дан фойдаланган ҳолда ҳар бир беморга аниқланган асоратларнинг характериға қараб индивидуал тарзда даво ишлаб чиқилган. Яъни анастомоз соҳасида 11 нафар беморда стеноз аниқланган, ушбу беморларға консерватив даволаш чора-тадбирлар комплексиға қуйидагилар киритилган: анал тешик чандиқли торайишида калибрловчи бужлаш (бужлаш давомийлиги стеноз даражаси ва узунлигиға боғлиқ), ич сурувчи воситалар ёшиға ва брестоль шкаласи бўйича 3 ва4 типдаги нажас олгунға қадар дозалар индивидуал тарзда олиб борилди. Ушбу комплекс тарзда олиб борилган консерватив даво чораларини қўллаш орқали беморлар ўзларини жамиятда эркин тутишиға ва ижтимоий мослашувини яхшиланишиға эришилди. Иқтисодий самарадорлиги: қайта коррекцияловчи даво чоралари ўтказилган 98 нафар беморларнинг яқин давр натижалари таҳлил қилинганда қуйидаги натижалар олинди. 38 нафар консерватив даво олиб борилган беморларда тўлиқ шифокор назорати ва ота-оналарға реабилитация чораларни ўз вақтида олиб бориш лозимлиги бўйича тушинритиш ишлари олиб борилганлиги, даво ўз вақтида тўғри олиб борлиши оқибатида 33 (86.8%) нафар беморларда яхши ва қониқарли натижаларға эришилди. 5 (13.2%) нафар беморларда қониқарсиз натижа сабалари, анастомоз соҳасидаги стенознинг бужлаш орқали тўлиқ баргараф этилмаганлиги, давом этувчи энтероколит ва сурукали колостаз эканлиги аниқланди. Ушбу беморларға реабилитация жараёнларни давом эттириш лозим топилган. Хулоса: шундай қилиб, Гиршпрунг касаллигида ҳаёт сифатини яхшилашға қаратилган консерватив терапия ва реабилитация қилишнинг самарали комплекс усулини қўллаш орқали яқин ва узок муддатдаги даврда яхши натижаға эришиш мумкин. Шифокор ва ота-оналарнинг бир олиб бориладиган ҳамжихат ҳаракати орқали беморларни тез оради нормал ҳаёт тарзига қайтариш мумкин ва ногиронлик фоизини

камайтиш имкониятига эга бўлинади.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 5 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан 2 та ҳалқаро ва 3 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 16 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 6 та мақола, жумладан, 5 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш, тўртта боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 162 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари, объект ва предметлари тавсифланган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **"Болаларда Гиршпрунг касаллиги ва унинг асоратларини ташхислаш ва даволашнинг долзарб муаммолари"** (адабиётлар шарҳи) деб номланган биринчи бобида мавжуд илмий адабиётлар таҳлил қилиниб, болаларда Гиршпрунг касаллигида сурункали колостозни юзага келиш сабаблари, дефекацияни бошқарилиш жараёни, кичик чаноқ асбаб тизими бошқарилиши, мавжуд классификациялар бўйича олимларнинг қарашлари кенг ёритилган. Гиршпрунг касаллигини ташхислашда инструментал текшириш усулларининг аҳамияти кенг ёритилган. Энг асосий текшириш усулларидан бири ирригоскопия рентген контраст текшириш усулининг муҳим аҳамиятлари, текшириш аниқлик коэффициенти ҳақида маълумотлар келтирилган. Ҳозирги кунда Гиршпрунг касаллигини ташхислашда ультратовуш текшириш усулининг аҳамияти, ушбу усулни ўтказиш тартиби ва олимларнинг қарашлари ва фикрлари келтирилган. Адабиётдаги олимларнинг маълумотларига таянган ҳолда мавжуд хирургик даво усулларининг авзалликлари ва камчиликлари келтирилган.

Диссертациянинг **«Клиник материал ва қўлланилган тадқиқот усулларининг тавсифи»** деб номланган иккинчи бобида Гиршпрунг касаллигини турли шакллари билан текширилган ва даволанган 266 та беморларни натижаларига асосланган. Гиршпрунг касаллиги шакллари билан аниқланган беморларнинг сони шуни кўрсатдики, касалликнинг ректал шакли болаларда энг кўп аниқланган, бу 158 (59,4%) ҳолатни ташкил этди, иккинчи энг кенг тарқалган касалликнинг ректосигмоид шакли бўлиб - 105 та (39,5%) беморларда аниқланган (1-жадвал).

Амалга оширилган 266 нафар бирламчи операцияларнинг 211 (79,3%) нафарини анъанавий қорин-оралиқ проктопластика, 38 (14,3%) нафарини

трансанал эндоректал проктопластика ва 17 (2,6%) нафарини кам инвазив лапароскопик ассистентлик орқали амалга оширилган хирургик даволар ташкил этди (1-расм.).

1-жадвал

Гиршпругн касаллиги шакллари ни ёшга нисбатан тақсимланиши

Ёши	Касаллик шакли						χ^2	
	Ректал		Ректосигмоидал		Субтотал			
	abs	M±m,%	abs	M±m,%	abs	M±m,%	χ^2	P
4 ой-3 ёш	85	31,95±2,86	77	28,95±2,78	3	1,13±0,65	74,327	0,000
4-7 ёш	60	22,56±2,56	21	7,89±1,65	0	0±0	18,778	0,000
8-11 ёш	11	4,14±1,22	6	2,26±0,91	0	0±0	1,471	0,225
12-18 ёш	2	0,75±0,53	1	0,38±0,38	0	0±0	0,333	0,564
P	χ^2 Пирсона = 12,640; p = 0,049							
Жами	158	59,4±3,01	105	39,47±3	3	1,13±0,65		
P	$\chi^2 = 139,992$; p = 0,000							



1-расм. Ўтказилган ташрих турлари

Гиршпругн касаллиги билан касалхонага ётқизилган беморларнинг умумий сонидан (266 ҳолат) 98 (36,8%) нафар беморларда нуқсонни бирламчи коррекциясидан кейин асоратлар қайд этилган, шулардан 36 (13,5%) нафар бемор яшаш жойида операция қилинган ва 62 (23,3%) нафар беморларда бирламчи операция бизнинг клиникамизда бажарилган. Энг кўп асорат 25 (25,5%) нафар кузатувда Soave қорин оралиқ проктопластикасидан кейин кўп кузатилган ҳолат, O. Swenson - 24 (24,4%) ҳолатда ва Soave-Лёнюшкина - 27 (27,5%) кузатувда аниқланган. Гиршпругн касаллиги бўйича бирламчи операция бажарилган ва операциядан кейинги асорат аниқланган 98 (62%)

нафар беморларнинг ретроспектив ва клиник таҳлили ўтказилганда: 62 (63,3%) нафар беморларда бирламчи коррекция бизнинг клиникамизда ва 36 (36,7%) нафар беморларда қорин-оралиқ проктопластика амалиёти яшаш жойида амалга оширилганлиги аниқланди. (2-жадвал).

2-жадвал

Гиршпрунг касаллигида беморларга бажарилган бирламчи хирургик операциялардан кейин юзага келган асоратлар нисбати

Операциядан кейинги асоратлар	Операция услублари												Пирсон χ^2	
	O. Swenson бўйича ҚОП (n=48)		Soave бўйича ҚОП (n=62)		Soave-Болея бўйича ҚОП (n=19)		Soave-Лёнюшкин бўйича ҚОП (n=82)		De la Torre операцияси (n=38)		ЛА орқали ҚОП (n=17)			
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	X2	P
Анастомоз соҳа стенози (n=24)	8	8,16	6	6,12	2	2,04	5	5,10	3	3,06	0	0,00	6,101	0,297
Туширилган ичак ретракцияси (n=10)	1	1,02	0	0,00	4	4,08	4	4,08	0	0,00	1	1,02	20,479	0,001
Энтероколит (n=14)	2	2,04	6	6,12	1	1,02	3	3,06	1	1,02	1	1,02	3,503	0,623
Анал инконтиненция (n=14)	8	8,16	6	6,12	3	3,06	6	6,12	1	1,02	0	0,00	8,377	0,137
Анастомоз етишмовчилиги (n=6)	0	0,00	3	3,06	1	1,02	0	0,00	1	1,02	1	1,02	6,694	0,244
Сурункали колостаз рецидиви (n=20)	5	5,10	4	4,08	0	0,00	9	9,18	2	2,04	0	0,00	5,295	0,381
Жами	24	24,49	25	25,51	11	11,22	27	27,55	8	8,16	3	3,06		

Аниқланган асоратларни нисбатини кўриб чиқсак, анастомоз соҳа стенози 24 нафарида, туширилган ичак ретракцияси 10 та ҳолатда, энтероколит 14 та кузатувда, анал инконтиненция 24 тасида, анастомоз етишмовчилиги 6 ҳолатда ва сурункали колостазнинг қайталаниши 20 нафарида кузатилган.

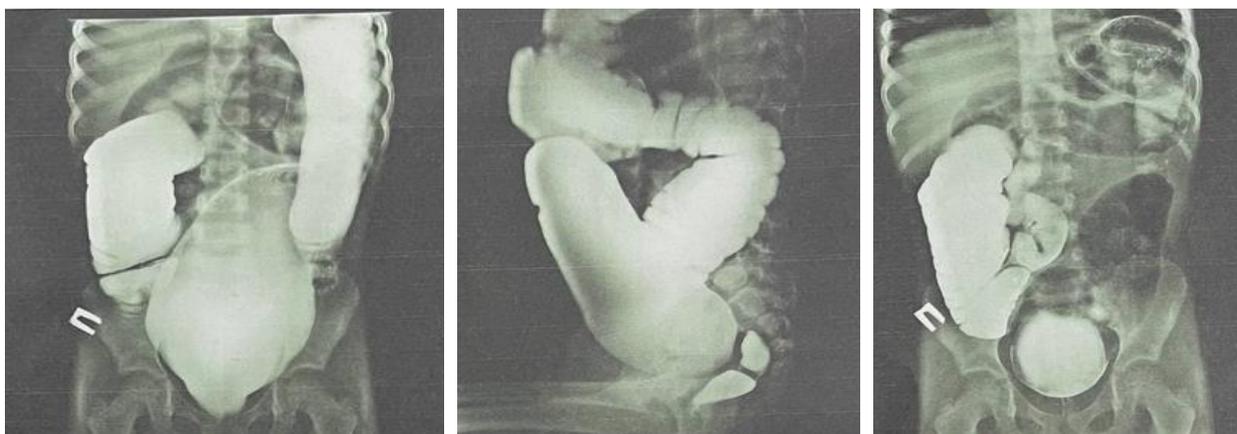
Гиршпрунг касаллигига ташҳис қўйишда қўлланиладиган лаборатор ва инструментал текшириш усуллари қанча беморларда қилинганлиги ва бу усуллари бажарилиш техникалари бўйича маълумотлар келтирилган. Махсус инструментал тадқиқот усуллари ТошПТИ клиникасида даволанган 230 нафар беморларга амалга оширилган ва бу текшириш мажмуасига қуйидагилар кирган: ирригография орқали тўғри ичак-йўғон ичак индексини аниқлаш (тўғри ичак диаметрининг йўғон ичак пастга тушувчи қисми максимал кенг жойининг диаметри нисбати), сфинктерометрия сфинктер мушакларининг ректоанал ингибитор рефлексини аниқлаш, эркин қисқариш кучини, анал каналнинг узунлиги ва ректал сезувчанлик чегарасини аниқлаш амалга оширилган. O. Swenson усули ёрдамида тўғри ичак ва сигмасимон ичак деворининг бир нечта нуқталаридан диагностик нарвонсимон биопсия ўтказилган. Нарвонсимон биопсияси пайтида йўғон ичакнинг турли қисмларининг сероз-мушак жойларидан биопсия намуналари олинди, улар 67 та беморда ўтказилган.

Муаллиф томонидан болаларда Гиршпрунг касаллигини аниқ ташҳислаш ва шифокорларга енгиллик яратиш мақсадида “Болаларда Гиршпрунг касаллигини балл шкаласи бўйича диагностик критерийлари” номли ЭХМ дастур яратилган ва ушбу дастурга Ўзбекистон Республикаси интеллектуал

мулк агентлигида 2024 йил 27 май санаси билан рўйхатдан ўтган №DGU 38839 рақамли гувоҳнома олинган. Дастур касалликка аниқ ташҳис қўйиш имконини беради ва ушбу боб даструни қандай ишга тушириш ва фойдаланиш бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Болаларда Гиршпрунг касаллиги ва унинг операциядан кейинги асоратларини клиник хусусиятлари ва инструментал диагностикаси**» деб номланган учинчи бобида, Гиршпрунг касаллигининг шакли, босқичи ва операциядан кейинги асоратларга кўра клиник тавсифи ёритилган. Ушбу бўлимда беморларнинг анамнези кенгрок ёритилган, 266 та беморларнинг 209 (78,6%) тасида анамнестик маълумотлар йиғилганда уларда қабзият ва сурункали колостаз мавжудлиги аниқланди. 87 (32,7%) та беморларда 3-4 кун давомида нажас келмаслик қайд этилди. Бундан ташқари, узоқ муддатли колостаз 42 (15,7%) та беморларда нажас интоксикацияси ҳисобига: холсизлик, заифлик, иштаҳанинг сустиги ва баъзи ҳолларда асабийлашиш каби аломатлар намоён бўлганлиги келтирилган.

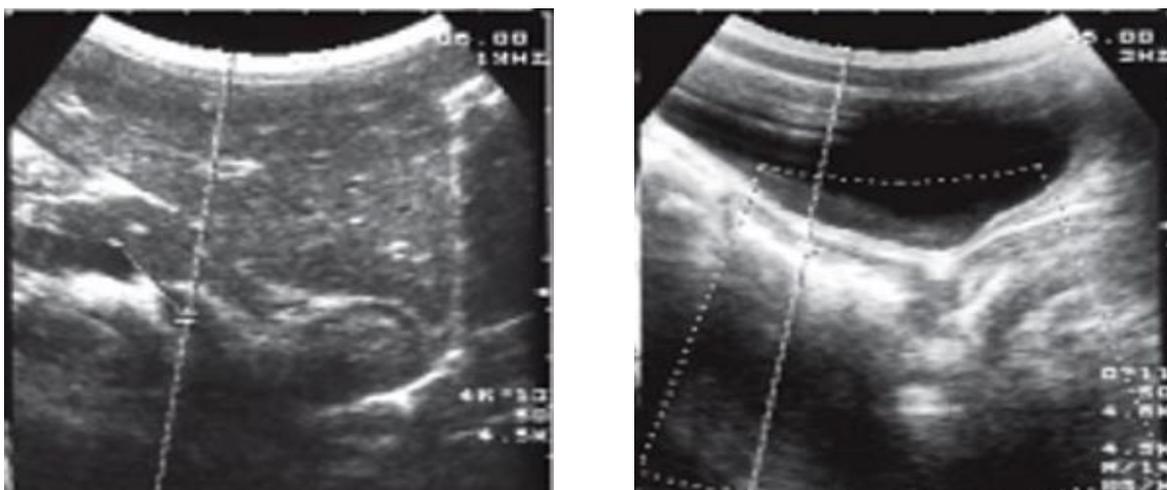
Рентген контрастли тадқиқот натижаларининг таҳлили шуни кўрсатдики, ушбу тадқиқотларнинг ўзига хос хусусияти шундаки, кўпчилик беморларда (91,4% ҳолларда) йўғон ичакнинг спастик тор дистал торайиши мавжудлиги бўлиб, ичакнинг торайиш даражаси эса касалликнинг давомийлигига боғлиқлиги аниқланган. Касалликнинг ректал шакллари бўлган 158 (59,3%) та беморларда рентген контраст текшируви ректал индексни (ўртача $2,2 \pm 0,16$) аниқлаш ва ретроректал бўшлиқ ҳажмини ўлчаш имконини берган. Шу билан бирга, Гиршпрунг касаллигининг ректал ва қисқа сегментли шаклларида 49 (18,4%) та беморларда ирригография маълумотлари бўйича анал каналнинг жуда кенглиги (ўртача $0,21 \pm 0,04$) ва сигмасимон ичакнинг дистал қисмларида 25% дан юқори сезиларли кенгайганлигини кўрсатган (2-расм).



2-расм. Полипозицион ирригография. Йўғон ичак дилатацияси билан кечувчи иккиламчи мегаколон, гаустрация текисланган, контрастдан бўшатилиши 40% (Бемор К.О., 9 ёш, к/т №2164/1215).

Тадқиқотда ультратовуш текширувининг муҳим афзалликларини кўрсатган, яъни ушбу тадқиқот усули зарарсизлиги, боланинг танасига радиация бўлмаслиги, фойдаланиш муддати ва частотаси бўйича чекловлар ва қарши кўрсатмаларга эга эмаслиги, етарли даражада маълумот бериши ва энг

муҳими мамлакатимиздаги барча тиббиёт муассасаларида кенг фойдаланиш имконияти мавжудлигидир (3-расм.).



3-расм. Тўғри ичак зарарланган соҳа деворининг эхотасвири.

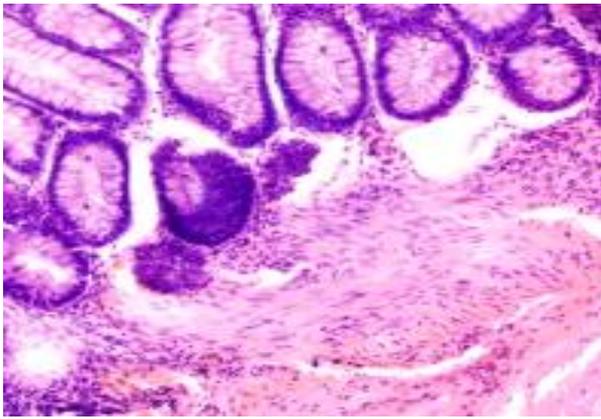
Гиршпрунг касаллигида ректал ва ректосигмоиднал шаклларида операциядан олдин қилинган анал сфинктерометрия натижалари шуни кўрсатдики, ёш бўйича тахлил қилинганда, 3-7 ёш оралиғида тинч пайтдаги ўртача босим $28,0 \pm 2,0$ мм.сим.уст. дан $33,8 \pm 2,1$ мм.сим.уст. гача, максимал қисқариш босими $59,6 \pm 2,9$ мм.сим.уст. дан $65,5 \pm 1,06$ мм.сим.уст. гача кўрсаткичлар олинди. Шу билан бирга, 8-14 ёшдаги беморларда бу кўрсаткичлар қуйидаги натижаларга тўғри келди: тинч пайтдаги ўртача босим $74,5 \pm 2,3$ мм.сим.уст. дан $86,1 \pm 1,07$ мм.сим.уст. гача бўлган; Максимал қисқариш босими $104,5 \pm 2,3$ мм.сим.уст. дан $136,1 \pm 1,07$ мм.сим.уст. гача эканлиги аниқланди (3-жадвал).

3-жадвал.

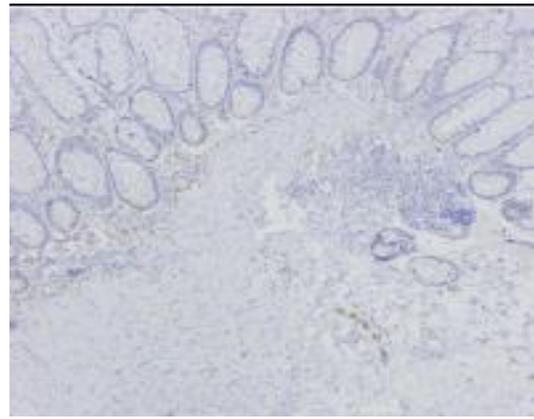
Болаларда Гиршпрунг касаллигининг шакли ва беморнинг ёшига нисбатан операциядан олдинги даврда сфинктерометрия кўрсаткичлари

Касаллик шакли	3-7 ёш		8-14 ёш	
	Тинч пайтдаги ўртача босим (мм сим. уст.)	Қисқариш пайтидаги максимал босим (мм сим. уст.)	Тинч пайтдаги ўртача босим (мм сим. уст.)	Қисқариш пайтидаги максимал босим (мм сим. уст.)
Ректал шакли	$28,0 \pm 2,0$	$59,6 \pm 2,9$	$74,5 \pm 2,3$	$104,5 \pm 2,3$
Ректосигмоидал шакли	$33,8 \pm 2,1$	$65,5 \pm 1,06$	$86,1 \pm 1,07$	$136,1 \pm 1,07$

49 та олинган препаратларда шиллиқ қаватнинг ўз пластинкасида лимфо-плазма-гистиоцитик инфильтрация ва кўп сонли майда нерв толаларининг шиллиқ қаватига кирганлиги аниқланган. Операция бўлган барча беморларда резекция қилинган ичак бўлимларидан морфологик текширув ўтказилган, чунки бу беморларда илгари ўтказилган тадқиқотлар Гиршпрунг касаллигининг тўғрилигига шубҳа туғдирмаслиги учун амалга оширилган (4-расм).



ГЭ. Х40. Чуқур шиллиқ қават эпителийси сақланган, безлар бир хил типдиги. Асаб хужайралри аниқланмайди.



Calretin. ИГХ. Мейснер нерв чигаллари аниқланмайди.

4-расм. Йўғон ичак шиллиқ қаватининг пластинкасида лимфо-плазматический инфильтрация ва кўп сонли майда нерв толаларининг шиллиқ қаватига кирганлиги.

Диссертациянинг тўртинчи боби «Болаларда Гиршпрунг касаллигида қорин оралиқ проктопластикаларидан кейинги асоратлар коррекцияси»га бағишланган. Гиршпрунг касаллигида беморларда 228 нафарда анъанавий қорин-оралиқ проктопластика операцияларининг қуйидаги усулларини амалга оширилган: О. Swenson, Soave, Soave-Болея ва Soave-Лёнюшкин, шунингдек, О. Swenson услубига кўра лапороскопик ассистентлик орқали ичак проктопластикаси аралашувлари (4-жадвал).

4-жадвал

Гиршпрунг касаллигининг шаклига кўра бажарилган анъанавий ва лапороскопик ассистентлик орқали амалга оширилган қорин оралиқ проктопластикалар сони

Операция услуби	Касаллик шакли					
	Ректал		Ректо-сигмоидал		Субтотал	
	abs	M±m,%	abs	M±m,%	abs	M±m,%
О. Swenson бўйича ҚОП	43	18,86±2,59	5	2,19±0,97	0	0±0
Soave бўйича ҚОП	59	25,88±2,9	3	1,32±0,75	0	0±0
Soave-Болея бўйича ҚОП	18	7,89±1,79	1	0,44±0,44	0	0±0
Soave-Лёнюшкин бўйича ҚОП	10	4,39±1,36	69	30,26±3,04	3	1,32±0,75
О. Swenson услубига кўра лапороскопик ассистентлик бўйича ҚОП	7	3,07±1,14	10	4,39±1,36	0	0±0
Р	$\chi^2 = 74,788; p = 0,000$		$\chi^2 = 190,182; p = 0,000$		СНВ	
Р	χ^2 Пирсона = 140,627; p = 0,000					
Жами	137	60,09±3,24	88	38,6±3,22	3	1,32±0,75
Р	$\chi^2 = 120,974; p = 0,000$					

De La Torre-Mondragon бўйича трансанал эндоректал проктопластика операцияси 38 нафар беморларда бажарилган бўлиб, натижалар таҳлилида 30

тасида (78,9 %) кузатувда яхши ва қониқарли натижалар кузатилган. Фақат 8 (21,2%) нафар ҳолатда қониқарсиз натижа қайд этилган, шуларнинг 4 нафарида қуйидаги асоратлар: анастомоз соҳа етишмовчилиги (1 та кузатув), анастомоз соҳа стенози (1 та кузатув) ва сурункали колостазнинг қайталаниши (2 та кузатув) туфайли такрорий реконструктив пластик жарроҳликка сабаб бўлган.

Лапароскопик ассистентлик орқали Swenson усулида аганглионар соҳасини резекция қилиш, Гиршпрунг касаллигининг ректал ва ректосигмоид шаклларида 17 (7,4%) нафар беморларда бирламчи операция сифатида амалга оширилган. Болаларда лапароскопик ассистентлик билан бажарилган операциялардан кейин беморларнинг тез оёққа туриши, реанимация бўлимида узоқ қолиб кетмаслиги, ўз навбатида касалхонада ўтказилган ётоқ кунларининг ўртача кўрсаткичини қисқаришига ва $10,45 \pm 0,59$ ётоқ кунни ташкил этиши аниқланди. Қорин оралик проктопластика операцияларидан кейин бу кўрсаткич $17,68 \pm 0,64$ ётоқ-кунни ташкил қилди. Касалхонада беморнинг 1 ётоқ-кун учун даволаниш харажати 133 238 сўмни ташкил этади. лапароскопик ассистентлик билан бажарилган операциялардан кейин беморларнинг касалхонада умумий даволаниш харажатлари ўртача - $10,45 \times 133238 = 1392337$ сўмни, қорин оралик проктопластика операцияларидан кейин эса - $17,68 \times 133238 = 2355647$ сўмни ташкил этди. Асосий гуруҳдаги 1 нафар бемор учун иқтисодий самарадорлик 963210 сўмни ташкил қилган.

Бирламчи амалга оширилган қорин-оралиқ проктопластикаларининг таҳлили шуни кўрсатдики, уларни амалга оширгандан кейин асосий асоратлар: йўғон ичак резекцияси ҳажмини нотўғри танланиши оқибатида аганглиоз ёки гипоганглиознинг қолдиқ соҳаси (20 та ҳолат); ичак ретракцияси оқибатида тўғри ичак чуқур стенози (24 та ҳолат) ва бирламчи анастомоз етишмовчилиги (16 кузатувлар) эканлиги аниқланган. Бизнинг фикримизча, бу асоратларнинг барчаси, биринчи навбатда, жарроҳлик аралашувининг принципиал муҳим жихатларига риоя қилмаслик, шунингдек, беморларни операцияга яхши тайрламаслик ва операциядан кейинги даврдаги парваришнинг нотўғри ҳамда тўлиқ олиб борилмаганлигида деб ҳисоблаймиз. Шу билан бирга, операциядан кейинги асоратларнинг аксарияти йўғон ичак нуқсонининг мураккаблигига, бирламчи аралашув усули, техникаси ва вақтига боғлиқдир. Шу муносабат билан Гиршпрунг касаллигида беморларда жарроҳлик даволаш усулини танлашни индивидуал бўлиши керак ва агар керак бўлса, ҳар бир бемор касалликнинг шакли ва босқичига қараб қатъий индивидуал ёндашиши керак.

Касалхонага ётқизилган 266 нафар беморлар умумий сонининг 98 (36,8%) нафарида турли хил асоратлар (анастомоз соҳа стенози; энтероколит; туширилган ичак ретракцияси; анал инконтиненция; анастомоз етишмовчилиги; сурункали колостаз рецидиви) кузатилган. Аниқланган ушбу асоратларда 38 нафарида консерватив даво, 27 нафарида чандиқни бартараф этиш, 7 тасида анал канал “ДАМ+” гель пластикаси амалиёти, 6 нафар ҳолатда сфинктеротомия, 6 тасида ички неосфинктер яратиш операцияси, ва 5 та беморда Soave ҚОП ва 9 нафар беморларда Soave-Болея бўйича ҚОП амалга оширилган (5- жадвал).

Гиршпрунг касаллигида операциялардан кейин юзага келган асоратларда бажрилган даво усуллари

Операциядан кейинги асоратлар	Бажрилган даво услублари														Пирсон χ^2	
	Консерватив		Чандикли баргараф этиш		Анал канал "ДАМ+" гелъ пластикаси		Сфинктер отомия		Ички неосфинктер яратиш		Soave ҚОП		Soave-Болея буйича ҚОП			
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%		
Анастомоз соха стенози (n=24)	11	11,22	13	13,27	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	89,713	0,000
Туширилган ичак ретракцияси (n=10)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	4,08	6	6,12	188,611	0,000
Энтероколит (n=14)	8	8,16	4	4,08	0	0,00	2	2,04	0	0,00	0	0,00	0	0,00	45,168	0,000
Анал инконтиненция (n=24)	8	8,16	5	5,10	7	7,14	0	0,00	4	4,08	0	0,00	0	0,00	123,737	0,000
Анастомоз етишмовчилиги (n=6)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	2,04	1	1,02	3	3,06	78,527	0,000
Сурункали колостаз рецидиви (n=20)	11	11,22	5	5,10	0	0,00	4	4,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	77,071	0,000
Жами	38	38,78	27	27,55	7	7,14	6	6,12	6	6,12	5	5,10	9	9,18		

38 нафар беморларда консерватив даво олиб боришда "Bowel management" (University of Colorado School of Medicine. 2025¹³) дан фойдаланган холда хар бир беморга аниқланган асоратларнинг характериға қараб индивидуал тарзда даво ишлаб чиқилган. Яъни анастомоз соҳасида 11 нафар беморда стеноз аниқланган, ушбу беморларға консерватив даволаш чора-тадбирлар комплексига қуйидагилар киритилган: анал тешик чандикли торайишида калибрловчи бужлаш (бужлаш давомийлиги стеноз даражаси ва узунлигига боғлиқ), ич сурувчи воситалар ёшига ва брестоль шкаласи буйича 3 ва 4 типдаги нажас олгунга қадар дозалар индивидуал тарзда ўзгартирилди, бундан ташқари тозаловчи ва сифон хўқналар кўрсатма буйича бажрилган. 8 нафар беморда Гиршпрунг асосланган энтероколит аниқланиб, ушбу беморларға "Bowel management" га асосланган холатда схема асосида сифон клизма, яъни биринчи 14 кунда хар 8 соатда, кейинги 14 кунда хар 12 соатда ва кейинчалик 1-2 ой давомида кунига 1 маҳал сифон клизма тайинланган. Шу билан бирга 10 кун давомида ёшига мос дозада (1 кг вазнига 7,5 мг) метрогил 5 мл/мин тезликда вена ичига хар 8 соатда қилинди. Анал инконтиненция аниқланган беморларнинг 8 нафарида консерватив даво қилинди.

Ушбу беморларда нажас ушлаш фаолиятининг бузилишига сабаб сфинктер мажумасининг функционал етишмовчилиги бўлиб, шуни эътиборга олган холатда физиодаво (электрофорез, СМТ, магнитотерапия) муолажалари қилинган. Сурункали колостаз рецидиви кузатилган беморларнинг 11 нафарида консерватив даво қилишга сабаб, ушбу беморларда колостазга диетанинг бузилиши, клетчатка кам истемол қилиниши, натижада нажас массаларининг Бристоль шкаласи буйича 1-2 тип холати юзага келган. Шуларни эътиборга олган холда бу гуруҳдаги беморларға йўғон ичакни нажас массаларидан тозаловчи ва сифон клизмалар орқали тозаланди, махсус диеталар тавсия этилди ва ёшига мос тарзда сенадексин ич суриш воситаси 14 кунлик курс даво ўтказилган.

Болаларда Гиршпрунг касаллигида бирламчи оператив даволаш

¹³ <https://www.childrenscolorado.org/doctors-and-departments/departments/colorectal/colorectal-procedures/bowel-management/>

натижаларини таҳлил қилиб, операцияларимиздан кейин асоратлар тахминан 23,2-28,7% ни ташкил қилади деган хулосага келдик. Аммо, бу асоратларнинг турли диапазонларига қарамай, улар асосан анъанавий очик қорин-оралиқ проктопластикадан кейин пайдо бўлишини таъкидлаш керак. Бирламчи бажарилган анъанавий ва лапароскопик ассистентлик орқали амалга оширилган қорин-оралиқ проктопластика операцияларинг натижалари, шунингдек операциядан кейинги эрта ва узоқ муддатли давр 3 йил оралиғида ўрганилди ва натижалар яхши, қониқарли ва қониқарсиз деб баҳоланди. Бундай узоқ катамнез бизга даволанишнинг клиник самарадорлигини, операция усули ва услубига қараб анча объектив даражада баҳолашга имкон берди, энг кам кузатув муддати эса 6 ойдан 1 йилгача бўлган даврни ташкил этди (5-расм.).



5-расм.

Яқин ва узоқ муддатдаги натижалар куйидаги параметрлари бўйича ўрганилди, яъни қабзият ва анал инконтиненциянинг учраш нисбати, хаёт тарзини қай даражада ўзгарганлиги, инструментал текширишлардан дефекография, ирригорафия ва сфинктерометрия кўрсаткичлари (6-жадвал).

Ушбу параметрлар бўйича олинган балл йиғиндисига қараб яхши, қониқарли ва қониқарсиз натижа деб баҳоланди. Яхши натижада балл йиғиндиси 1-6 балл, қониқарли 7-12 балл ва қониқарсиз натижа 13-18 баллни ташкил этди. Шифокорларга даволаш натижаларини таҳлил қилишни энгиллаштириш мақсадида юқоридаги параметрларга асосланган ҳолатда ЭХМ дастури ишлаб чиқилди. “Болаларда Гиршпругн касаллигида даволаш натижаларини балл шкаласи бўйича баҳолаш” номли ЭХМ дастур яратилди ва ушбу дастурга Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк агентлигида 2025 йил 16 апрел санаси билан рўйхатдан ўтган №DGU 49707 рақамли гувоҳнома олинган.

6-жадвал.

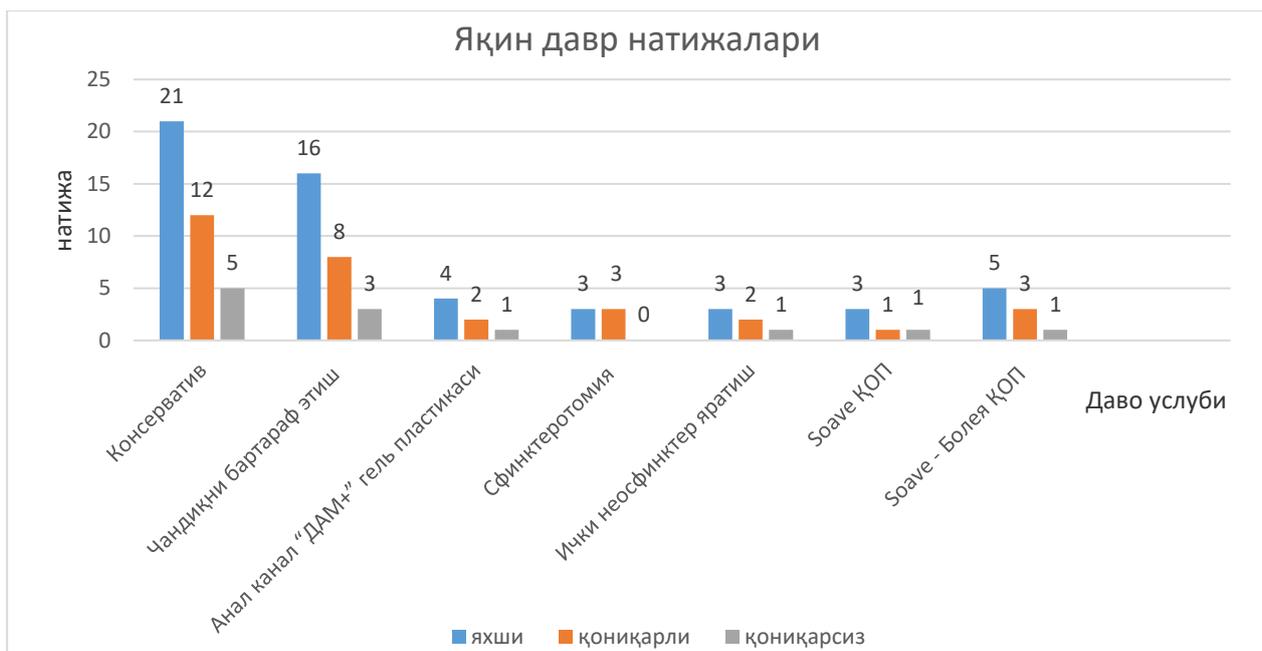
Беморларнинг яқин ва узоқ даврдаги натижалари баҳолаш мезонлари

Баҳолаш параметрлари	Яхши 1-балл	Қониқарли 2-балл	Қониқарсиз 3-балл
Қабзият	Хеч қачон ёки ойга 1 марта	Баъзида, хафтасига 1 ёки ойга 2-3 марта	Одатда, хафтасига 2 марта
Анал инконтиненция	Хеч қачон ёки ойга 1 марта	Баъзида, хафтасига 1 ёки ойга 2-3 марта	Одатда, хафтасига 2 марта

Хаёт тарзини яхшиланиши	Тагликдан фойланмайди, тоза юради	Баъзида, хафтасига 1 марта тагликдан фойдаланади.	Одатда, хафтасига 2-3 марта тагликдан фойдаланади
Дефекография	Анал канал очилиши яхши	Анал канал очилиши болоссимон	Анал канал очилиши кийин
Ирригорафия	Йўгон ичак гаустрацияси сақланган, кенгайиш аниқланмайди контрастдан тозаланиши 80% дан юқори	Йўгон ичак гаустрацияси нисбаган сақланган, кенгайиш аниқланмайди контрастдан тозаланиши 60-80% гача	Йўгон ичак гаустрацияси йўк, кенгайган контрастдан тозаланиши 60% дан кам
Сфинктерометрия	Тинч пайтдаги ўртача босим (20-40 мм.сим.уст.) Максимал қисқариш босими (60-100 мм.сим.уст.)	Тинч пайтдаги ўртача босим (15-20 мм.сим.уст.) Максимал қисқариш босими (40-70 мм.сим.уст.)	Тинч пайтдаги ўртача босим (15-мм.сим.уст. дан паст) Максимал қисқариш босими (40 мм.сим.уст. дан паст)

Қайта коррекцияловчи даво чоралари ўтказилган 98 нафар беморларнинг яқин давр натижалари тахлил қилинганда қуйдаги натижалар олинди. 38 нафар консерватив даво олиб борилган беморларда тўлиқ шификор назорати ва ота-оналарга реабилитация чораларни ўз вақтида олиб бориш лозимлиги бўйича тушинритиш ишлари олиб борилганлиги, даво ўз вақтида тўғри олиб борлиши оқибатида 33 (86.8%) нафар беморларда яхши ва қониқарли натижаларга эришилди. 5 (13.2%) нафар беморларда қониқарсиз натижа сабалари, анастомоз соҳасидаги стенознинг бужлаш орқали тўлиқ бартараф этилмаганлиги, давом этувчи энтероколит ва сурукали колостаз эканлиги аниқланди. Ушбу беморларга реабилитация жараёнларни давом эттириш лозим топилган (6-расм).

Болаларда Гиршпрунг касаллиги бўйича бирламчи операция ўтказилган беморларнинг 98 нафарида қайта коррекцияловчи операциялар ўтказилган бўлиб, шундан узоқ даврдаги натижалари 6 ойдан 5 йилгача бўлган муддатда 83 тасини (84,6%) нафар беморларда тахлил қилинди (7-жадвал).



6-расм. Қайта коррекцияловчи операцияларнинг яқин давр натижалари

**Қайта коррекцияловчи даво муолажаларидан кейинги узок давр
натижалари (n=83)**

	Яхши		Кониқарли		Кониқарсиз		Хи-квадрат		
	abs	M±m,%	abs	M±m,%	abs	M±m,%	χ^2	P	
Консерватив	15	18,07±4,22	11	13,25±3,72	7	8,43±3,05	2,909	0,234	
Чандиқни бартараф этиш	11	13,25±3,72	6	7,23±2,84	4	4,82±2,35	3,714	0,156	
Анал канал “ДАМ+” гель пластикаси	3	3,61±2,05	2	2,41±1,68	1	1,2±1,2	1,000	0,607	
Сфинктеротомия	3	3,61±2,05	2	2,41±1,68	1	1,2±1,2	1,000	0,607	
Ички неосфинктер яратиш	3	3,61±2,05	2	2,41±1,68	0	0±0	0,200	0,655	
Soave ҚОП	2	2,41±1,68	1	1,2±1,2	1	1,2±1,2	0,500	0,779	
Soave - Болея ҚОП	5	6,02±2,61	2	2,41±1,68	1	1,2±1,2	3,250	0,197	
P	$\chi^2 = 25,000; p = 0,000$		$\chi^2 = 20,846; p = 0,002$		$\chi^2 = 12,600; p = 0,027$				
P	X2 Пирсона = 2,232; p = 0,999								

Бажарилган хирургик амалиёт услубига қараб узок даврдаги қонқарсиз натижаларни таҳлил қиладиган бўлсак:

- Анастомоз соҳасидаги чандиқни бартараф этилгандан кейин 4 (19,0%) беморларда қониқарсиз натижага олиб келган сабаб, беморларнинг ота-оналари ва яшаш жойида шифокорларнинг берилган тавсияларни ўз вақтида ва тўғри бажармаганлигида деб ҳисоблаймиз. Чунки ўз вақтида реабилитацияга келган ва бужлаш, ҳада бужлаш муолажаларини бажаришда тавсияларга мал қилганларда яхши ва қонқарли натижа олинган. Ушбу беморларда реабилитацион чорлар тўлиқ назорат остида олиб борлигандан кейин қониқарли натижа олинди.

- Анал канал “ДАМ+” гель пластикасидадан кейин битта беморда инъекция соҳасига инфекция тушиши оқибатида гелнинг йиринглаши кузатилди, шу сабабли incisio қилишга тўғри келди. Бу бемор консерватив даво қилинди ва дипансер кузатувга олинди.

- Сфинктеротомиядан кейин битта беморда анал инконтиненция юзага келди, бунга сабаб ушбу беморда spina bifida борлиги бўлди. Шу сабаб бу бемор ҳам юқорида тавсия этилган реабилитацион даволарни олиш тавсия этилди.

- Қайта коррекцияда Soave ҚОП бажарилган беморларнинг биттасида анастомоз соҳасида стеноз юзага келди. Сабаби ушбу беморда операциянинг яқин муддатида ичак чўлтоғининг некрози бўлиб “ичак чўлтоғни бартараф этиш” вақтли амалга оширилган. Узок даврда анастомоз соҳасининг 1/3 қисмида этишмовчилик юзага келиши сабабли, анастомоз соҳасида дағал чандиқли торайиш юзага келган. Бу беморга режадли бужлаш тавсия этилди.

- Soave-Болея ҚОП қайта коррекцияловчи операциядан кейин 1 (12,5%) беморда қонқарсиз натижага сабаб, оралик соҳасида бир неча маротаба оператив аралашувлар бажарилганлиги оқибатида сфинктер мушакларига биров жароҳат етказилган деб баҳоланди, ўтказилган физиодаво чоралари ва анал канал гел пластикасидадан кейин қониқарли натижа олинди.

Гиршпрунг касаллигини даволашнинг узок муддатдаги ижобий натижаси ирригорафия орқали ўрганилганда, йўғон ичак диаметрининг бутун узунлиги

бўйлаб бир хиллигини сақланганлиги ва ичак гаустрациясининг мавжудлиги 68 (81,9%) нафар кузатувда қайд этилди. Қорин-оралиқ проктопластикадан кейин сурункали колостазнинг қайталанишининг асосий сабаблари амалга оширилган хирургик операциянинг норадикаллиги бўлиб, бирламчи операцияда йўғон ичакни резекциясида аганглиозининг чегаралари тўғри баҳоланмаган. Шу муносабат билан шуни эсда тутиш керакки, операциядан олдинги гистоморфологик текширув, мушак қатламининг ҳолатини ва ўзгарган ичак деворининг даражасини, шунингдек, склеротик ўзгаришларнинг мавжудлиги ва ривожланганлигини аниқлашга имкон беради, бу сизга йўғон ичакни резекция қилишнинг энг тўғри даражасини танлаш имконини беради.

Шундай қилиб, бизнинг тадқиқотимиз шуни кўрсатадики, болаларда Гиршпрунг касаллигини даволашда минимал инвазив, ҳамда лапароскопик ассистентлик орқали амалга оширилган қорин-оралиқ проктопластикаларга устунлик бериш керак, чунки улар камроқ шикаст, юмшоқ ва радикал ва физиологик аралашув нуктаи назаридан энг самарали ҳисобланади. Анъанавий хирургик оператив аралашувларни амалга оширишнинг техник мураккаблиги, функционал имкониятларнинг етарли эмаслиги ва нисбатан ёмонроқ ва узок муддатли даволаниш натижалари билан тавсифланади, баъзида такрорий коррекцияловчи операциялар ва узок муддатли реабилитация чораларини талаб қилади.

ХУЛОСА

1. Болаларда Гиршпрунг касаллигида бирламчи қорин-оралиқ проктопластикаларидан кейинги асоратларнинг ретроспектив тахлилида, асоратларнинг сабаби оператив аралашув, бирламчи коррекция усули ва услубни асосиз танлангани кўрсатди.

2. Болаларда Гиршпрунг касаллигида бирламчи қорин-оралиқ проктопластикаларидан кейинги кўп учрайдиган асоратларнинг асосий сабаби, тактик ва операция пайтидаги хатоликлар, ҳамда йўғон ичакнинг носоғлом қисмини резекция қилиш орқали гипоганглиоз соҳанинг қолдирилиши.

3. Болаларда Гиршпрунг касаллигида операциядан кейинги асоратлар коррекциясида, аноректал соҳа анатомик бирлиги ва сфинктер-мушак мажмуасини тиклашга қаратилган аралашувларни рационал услуб сифатида қараш лозим.

4. Болаларда Гиршпрунг касаллигида операциядан кейинги асоратлар хирургик коррекциясининг натижаси тахлили, яқин даврда 93,7% холталарда яхши ва қониқарли натижа олинганини, узок муддатдаги даврда 87,4% ташкил этганлиги аниқланди. Юқори функционал натижа олнишига оператив тактиканинг тўғри танлангани, кичик чаноқ анатомик тузилмаларининг тўлақонли тикланганлиги билан асослаш мумкин.

**РАЗОВЫЙ НАУЧНЫЙ СОВЕТ ПРИ НАУЧНОМ СОВЕТЕ
DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ НАУЧНЫХ
СТЕПЕНЕЙ ПРИ АНДИЖАНСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ
МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ**

**ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

НЕМАТОВ АЛИШЕР ШЕРМУХАММАДОВИЧ

**ПРИЧИНЫ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ
АБДОМИНОПРОМЕЖНОСТНЫХ ПРОКТОПЛАСТИК ПРИ
БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ И СПОСОБЫ ИХ КОРРЕКЦИИ**

14.00.35 – Детская хирургия

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

АНДИЖАН – 2025

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан за B2024.2.PhD/Tib4738.

Диссертация выполнена в Ташкентском государственном медицинском университете.

Автореферат диссертации на двух языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.adti.uz) и Информационно-образовательного портала «ZiyoNet» (www.ziyo.net).

Научный руководитель: **Оллабергенов Одилбек Тожиддинович**
доктор медицинских наук, доцент

Официальные оппоненты: **Эргашев Бахтиёр Бердиалиевич**
доктор медицинских наук, профессор

Сапаев Отабек Кодирович
доктор медицинских наук, доцент

Ведущая организация: **Самаркандский государственный медицинский университет**

Защита состоится «___» _____ 2025 г. в ___ часов на заседании Разового научного совета при Научном совете DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 при Андижанском государственном медицинском институте по присуждению ученых степеней (Адрес: 170100, г. Андижан, ул. Ю. Атабекова, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50; e-mail: info@adti.uz, Андижанский государственный медицинский институт).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Андижанского государственного медицинского института (зарегистрирована за №___). Адрес: 170100, г. Андижан, ул. Ю. Атабекова, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50.

Автореферат диссертации разослан «___» _____ 2025 года.
(реестр протокола рассылки № ___ от _____ 2025 года).

М.М. Мадазимов

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

М.Ф. Нишанов

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

Б.Р. Абдуллажанов

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

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Болезнь Гиршпрунга у детей является распространённым тяжёлым врождённым пороком развития толстого кишечника и в большинстве случаев требует сложных, а иногда и обширных реконструктивно-пластических хирургических вмешательств. Согласно данным Европейской ассоциации по регистрации врождённых пороков развития, опубликованным в 2011–2015 годах, частота болезни Гиршпрунга составляет 404 случая на 10000 новорождённых. По статистическим данным в Узбекистане, ежегодно в Республике проводится около 200 операций детям с этим заболеванием¹. Несмотря на то, что в настоящее время во многих ведущих клиниках мира предлагается множество методов и подходов к лечению болезни Гиршпрунга у детей, послеоперационные осложнения в раннем и отдалённом периодах, такие как недержание кала, ретракция выведенной кишки, стеноз или несостоятельность в области анастомоза, рубцевание анального канала, возникают у 28–70% оперированных пациентов. Для коррекции этих осложнений требуется повторное реконструктивно-пластическое вмешательство и реабилитация. Независимо от формы болезни Гиршпрунга, колостаз и запоры, а также вышеуказанные послеоперационные осложнения являются факторами, препятствующими нормальному физическому развитию детей². Приведённые выше данные свидетельствуют о том, что проблемы, связанные с болезнью Гиршпрунга у детей и её осложнениями, являются весьма актуальными и вызывают большой научный и практический интерес среди специалистов данной области.

В мировой практике в настоящее время сохраняют актуальность исследования, направленные на разработку и совершенствование научно обоснованных клинических протоколов хирургического лечения и реабилитации детей с болезнью Гиршпрунга. Активно внедряются и изучаются результаты одноэтапных малоинвазивных операций, таких как ТЕРТ/TERPT (transanal endorectal pull-through) – трансанальная эндоректальная резекция, и SILEP (single-incision laparoscopic endorectal pull-through) – лапароскопическая эндоректальная операция через один разрез, отличающаяся лучшими косметическими результатами и меньшей травматичностью. Проводятся сравнительные исследования их эффективности по отношению к традиционным методикам, разрабатываются прогностические модели для предсказания развития послеоперационного осложнения – ассоциированного с болезнью Гиршпрунга энтероколита (НАЕС). Кроме того, выполняются исследования, направленные на оценку функционального состояния кишечника и качества жизни детей в отдалённые послеоперационные периоды.

¹ Schäppi M.G. et al. A practical guide for the diagnosis of primary enteric nervous system disorders // Journal of pediatric gastroenterology and nutrition. - 2013. - P. 677-686.

²Hei Ha J.L., Hang Lui V.C., Hang Tam P.K. Embryology and anatomy of Hirschsprung disease // Semin. Pediatr. Surg. 2022 Dec;31(6):151-7.

В нашей стране современные направления развития системы здравоохранения включают комплекс мер, направленных на улучшение результатов лечения болезни Гиршпрунга у детей за счёт внедрения современных принципов и методов диагностики и хирургического лечения. В стратегию развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы по семи приоритетным направлениям включены задачи по повышению качества оказания населению квалифицированных медицинских услуг³. Реализация данных задач, включая раннюю диагностику послеоперационных осложнений при болезни Гиршпрунга у детей и улучшение результатов хирургической коррекции, вследствие высокой медико-социальной значимости данной патологии, относится к числу актуальных направлений детской хирургии и, в целом, современной медицины.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан «О мерах по последовательному продолжению реформирования сферы здравоохранения путем совершенствования данной системы и принципов оказания медицинских услуг населению в республике» за № УП-88 от 19 мая 2025 года, постановлениями «О мерах по трансформации хирургической службы, повышению качества и расширению масштаба хирургических операций в регионах» за № ПП-5254 от 04 октября 2021 года и «О мерах по охране здоровья матери и ребенка, укреплению репродуктивного здоровья населения» за № ПП-296 от 08 сентября 2023 года, а также другими нормативно-правовыми документами, принятыми в данной сфере.

Соответствие темы диссертации приоритетным направлениям научно-исследовательских работ в республике. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Болезнь Гиршпрунга у детей представляет собой сложный порок развития, при котором высок риск послеоперационных осложнений и рецидива заболевания. Несмотря на достигнутые успехи, остаются дискуссионные вопросы, в числе которых: необходимость уточнения показаний и противопоказаний к применению традиционных или высокотехнологичных методов хирургического вмешательства на различных стадиях заболевания; выбор метода и способа проведения повторных реконструктивно-пластических операций после выполненных ранее абдоминопромезностных проктопластик^{4,5}. Общие осложнения после этих операций требуют критического анализа результатов первичных вмешательств. Выявление причин неудовлетворительных результатов лечения и осложнений позволяет определить показания к

³Указ Президента РУз от 28.01.2022 г. № УП-60 «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы». Сборник законодательных актов

⁴ Дубровская М.И., Паршина П.В. Актуальные вопросы развития запоров у детей, подходы к терапии // Вопросы современной педиатрии. - 2012. - Т.11. - №1. - С. 76-82.

⁵ Каган А.В., Котин А.Н., Караваева С.А., Кесаева Т.В. Проблемы диагностики болезни Гиршпрунга новорождённых: Клинические примеры // Педиатр. - 2020. - Т. 11. (1). - С. 83-90.

повторным реконструктивными операциями в зависимости от типа осложнений, возраста пациентов, формы и стадии болезни Гиршпрунга^{6,7,8}.

Разнообразие существующих реконструктивно-пластических вмешательств, рекомендованных для коррекции послеоперационных осложнений, требует особого внимания к возможности повторной мобилизации кишечника, резекции до здоровой зоны и опускания участка при наличии оставшейся аганглионарной зоны после первичного вмешательства. Реконструктивные операции также должны быть направлены на восстановление повреждённых анатомических структур ректального сфинктерного комплекса, являющихся причиной анальной инконтиненции.

Анализ литературы показывает, что широкое внедрение новых малоинвазивных технологий в практику детской хирургии значительно снизило травматичность хирургических вмешательств при болезни Гиршпрунга и уменьшило долю послеоперационных осложнений. Результаты исследований свидетельствуют о том, что остаются нерешёнными многие фундаментальные вопросы хирургической тактики, а также определение показаний для видеолапароскопических вмешательств при различных формах болезни Гиршпрунга у детей. Это требует обоснованного и разумного подхода к определению показаний для применения малоинвазивных технологий в данной популяции больных. В связи с этим становится очевидной необходимость усовершенствования тактики диагностики и лечения, а также разработки обоснованных показаний к различным видам хирургических вмешательств, что позволит значительно улучшить результаты лечения пациентов с болезнью Гиршпрунга.^{9,10,11,12}.

Связь темы диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с планом научно-исследовательских работ Ташкентского педиатрического медицинского института в рамках научного проекта №01980006703 на тему «Совершенствование методов диагностики, лечения и профилактики врождённых пороков и приобретённых заболеваний у детей».

Цель исследования заключается в ранней диагностике послеоперационных осложнений и улучшении результатов хирургической коррекции при болезни Гиршпрунга у детей.

⁶ Ким Л.А., Рыжов Е.А., Фёдоров А.К. Из истории детской хирургии. Болезнь Гиршпрунга // Детская хирургия. - 2011. - №6. - С. 54-56.

⁷ Gross E.R., Geddes G.C., Mc Carrier J.A. et al. Skip segment Hirschsprung disease and Waardenburg syndrome // J Pediatr. Surg. Case Rep. 2015;3(4):143-145.

⁸ Violani C., Grano C., Fernandes M., Prato A.P. The Transition of Care for Patients with Anorectal Malformations and Hirschsprung Disease: A European Survey // Eur. J. Pediatr. Surg. - 2023. - Jun;33(3):191-197.

⁹ Bawazir O.A. Laparoscopic-Assisted Transanal Pull-Through in Hirschsprung Disease: Does Laparoscopic Dissection Minimize Anal Overstretching? // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech A. - 2020 Mar;30(3):338-343.

¹⁰ Ionov A.L., Gogina A.A., Sulavko Ya.P. Secondary interventions after surgical treatment of Hirschsprung's disease in children // Detskaya khirurgiya (Russian Journal of Pediatric Surgery) 2017; 21(1): P. 42-46. (In Russ.).

¹¹ Geraskin A.V., Dronov A.F., Smirnov A.N. Atlas of Abdominal and Perineal Surgery in Children. [Khirurgiya zhivota i promegnosti u detey] // Moscow: GEOTAR-Media; 2012. (in Russian).

¹² Levitt M.A., Hamrick M.C., Eradi B., Bischoff A., Hall J., Pena A. Transanal, full-thickness, Swenson-like approach for Hirschsprung disease // J. Pediatr. Surg. 2013; 48(11): P. 2289-95.

Задачи исследования:

проведение ретроспективного анализа первично выполненных абдоминально-проктопластических операций при болезни Гиршпрунга у детей;

изучение причин послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания при различных методах и техниках хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей;

обоснование выбора методов хирургической коррекции послеоперационных осложнений, способствующих повышению эффективности повторных операций и профилактике рецидивов болезни Гиршпрунга у детей;

изучение ближайших и отдалённых результатов хирургической коррекции послеоперационных осложнений и определение качества жизни пациентов при болезни Гиршпрунга у детей.

Объектом исследования послужили 266 пациентов в возрасте от 4 месяцев до 18 лет, проходивших стационарное лечение по поводу различных форм болезни Гиршпрунга в клинике Ташкентского педиатрического медицинского института в 2020–2025 годах.

Предметом исследования является анализ ближайших и отдалённых результатов лечения детей, оперированных по поводу различных форм болезни Гиршпрунга.

Методы исследования. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использовались общеклинические, лабораторные, инструментальные, специальные и статистические методы исследования.

Научная новизна исследований заключается в следующем:

проанализированы на основании достаточного клинического материала результаты абдоминоперианальной проктопластики при болезни Гиршпрунга у детей и установлено, что основными причинами послеоперационных осложнений в зависимости от первично выполненного метода являются: необоснованный выбор первоначального способа коррекции, тактические и интраоперационные ошибки, а также оставление участка гипоганглиоза вследствие неполной резекции патологически изменённого отдела толстой кишки;

совершенствованы показания и противопоказания к эндоскопической биопсии различных отделов толстой кишки для выявления остаточного участка аганглиоза при рецидиве болезни Гиршпрунга;

обосновано, что при выборе методов радикальной реконструктивной коррекции послеоперационных осложнений у детей с болезнью Гиршпрунга наилучшие результаты обеспечивают вмешательства, направленные на восстановление анатомического единства аноректальной зоны и сфинктерно-мышечного комплекса;

доказана клиническая эффективность индивидуализированных методов консервативной терапии и реабилитации, проводимых после повторных реконструктивных коррекционных операций у детей с болезнью Гиршпрунга.

Практические результаты исследования.

предложен диагностический комплекс, позволяющий с высокой точностью выявлять послеоперационные осложнения при болезни Гиршпрунга у детей и выбирать оптимальное реконструктивно-пластическое вмешательство;

разработаны и рекомендованы оптимальные методы и подходы реконструктивной коррекции осложнений после абдоминоперианальной проктопластики у детей с болезнью Гиршпрунга, которые способствуют снижению частоты интраоперационных и послеоперационных осложнений, а также значительно улучшают ближайшие и отдалённые результаты повторного хирургического лечения;

разработаны индивидуализированные программы консервативной терапии и реабилитации, проводимые после повторных реконструктивных коррекций у детей с болезнью Гиршпрунга;

установлено, что комплексный подход к лечению осложнений после абдоминоперианальной проктопластики при болезни Гиршпрунга, включающий реконструктивные вмешательства, физиотерапевтические процедуры и реабилитационные мероприятия, способствует улучшению не только непосредственных и отдалённых результатов лечения, но и повышению качества жизни пациентов.

Достоверность результатов исследования. Достоверность результатов обоснована использованием объективных критериев оценки состояния пациентов, современных методов лабораторной и инструментальной диагностики, корректным применением методологических подходов.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов исследования заключается в том, что полученные выводы и представленные рекомендации имеют теоретическую ценность, так как внесли важный вклад в расширение существующих знаний о клинических и тактико-технических аспектах риска развития осложнений при болезни Гиршпрунга у детей в зависимости от выбора оптимального реконструктивно-пластического вмешательства, а также о тактико-технических особенностях оперативных вмешательств, предоперационной подготовке, ведении послеоперационного периода и реабилитации.

Практическая значимость результатов исследования заключается в том, что на основе полученных данных были усовершенствованы методы и подходы реконструктивной коррекции осложнений после абдоминоперианальной и эндоректальной проктопластики при болезни Гиршпрунга у детей, предложен диагностический комплекс, обеспечивающий высокоточную диагностику послеоперационных осложнений и выбор оптимального реконструктивно-пластического вмешательства, а также разработаны индивидуализированные программы консервативной терапии и реабилитации, проводимые после повторных реконструктивных коррекционных операций.

Внедрение результатов исследования. Согласно заключению Научно-

технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан по внедрению в практику результатов научно-исследовательских работ на основании протокола заседания № 19 от 10 июня 2025 года:

первая научная новизна: проанализированы на основании достаточного клинического материала результаты абдоминоперианальной проктопластики при болезни Гиршпрунга у детей и установлено, что основными причинами послеоперационных осложнений в зависимости от первично выполненного метода являются: необоснованный выбор первоначального способа коррекции, тактические и интраоперационные ошибки, а также оставление участка гипоганглиоза вследствие неполной резекции патологически изменённого отдела толстой кишки. Создана программа ЭВМ на основе балльной шкалы, способствующая повышению точности диагностики болезни Гиршпрунга у детей и получено свидетельство DGU №38839. Результаты исследования внедрены в практику отделения неонатальной хирургии Республиканского перинатального центра приказом директора № 122 от 27 марта 2025 года и в практику отделения хирургии клиники Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии приказом главного врача № 10-І от 27 марта 2025 года. Социальная эффективность научной новизны: предложенная программа ЭВМ, основанная на балльной шкале для получения лапароскопической ступенчатой биопсии при болезни Гиршпрунга и повышения точности диагностики, позволила поставить правильный диагноз заболевания и правильно определить объем резекции кишечника, тем самым улучшив результат операции и, самое главное, качество жизни. Экономическая эффективность научной новизны: резекция аганглионарной области по методу Swenson с лапароскопической ассистенцией выполнена в качестве первичной операции у 17 (7,4%) пациентов с ректальной и ректосигмоидной формами болезни Гиршпрунга. При определении объема резекции толстой кишки на основании результатов ступенчатой биопсии уточнялась зона нормоганглиоза. В результате проведенных операций у этих пациентов было достигнуто восстановление нормального движения дефекации, улучшение их социальной адаптации в обществе. Вывод: таким образом, научно обосновано, что для снижения процента послеоперационных осложнений при болезни Гиршпрунга необходимо правильно выбрать метод операции и сделать ступенчатую биопсию для определения объема резекции.

вторая научная новизна: совершенствованы показания и противопоказания к эндоскопической биопсии различных отделов толстой кишки для выявления остаточного участка аганглиоза при рецидиве болезни Гиршпрунга. Результаты исследования внедрены в практику отделения неонатальной хирургии Республиканского перинатального центра приказом директора № 122 от 27 марта 2025 года и в практику отделения хирургии клиники Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии приказом главного врача № 10-І от 27 марта 2025 года. Социальная эффективность научной новизны: с помощью метода Swenson, выполненного с помощью лапароскопической ассистенции, болезнь Гиршпрунга была ликвидирована у

17 пациентов, из которых в 11,7% случаев, то есть у 1 пациента наблюдалась частичная ретракция опущенной кишки и у 1 пациента наблюдались признаки энтероколита. Благодаря проведенным консервативным лечебным мероприятиям эти осложнения были устранены и качество жизни пациентов улучшилось. Экономическая эффективность научной новизны: Было установлено, что после операций с лапароскопической ассистенцией, пациенты быстро встают на ноги, не задерживаются в реанимационном отделении, что, в свою очередь, сокращает средний показатель койко-дней в стационаре и составляет $10,45 \pm 0,59$ койко-дней. После операций проктопластики брюшной полости этот показатель составил $17,68 \pm 0,64$ койко-дня. Расходы на лечение больного в стационаре за 1 койко-день составляют 133 238 сумов. Общие расходы на лечение больных после операций с лапароскопическим сопровождением в среднем составили - $10,45 \times 133238 = 1392337$ сумов, а после операций проктопластики брюшной полости - $17,68 \times 133238 = 2355647$ сумов. Из этого видно, что экономическая эффективность для 1 пациента основной группы составила 963210 сумов. Вывод: Таким образом, доказано, что при лечении болезни Гиршпрунга у детей преимущественно обладают малоинвазивные, а также лапароскопически ассистированные брюшно-промежностные проктопластики, так как малотравматичность является наиболее эффективной с точки зрения физиологического вмешательства. Экономическая эффективность метода Swenson, выполненного с помощью лапароскопической ассистенции, в первую очередь косметическая эффективность, низкий процент послеоперационных осложнений, сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре и их быстрое восстановление.

третья научная новизна: обосновано, что при выборе методов радикальной реконструктивной коррекции послеоперационных осложнений у детей с болезнью Гиршпрунга наилучшие результаты обеспечивают вмешательства, направленные на восстановление анатомического единства аноректальной зоны и сфинктерно-мышечного комплекса. Результаты исследования внедрены в практику отделения неонатальной хирургии Республиканского перинатального центра приказом директора № 122 от 27 марта 2025 года и в практику отделения хирургии клиники Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии приказом главного врача № 10-I от 27 марта 2025 года. Социальная эффективность научной новизны: При анализе ближайших и отдаленных послеоперационных результатов с использованием разработанной программы выявлено следующее: анализ результатов хирургической коррекции послеоперационных осложнений при болезни Гиршпрунга у детей показал, что в ближайшем периоде хороший и удовлетворительный результат был получен в 93,7% случаев, а в отдаленном периоде этот показатель составил 87,4%. Экономическая эффективность научной новизны: преимущество программы оценки результатов лечения болезни Гиршпрунга у детей по балльной шкале заключается в удобстве использования этой программы, не только врачи, но и родители пациентов

могут установить программу на свои мобильные устройства и проанализировать результат, отметив симптомы, наблюдающиеся у их ребенка. Благодаря этому можно улучшить качество жизни и образ жизни пациентов путем своевременного амбулаторного или стационарного лечения. Вывод: На основании проведенных исследований и полученных результатов на программу ЭВМ "Оценка результатов лечения болезни Гиршпрунга у детей по балльной шкале" получено свидетельство DGU № 49707, зарегистрированное в Агентстве интеллектуальной собственности Республики Узбекистан 16 апреля 2025 года. В то время как в настоящее время проводится множество мероприятий по созданию искусственного интеллекта, разработка данной программы позволяет правильно и в короткие сроки оценить результаты лечения болезни Гиршпрунга у детей с помощью балльной шкалы. Достаточно определить методы обследования, указанные в параметрах оценки, и степень изменения запора, недержания или образа жизни у пациента, отметить их в программе и нажать кнопку результата. Программа предоставляет не только оценку результата операции у пациента, но и рекомендует план дальнейших необходимых мероприятий.

четвертая научная новизна: доказана клиническая эффективность индивидуализированных методов консервативной терапии и реабилитации, проводимых после повторных реконструктивных коррекционных операций у детей с болезнью Гиршпрунга. Результаты исследования внедрены в практику отделения неонатальной хирургии Республиканского перинатального центра приказом директора № 122 от 27 марта 2025 года и в практику отделения хирургии клиники Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии приказом главного врача № 10-I от 27 марта 2025 года. Социальная эффективность научной новизны: с использованием "Bowel management" (University of Colorado School of Medicine, 2025) для 38 пациентов была разработана индивидуальная терапия в зависимости от характера выявленных осложнений при проведении консервативного лечения. А именно, у 11 пациентов в области анастомоза был выявлен стеноз, в комплекс консервативных лечебных мероприятий для этих пациентов были включены: калибровочное бужирование при рубцовом сужении анального отверстия (продолжительность бужирования зависит от степени и длины стеноза), дозы слабительных средств подбирались индивидуально с учетом возраста и до получения стула 3 и 4 типа по шкале Бристоля. Применение этих комплексных консервативных лечебных мероприятий позволило пациентам свободно чувствовать себя в обществе и улучшить свою социальную адаптацию. Экономическая эффективность научной новизны: При анализе ближайших результатов 98 пациентов, получавших корректирующее лечение, были получены следующие результаты: у 38 пациентов, получавших консервативное лечение, было проведено полное врачебное наблюдение и разъяснение родителям необходимости своевременного проведения реабилитационных мероприятий, в результате своевременного и правильного лечения у 33 (86,8%) пациентов были достигнуты хорошие и

удовлетворительные результаты. У 5 (13.2%) больных причиной неудовлетворительного результата явилось неполное устранение стеноза в области анастомоза бужированием, продолжающийся энтероколит и хронический колостаз. Этим пациентам было признано необходимым продолжить реабилитационные процедуры. Вывод: Таким образом, хороший результат в ближайшем и отдаленном периоде может быть достигнут за счет применения эффективного комплексного метода консервативной терапии и реабилитации, направленного на улучшение качества жизни при болезни Гиршпрунга. Благодаря совместным действиям врача и родителей можно быстро вернуть пациентов к нормальному образу жизни и снизить процент инвалидности.

Апробация результатов исследования. Результаты исследования были обсуждены на 5 научно-практических конференциях, включая 2 международных и 3 республиканские конференции.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 5 научно-практических конференциях в том числе на 2 международных и 3 республиканских.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 16 научных работ, из них 6 журнальных статей, 5 из которых в республиканских и 1 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырёх глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы. Объем текстового материала составляет 162 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснована актуальность и необходимость проведённого исследования, изложены цель и задачи исследования, охарактеризованы объект и предмет, раскрыты научная новизна и практическая значимость, приведены сведения о внедрении результатов исследования в практику, опубликованных работах и структуре диссертации.

В первой главе диссертации «**Актуальные проблемы диагностики и лечения болезни Гиршпрунга и её осложнений у детей (обзор литературы)**»), проанализированы существующие научные публикации. Освещены причины возникновения хронического колостаза при болезни Гиршпрунга у детей, процесс управления дефекацией, нейрогуморальная регуляция органов малого таза, а также различные классификации заболевания и взгляды учёных на них. Подробно раскрыта значимость инструментальных методов диагностики болезни Гиршпрунга. Особенно подчёркнута важность рентгеноконтрастного метода исследования – ирригографии, приведены данные о её диагностической точности. Также рассмотрена роль ультразвукового метода в диагностике болезни Гиршпрунга на современном этапе, изложены порядок проведения этого исследования, мнения и

заклучения различных специалистов. На основании данных из литературы описаны преимущества и недостатки существующих хирургических методов лечения.

Во второй главе диссертации «Характеристика клинического материала и применённых методов исследования», представлены результаты обследования и лечения 266 пациентов с различными формами болезни Гиршпрунга. Количественное распределение больных по формам заболевания показало, что наиболее часто у детей выявляется ректальная форма болезни – 158 случаев (59,4%). Второй по распространённости является ректосигмоидная форма, которая диагностирована у 105 больных (39,5%) (таблица 1).

1-таблица

Распределение форм болезни Гиршпрунга по возрасту

Возраст	Форма заболевания						χ^2	
	Ректальная		Ректосигмоидальная		Субтотальная			
	abs	M±m,%	abs	M±m,%	abs	M±m,%	χ^2	P
4 мес-3 года	85	31,95±2,86	77	28,95±2,78	3	1,13±0,65	74,327	0,000
4-7 лет	60	22,56±2,56	21	7,89±1,65	0	0±0	18,778	0,000
8-11 лет	11	4,14±1,22	6	2,26±0,91	0	0±0	1,471	0,225
12-18 лет	2	0,75±0,53	1	0,38±0,38	0	0±0	0,333	0,564
P	χ^2 Пирсона = 12,640; p = 0,049							
Всего	158	59,4±3,01	105	39,47±3	3	1,13±0,65		
P	$\chi^2 = 139,992$; p = 0,000							

Из 266 выполненных первичных операций: 211 (79,3%) пациентов были прооперированы методом традиционной абдоминально-промежностной проктопластики, 38 (14,3%) – методом трансанальной эндоректальной проктопластики, 17 (6,4%) – с использованием малоинвазивной лапароскопической ассистенции (см. рисунок 1).



1-рисунок. Методы операции

Из общего числа пациентов, госпитализированных с болезнью Гиршпрунга (266 случаев), у 98 (36,8%) пациентов после первичной коррекции дефекта были зафиксированы осложнения. Из них у 36 (13,5%) пациентов операция была выполнена по месту жительства, а у 62 (23,3%) – первичная операция была проведена в нашей клинике.

Наибольшее количество осложнений наблюдалось после абдоминально-промежностной проктопластики по методу Soave – у 25 (25,5%) пациентов, по методу O. Swenson – у 24 (24,4%) пациентов, и по методу Soave–Лёнюшкина – у 27 (27,5%) пациентов.

При ретроспективном и клиническом анализе 98 пациентов (62%) с выявленными послеоперационными осложнениями после первичной операции по поводу болезни Гиршпрунга установлено, что у 62 (63,3%) пациентов первичная коррекция была проведена в нашей клинике, а у 36 (36,7%) – операция типа абдоминально-промежностной проктопластики была выполнена по месту жительства. (Таблица 2).

2-таблица

Частота осложнений после первичных хирургических операций у пациентов с болезнью Гиршпрунга

Осложнения после операции	Методы оперативных вмешательств												X ² Пирсона	
	АПП по O. Swenson (n=48)		АПП по Soave (n=62)		АПП по Soave-Болея (n=19)		АПП по Soave-Лёнюшкин (n=82)		De la Torre операция (n=38)		АПП с ЛА (n=17)			
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	X ²	P
Стеноз области анастомоза (n=24)	8	8,16	6	6,12	2	2,04	5	5,10	3	3,06	0	0,00	6,101	0,297
Ретракция низведенной кишки (n=10)	1	1,02	0	0,00	4	4,08	4	4,08	0	0,00	1	1,02	20,479	0,001
Энтероколит (воспаление тонкой и толстой кишки) (n=14)	2	2,04	6	6,12	1	1,02	3	3,06	1	1,02	1	1,02	3,503	0,623
Анальный <u>инконтиненция</u> (n=14)	8	8,16	6	6,12	3	3,06	6	6,12	1	1,02	0	0,00	8,377	0,137
Несостоятельность анастомоза (n=6)	0	0,00	3	3,06	1	1,02	0	0,00	1	1,02	1	1,02	6,694	0,244
Рецидив <u>хронического колостаз</u> (n=20)	5	5,10	4	4,08	0	0,00	9	9,18	2	2,04	0	0,00	5,295	0,381
Всего	24	24,49	25	25,51	11	11,22	27	27,55	8	8,16	3	3,06		

Если рассмотреть частоту выявленных осложнений, то стеноз области анастомоза наблюдался у 24 пациентов, ретракция низведенной кишки – в 10 случаях, энтероколит – у 14 пациентов, анальный недержание – у 24, несостоятельность анастомоза – в 6 случаях, а рецидив хронического колостаз – у 20 пациентов.

В диагностике болезни Гиршпрунга применялись лабораторные и инструментальные методы исследования, которые были проведены у определенного количества больных. Специальные инструментальные исследования выполнены в клинике ТопПТИ у 230 пациентов и включали: определение индекса прямой кишки и толстой кишки с помощью ирригографии (отношение диаметра прямой кишки к максимальному диаметру нисходящего отдела толстой кишки), сфинктерометрию для оценки

ректоанального ингибиторного рефлекса, силы произвольного сокращения мышц, длины анального канала и порога ректальной чувствительности. Диагностическая нервносемная биопсия с использованием метода О. Свенсона была проведена в нескольких точках стенки прямой и сигмовидной кишки. Биопсия серозно-мышечных слоев толстой кишки была выполнена у 67 пациентов.

Автором разработана компьютерная программа под названием «Диагностические критерии болезни Гиршпрунга у детей по балльной шкале», предназначенная для точной диагностики и облегчения работы врачей (DGU 38839). Программа позволяет ставить точный диагноз болезни и в данном разделе приведена информация о том, как её запускать и использовать.

В третьей главе диссертации «Клинические особенности и инструментальная диагностика болезни Гиршпрунга у детей, а также послеоперационные осложнения» – описаны формы, стадии болезни и клиническая характеристика осложнений после операции. В этом разделе подробно рассмотрен анамнез пациентов. У 209 из 266 больных (78,6%) при сборе анамнестических данных выявлены запоры и хронический колостаз. У 87 (32,7%) пациентов отмечено отсутствие стула в течение 3–4 дней. Кроме того, длительный колостаз у 42 (15,7%) пациентов сопровождался симптомами интоксикации каловыми массами, такими как слабость, снижение аппетита, утомляемость и в некоторых случаях раздражительность.

Анализ результатов рентгеноконтрастных исследований показал, что у большинства пациентов (91,4%) наблюдался спастический суженный дистальный отдел толстой кишки, причем степень сужения зависела от длительности заболевания. У 158 пациентов (59,3%) с ректальной формой болезни при рентгеноконтрастном исследовании был определен ректальный индекс (в среднем $2,2 \pm 0,16$) и измерен объем ретроректального пространства. При этом у 49 пациентов (18,4%) с ректальной и короткоsegmentной формами болезни ирригография показала значительное расширение анального канала (в среднем $0,21 \pm 0,04$) и значимое расширение дистальных отделов сигмовидной кишки более чем на 25% (см. рис. 2).

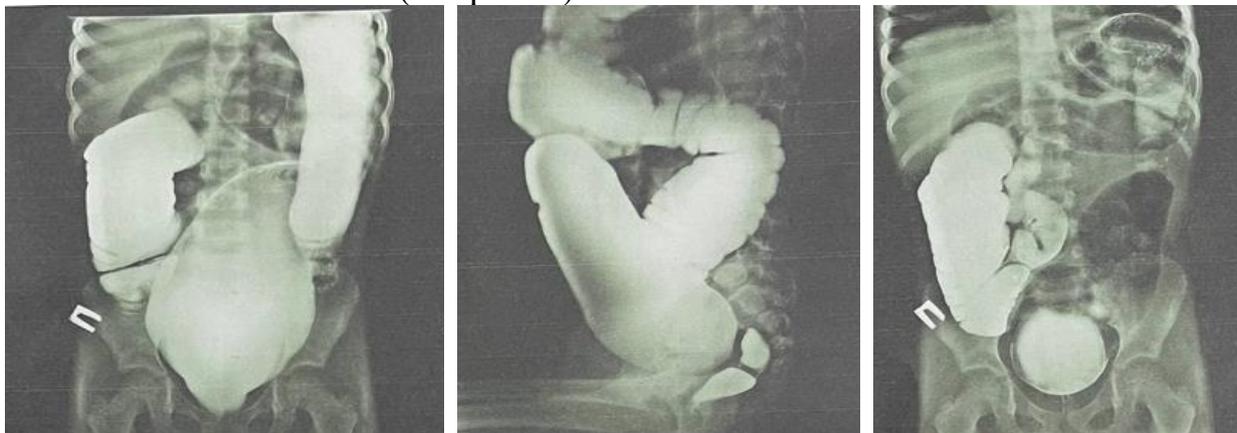


Рисунок 2. Полипозиционная ирригография.

Вторичный мегаколон с дилатацией толстой кишки, гаустры сглажены, контрастное вещество освобождается на 40% (Пациент К.О., 9 лет, к/т №2164/1215).

В исследовании были показаны важные преимущества ультразвукового обследования, а именно: данный метод является безвредным, не вызывает облучения организма ребёнка, не имеет ограничений по времени и частоте применения, не имеет противопоказаний, обеспечивает достаточный уровень информативности, и что самое главное – имеет широкие возможности для использования во всех медицинских учреждениях нашей страны (рисунок 3).

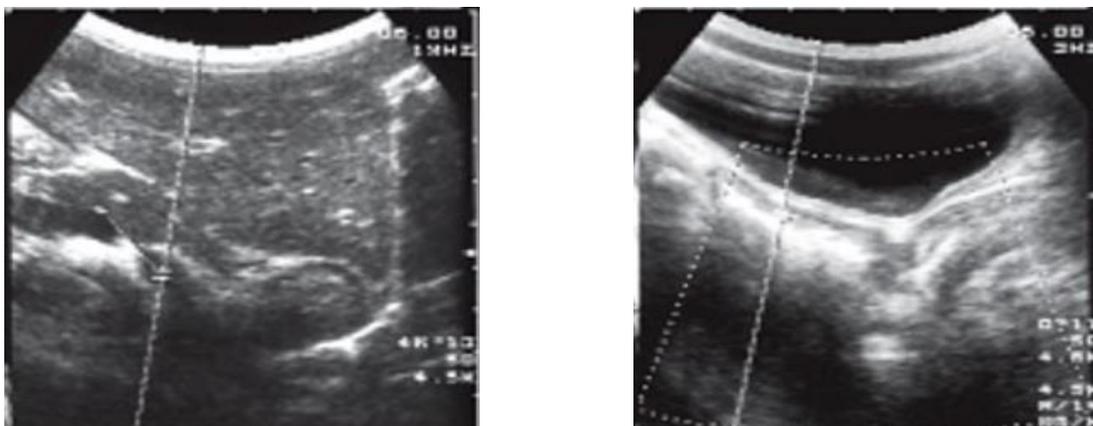


Рисунок 3. Эхограмма поражённой области стенки прямой кишки.

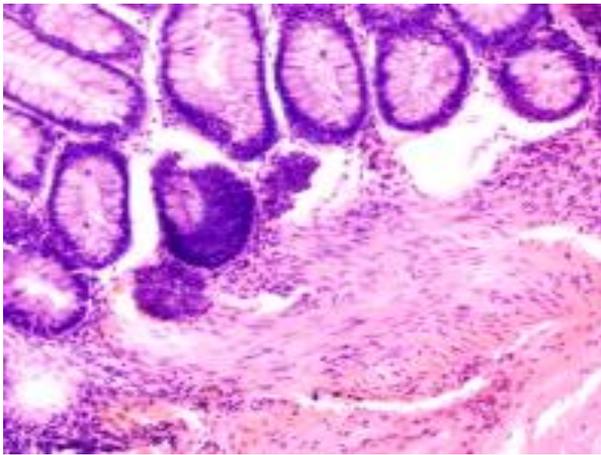
Результаты анальной сфинктерометрии, проведённой до операции у пациентов с ректальной и ректосигмоидальной формами болезни Гиршпрунга, показали следующее: при анализе по возрасту у детей в возрасте от 3 до 7 лет среднее давление в состоянии покоя варьировало от $28,0 \pm 2,0$ до $33,8 \pm 2,1$ мм рт. ст., максимальное давление при сокращении – от $59,6 \pm 2,9$ до $65,5 \pm 1,06$ мм рт. ст. У пациентов в возрасте от 8 до 14 лет эти показатели были следующими: среднее давление в покое – от $74,5 \pm 2,3$ до $86,1 \pm 1,07$ мм рт. ст., максимальное давление при сокращении – от $104,5 \pm 2,3$ до $136,1 \pm 1,07$ мм рт. ст. (Таблица 3).

3-таблица.

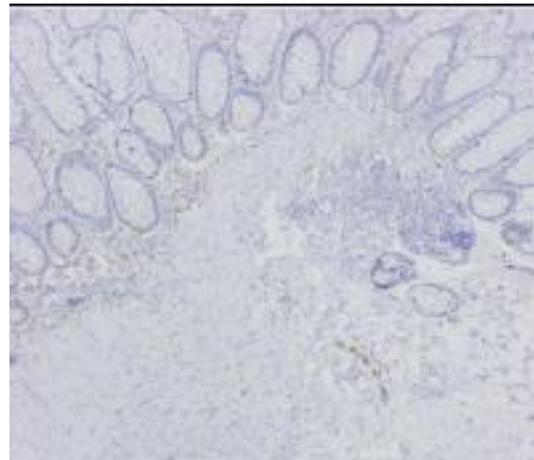
Показатели сфинктерометрии до операции у детей с формами болезни Гиршпрунга в зависимости от возраста пациента

Форма заболевания	3-7 лет		8-14 лет	
	Среднее давление в покое (мм рт. ст.)	Максимальное давление при сокращении (мм рт. ст.)	Среднее давление в покое (мм рт. ст.)	Максимальное давление при сокращении (мм рт. ст.)
Ректальная форма	$28,0 \pm 2,0$	$59,6 \pm 2,9$	$74,5 \pm 2,3$	$104,5 \pm 2,3$
Ректосигмоидальная форма	$33,8 \pm 2,1$	$65,5 \pm 1,06$	$86,1 \pm 1,07$	$136,1 \pm 1,07$

В 49 взятых препаратах выявлена лимфо-плазмо-гистиоцитарная инфильтрация в собственной пластинке слизистой оболочки, а также наличие большого количества мелких нервных волокон, проникших в слизистую оболочку. Морфологическое исследование проводилось на резецированных участках кишки у всех оперированных пациентов, так как ранее проведённые исследования у этих больных выполнялись с целью исключения сомнений в правильности диагноза болезни Гиршпрунга (рисунок 4).



ГЭ. Увеличение $\times 40$. Эпителий глубокого слоя слизистой оболочки сохранён, железы однородного типа. Нервные клетки не обнаружены.



Calretin. ИГХ. Нервные сплетения Мейснера не выявлены.

Рисунок 4. Лимфо-плазмо-гистиоцитарная инфильтрация в пластинке слизистой оболочки прямой кишки и проникновение большого количества мелких нервных волокон в слизистую оболочку.

Четвёртая глава диссертации посвящена «Коррекции осложнений после лапаротомических проктопластик у детей с болезнью Гиршпрунга». У 228 пациентов с болезнью Гиршпрунга были выполнены следующие традиционные методы лапаротомических проктопластик: метод О. Свенсона, методы Соаве, Соаве-Болея и Соаве-Лёнюшкин, а также вмешательства по проктопластике кишечника с лапароскопической ассистенцией по методу О. Свенсона (Таблица 4).

4-таблица

Количество традиционных и лапароскопических ассистированных лапаротомических проктопластик, выполненных в зависимости от формы болезни Гиршпрунга

Операция услуги	Формы заболевания					
	Ректальная		Ректо- сигмоидальная		Субтотальная	
	abs	M \pm m,%	abs	M \pm m,%	abs	M \pm m,%
АПП по О. Swenson	43	18,86 \pm 2,59	5	2,19 \pm 0,97	0	0 \pm 0
АПП по Soave буйича	59	25,88 \pm 2,9	3	1,32 \pm 0,75	0	0 \pm 0
АПП по Soave-Болея	18	7,89 \pm 1,79	1	0,44 \pm 0,44	0	0 \pm 0
АПП по Soave-Лёнюшкин	10	4,39 \pm 1,36	69	30,26 \pm 3,04	3	1,32 \pm 0,75
АПП с ЛА по методу О. Swenson	7	3,07 \pm 1,14	10	4,39 \pm 1,36	0	0 \pm 0
P	$\chi^2 = 74,788$; p = 0,000		$\chi^2 = 190,182$; p = 0,000		СНВ	
P	χ^2 Пирсона = 140,627; p = 0,000					
Всего	137	60,09 \pm 3,24	88	38,6 \pm 3,22	3	1,32 \pm 0,75
P	$\chi^2 = 120,974$; p = 0,000					

Операция трансанальной эндоректальной проктопластики по методу De La Torre-Мондрагон была выполнена у 38 пациентов. Анализ результатов

показал, что у 30 из них (78,9%) наблюдались хорошие и удовлетворительные результаты. Только у 8 пациентов (21,2%) отмечены неудовлетворительные исходы, из которых у 4 были осложнения: недостаточность анастомоза (1 случай), стеноз области анастомоза (1 случай) и рецидив хронического колостазы (2 случая), что потребовало повторного реконструктивного пластического вмешательства.

Лапароскопическая ассистированная операция по методу Swenson с резекцией аганглионарного участка была проведена у 17 пациентов (7,4%) с ректальной и ректосигмоидальной формами болезни Гиршпрунга в качестве первичной операции.

После таких вмешательств у детей отмечалось более быстрое восстановление, отсутствие длительного пребывания в отделении реанимации, а также сокращение среднего времени пребывания в стационаре – $10,45 \pm 0,59$ койко-дней. Для сравнения, после лапаротомических проктопластик это время составляло $17,68 \pm 0,64$ койко-дней. Стоимость одного койко-дня составляет 133 238 сум. Следовательно, общие затраты на лечение после лапароскопических операций составили в среднем $10,45 \times 133\,238 = 1\,392\,337$ сум, а после лапаротомических проктопластик – $17,68 \times 133\,238 = 2\,355\,647$ сум. Таким образом, экономия на одного пациента в основной группе составила 963 210 сум.

Анализ первичных лапаротомических проктопластик показал, что основные осложнения связаны с неправильным выбором объема резекции толстой кишки, что приводит к остаточному аганглиозу или гипоганглиозу (20 случаев); стенозу глубокой части прямой кишки вследствие ретракции (24 случая) и недостаточности первичного анастомоза (16 случаев).

Мы считаем, что все эти осложнения обусловлены в первую очередь несоблюдением принципиальных аспектов хирургического вмешательства, недостаточной подготовкой пациентов к операции и неправильным, неполным послеоперационным уходом. Кроме того, большинство осложнений связано со сложностью порока толстой кишки, выбором метода, техникой и сроками первичного вмешательства.

В связи с этим выбор хирургического метода при болезни Гиршпрунга должен быть индивидуальным и строго соответствовать форме и стадии заболевания у каждого пациента.

Из 266 госпитализированных пациентов у 98 (36,8%) наблюдались различные осложнения (стеноз области анастомоза, энтероколит, ретракция кишечника, анальный недержание, недостаточность анастомоза, рецидив хронического колостазы).

Среди них 38 пациентам проводилось консервативное лечение, 27 – пластика рубца, 7 – пластика анального канала с гелем "ДАМ+", 6 – сфинктеротомия, 6 – операция по созданию внутреннего неосфинктера, 5 пациентам – операция по методу Soave, и 9 пациентам – Soave-Болея (таблица 5).

5-таблица

Методы лечения осложнений после операций при болезни Гиршпрунга

Операциядан кейинги асоратлар	Применённые методы лечения														Х2 Пирсона	
	Консервативное		Устранение рубцов		Пластика анального канала гелем «ДАМ+»		Сфинктеротомия		Создание внутреннего неосфинктера		АПП по Soave		АПП по Soave-Болея			
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	Х2	P
Стеноз в области анастомоза (n=24)	11	11,22	13	13,27	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	89,713	0,000
Ретракция сегмента кишечника (n=10)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	4,08	6	6,12	188,611	0,000
Энтероколит (n=14)	8	8,16	4	4,08	0	0,00	2	2,04	0	0,00	0	0,00	0	0,00	45,168	0,000
Анальная инконтиненция (n=24)	8	8,16	5	5,10	7	7,14	0	0,00	4	4,08	0	0,00	0	0,00	123,737	0,000
Несостоятельность анастомоза (n=6)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	2,04	1	1,02	3	3,06	78,527	0,000
Рецидив хронического колостаза (n=20)	11	11,22	5	5,10	0	0,00	4	4,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	77,071	0,000
Всего	38	38,78	27	27,55	7	7,14	6	6,12	6	6,12	5	5,10	9	9,18		

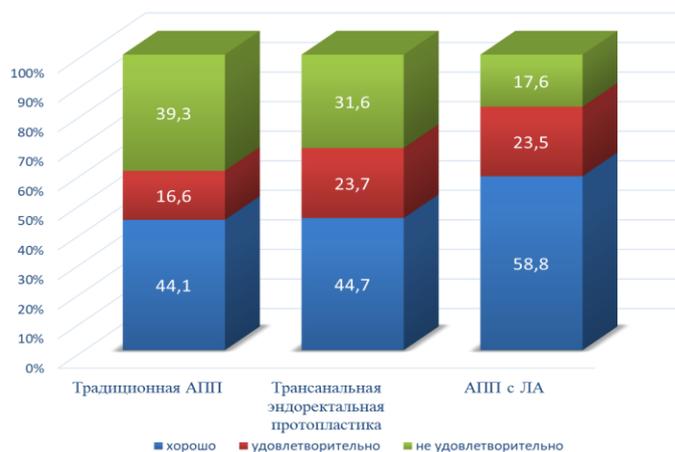
При консервативном лечении 38 пациентов использовалась программа «Bowel management» (University of Colorado School of Medicine, 2025) с индивидуальным подбором терапии в зависимости от характера осложнений. Например, у 11 пациентов со стенозом области анастомоза консервативные меры включали калибровочное бужирование (продолжительность зависела от степени и длины стеноза), назначение слабительных средств с дозировкой, подобранной по возрасту и типу стула по шкале Bristol (типы 3 и 4), а также очистительные и сифонные клизмы по назначению.

У 8 пациентов с ассоциированным энтероколитом использовалась схема «Bowel management», включающая сифонные клизмы – первые 14 дней каждые 8 часов, затем следующие 14 дней каждые 12 часов затем в течение 1-2 месяцев – по одной клизме в день. Одновременно внутривенно каждые 8 часов вводился Метронидазол («Метрагил») в дозе 7,5 мг на 1 кг веса (5 мл/мин) в течение 10 дней. У 8 пациентов с выявленным анальным недержанием применялось консервативное лечение. Нарушение функции удержания кала было связано с функциональной недостаточностью сфинктерного комплекса, поэтому в лечении использовались физиотерапевтические методы (электрофорез, СМТ, магнитотерапия).

У 11 пациентов с рецидивирующим хроническим колостазом консервативное лечение было обусловлено нарушением диеты и низким потреблением клетчатки, что приводило к формированию запоров по типу 1-2 по Бристольской шкале. У этих больных проводилась очистка толстой кишки от каловых масс с помощью сифонных клизм, рекомендованы специальные диеты, назначался 14-дневный курс препарата Сенадексин, учитывая возраст. Анализ результатов первичного хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей показал, что после операций осложнения возникают в среднем у 23,2-28,7% пациентов. Этот показатель не превышает данные крупных специализированных центров стран СНГ и зарубежья. Однако важно отметить, что несмотря на вариации в частоте осложнений, они преимущественно возникают после традиционных открытых абдоминально-проктопластических вмешательств.

Результаты традиционных и лапароскопически ассистированных абдоминально-проктопластических операций, а также раннего и длительного послеоперационного периода (в течение 3 лет) были изучены и оценены как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Такой длительный клинический наблюдательный период позволил объективно оценить эффективность лечения в зависимости от метода и техники операции. Минимальный срок наблюдения составлял от 6 месяцев до 1 года (см. рис. 5).

Результаты в зависимости от применённого метода



5-рисунок

Были изучены показатели ближайших и отдалённых результатов, а именно: частота запоров и анального недержания, степень изменения образа жизни, данные инструментальных исследований – дефекография, ирригография и сфинктерометрия (таблица 6).

Таблица 6

Критерии оценки ближайших и отдалённых результатов лечения пациентов

Параметры оценки	Хорошо 1-балл	Удовлетворительно 2-балла	Неудовлетворительно 3 - балла
Запор	Никогда или 1 раз в месяц	Иногда, 1 раз в неделю или 2-3 раза в месяц	Обычно, 2 раза в неделю
Анальная инконтиненция	Никогда или 1 раз в месяц	Иногда, 1 раз в неделю или 2-3 раза в месяц	Обычно, 2 раза в неделю
Улучшение качества жизни	Не использует подгузник, ходит чисто	Иногда, 1 раз в неделю использует подгузник	Обычно, 2-3 раза в неделю использует подгузник
Дефекография	Хорошее раскрытие анального канала	Раскрытие анального канала похожее на болюс	Раскрытие анального канала затруднено
Ирригография	Гаустрация толстой кишки сохранена, расширение не обнаружено, очищение контрастом более 80%	Гаустрация толстой кишки относительно сохранена, расширение не выявлено, очищение контрастом от 60% до 80%	Гаустрация толстой кишки отсутствует, расширение есть, очищение контрастом менее 60%
Сфинктерометрия	Среднее давление в покое (20-40 мм рт. ст.)	Среднее давление в покое (15-20 мм рт. ст.)	Среднее давление в покое ниже 15 мм рт. ст.

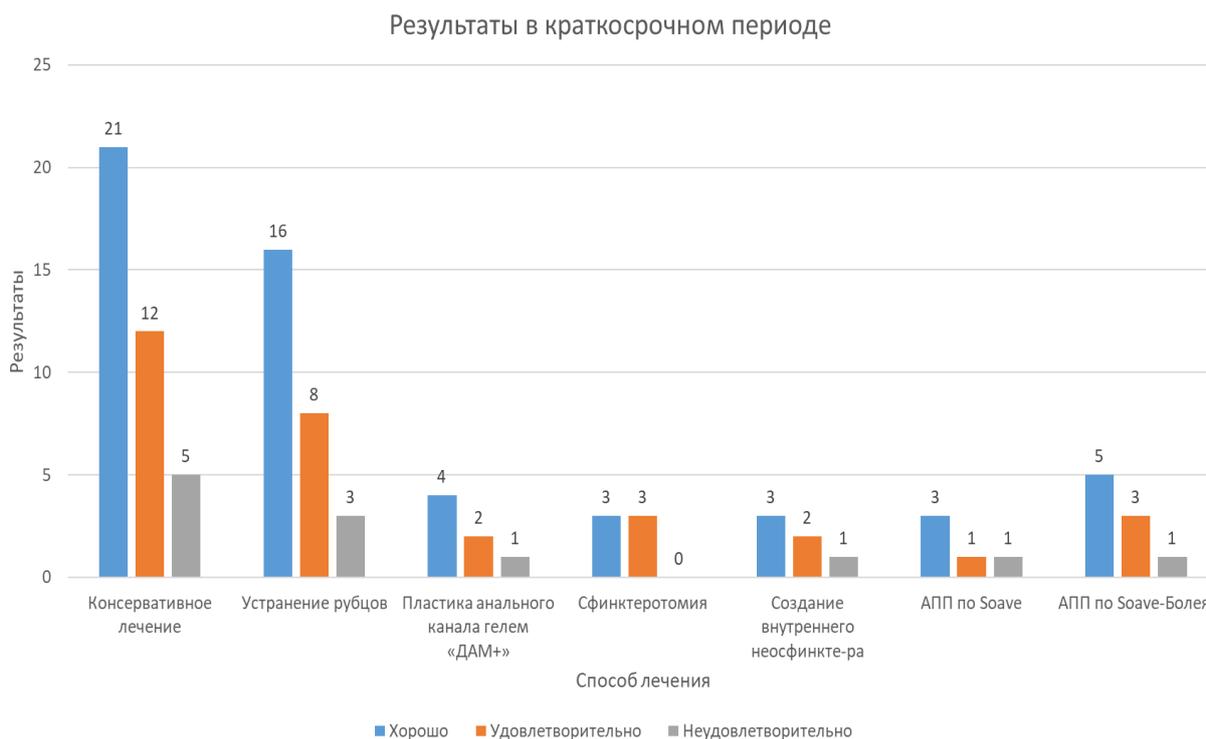
По сумме баллов по этим параметрам результаты оценивались как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. При хорошем результате сумма баллов составляла 1–6, при удовлетворительном – 7–12, при неудовлетворительном – 13–18.

Для упрощения анализа врачами результатов лечения на основе этих параметров была разработана компьютерная программа (DGU 49707).

При анализе ближайших результатов у 98 пациентов, которым проводились повторные коррекционные лечебные мероприятия, были получены следующие результаты.

У 38 пациентов, получавших консервативное лечение, при полном контроле со стороны врача и своевременном проведении разъяснительной работы с родителями о необходимости реабилитационных мероприятий, а также при правильном и своевременном лечении, у 33 (86,8%) пациентов были достигнуты хорошие и удовлетворительные результаты.

У 5 (13,2%) пациентов неудовлетворительные результаты были связаны с тем, что стеноз в области анастомоза не был полностью устранён с помощью бужирования, сохраняющимся энтероколитом и хроническим колостазом. Для этих пациентов было рекомендовано продолжать реабилитационные мероприятия (рисунок 6).



6-рисунок. Ближайшие результаты повторных коррекционных операций

У 98 детей с болезнью Гиршпрунга, которым была проведена первичная операция, выполнены повторные коррекционные операции. Долгосрочные результаты были проанализированы у 83 пациентов (84,6%) в период от 6 месяцев до 5 лет (таблица 7).

Долгосрочные результаты после повторных коррекционных лечебных вмешательств (n=83)

	Хорошо		Удовлетворительно		Неудовлетворительно		Хи-квадрат		
	abs	M±m,%	abs	M±m,%	abs	M±m,%	χ^2	P	
Консервативная терапия	15	18,07±4,22	11	13,25±3,72	7	8,43±3,05	2,909	0,234	
Устранение рубцов	11	13,25±3,72	6	7,23±2,84	4	4,82±2,35	3,714	0,156	
Пластика анального канала гелем «ДАМ+»	3	3,61±2,05	2	2,41±1,68	1	1,2±1,2	1,000	0,607	
Сфинктеротомия	3	3,61±2,05	2	2,41±1,68	1	1,2±1,2	1,000	0,607	
Создание внутреннего неосфинктера	3	3,61±2,05	2	2,41±1,68	0	0±0	0,200	0,655	
Soave ҚОП	2	2,41±1,68	1	1,2±1,2	1	1,2±1,2	0,500	0,779	
Soave - Болея ҚОП	5	6,02±2,61	2	2,41±1,68	1	1,2±1,2	3,250	0,197	
P	$\chi^2 = 25,000; p = 0,000$		$\chi^2 = 20,846; p = 0,002$		$\chi^2 = 12,600; p = 0,027$				
P	X2 Пирсона = 2,232; p = 0,999								

Анализируя долгосрочные неудовлетворительные результаты в зависимости от методики хирургического вмешательства, можно выделить следующее:

- После устранения рубца в области анастомоза у 4 (19,0%) пациентов возникли неудовлетворительные результаты, что связано с тем, что родители пациентов и лечащие врачи по месту жительства не своевременно и корректно выполняли данные рекомендации. У пациентов, которые вовремя пришли на реабилитацию и правильно выполняли бужирование и последующие процедуры, были получены хорошие и удовлетворительные результаты. Полный контроль над реабилитационными мероприятиями обеспечил удовлетворительный исход.

- После пластики анального канала гелем “ДАМ+” у одного пациента возникло нагноение в области инъекции, что потребовало хирургического вскрытия. Этот пациент получил консервативное лечение и наблюдался в диспансере.

- После сфинктеротомии у одного пациента развилась анальная инконтиненция, причиной которой послужила спина бифида. Такому пациенту также были рекомендованы вышеописанные реабилитационные процедуры.

- У пациента, которому была выполнена повторная коррекция методом Soave, возник стеноз в области анастомоза. В раннем послеоперационном периоде у этого пациента развился некроз кишечной культи, который был своевременно устранён. В дальнейшем на 1/3 части анастомоза возник дефицит, вызвавший грубое сужение с образованием рубца. Пациенту была рекомендована плановая бужировка.

- После повторной коррекции методом Soave-Болея у одного пациента (12,5%) наблюдались неудовлетворительные результаты, причиной которых послужили многократные операции в промежностной области, вызвавшие повреждение сфинктерных мышц. Проведённые физиотерапевтические

мероприятия и пластика гелем анального канала дали удовлетворительный результат.

Долгосрочные положительные результаты лечения болезни Гиршпрунга при исследовании с помощью ирригографии показывают, что у 68 (81,9%) пациентов сохраняется однородный диаметр толстой кишки по всей длине и сохраняется гаустрация кишечника. Основной причиной рецидива хронического колостазы после абдоминально-проктопластической операции является недостаточная радикальность проведенного хирургического вмешательства, при первичной операции неправильно оценивались границы аганглиоза при резекции толстой кишки.

В связи с этим следует помнить, что гистоморфологическое исследование перед операцией позволяет определить состояние мышечного слоя, степень изменений стенки кишечника, а также наличие и выраженность склеротических изменений, что дает возможность выбрать наиболее правильную степень резекции толстой кишки.

Таким образом, наше исследование показывает, что при лечении детей с болезнью Гиршпрунга следует отдавать предпочтение минимально инвазивным и лапароскопическим ассистированным абдоминально-проктопластическим операциям, так как они наносят меньше травм и считаются наиболее эффективными с точки зрения радикальности и физиологичности вмешательства. Традиционные хирургические операции характеризуются технической сложностью, недостаточными функциональными возможностями и относительно худшими долгосрочными результатами лечения, иногда требуют повторных коррекционных операций и длительной реабилитации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. При ретроспективном анализе осложнений после первичных абдоминопromeжностных проктопластик у детей с болезнью Гиршпрунга было установлено, что причиной осложнений является необоснованный выбор оперативного вмешательства, метода и способа первичной коррекции.

2. У детей с болезнью Гиршпрунга основной причиной часто встречающихся осложнений после первичных абдоминопromeжностных проктопластик являются тактические и технические ошибки во время операции, а также оставление зоны гипоганглиоза в результате резекции нездорового участка толстого кишечника.

3. При коррекции послеоперационных осложнений у детей с болезнью Гиршпрунга вмешательства, направленные на восстановление анатомического единства аноректальной области и сфинктерно-мышечного комплекса, следует рассматривать как рациональный метод.

4. Анализ результатов хирургической коррекции послеоперационных осложнений у детей с болезнью Гиршпрунга показал, что в раннем послеоперационном периоде хорошие и удовлетворительные результаты были достигнуты в 93,7% случаев, а в отдаленном периоде – в 87,4%. Достижение высоких функциональных результатов можно объяснить правильным выбором оперативной тактики и полноценным восстановлением анатомических структур малого таза.

**ONE-TIME SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01
FOR THE AWARDING OF ACADEMIC DEGREES AT ANDIJAN
STATE MEDICAL INSTITUTE**

TASHKENT STATE MEDICAL UNIVERSITY

NEMATOV ALISHER SHERMUKHAMMADOVICH

**CAUSES OF COMPLICATIONS AFTER ABDOMINAL
INTERVENTIONAL PROCTOPLASTY IN HIRSCHSPRUNG'S DISEASE
IN CHILDREN AND METHODS OF THEIR CORRECTION**

14.00.35 – Pediatric surgery

**DOCTOR OF PHILOSOPHY IN PHYSICAL SCIENCES (PhD)
DISSERTATION ABSTRACT**

ANDIJAN - 2025

The time of the dissertation of the Doctor of Philosophy (PhD) was registered by the Higher Attestation Commission at the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under №B2024.2.PhD/Tib4738.

The dissertation was completed at the Tashkent State medical university.

The dissertation abstract is available in two languages (Uzbek, Russian, English (resume)) on the website of the Scientific Academic Council (www.adti.uz) and on the Information and education portal "ZiyoNet" (www.ziyo.net).

Research consultant:	Ollabergenov Odilbek Tojiddinovich doctor of medical science, docent
Official opponents:	Ergashev Bakhtiyor Berdialievich doctor of medical science, professor Sapaev Otabek Kodirovich doctor of medical science, docent
Leading organization:	Samarkand state medical university

The dissertation will be defended on «___» _____ 2025 at ___ p.m. hours at the meeting of the One-time scientific council on the base of Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 at the Andijan State Medical Institute (Address: 170100, Andijan c., Yu. Atabekov str. 1; Phone/fax: (+998) 74-223-94-50; e-mail: info@adti.uz).

Dissertation defense Andijan State Medical Institute Information Resource Center (Address: 170100, Andijan city, Y. Atabekova street , building 1; Tel/fax: (+998) 74-223-94-50;

The abstract of the dissertation was distributed on "___" _____ 2025.
(Report of the digital register of _____ in "___" _____ of 2025).

M.M. Madazimov

Chairman of the academic council awarding scientific degrees, doctor of medical sciences, professor

M.F. Nishanov

Scientific secretary of the scientific council on awarding of the scientific degrees, doctor of medical sciences, doctor of medical sciences, professor

B.R. Abdullajanov

Chairman of the scientific seminar of the scientific council awarding scientific degrees, doctor of medical sciences, professor

INTRODUCTION (abstract of PhD dissertation)

The aim of the study is to early diagnose postoperative complications and improve the results of surgical correction of Hirschsprung's disease in children.

The object of the study was 266 patients aged 4 months to 18 years who underwent inpatient treatment for various forms of Hirschsprung's disease at the Tashkent Pediatric Medical Institute in 2020–2025.

The scientific novelty of the research is as follows:

based on sufficient clinical data, the results of abdominoperineal proctoplasty for Hirschsprung's disease in children were analyzed. It was established that the main causes of postoperative complications, depending on the initial method used, are: an unjustified choice of the initial correction method, tactical and intraoperative errors, and leaving a hypoganglionosis site due to incomplete resection of the pathologically altered section of the colon.

indications and contraindications for endoscopic biopsy of various sections of the colon to identify residual aganglionosis in recurrent Hirschsprung's disease were refined.

it was substantiated that, when choosing methods for radical reconstructive correction of postoperative complications in children with Hirschsprung's disease, the best results are achieved with interventions aimed at restoring the anatomical integrity of the anorectal area and the sphincter-muscular complex;

the clinical effectiveness of individualized methods of conservative therapy and rehabilitation carried out after repeated reconstructive corrective surgeries in children with Hirschsprung's disease has been proven.

Implementation of the research results. According to the conclusion of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan on the implementation of the results of scientific research into practice, based on the minutes of meeting No. 19 of June 10, 2025:

the first scientific novelty: the results of abdominoperineal proctoplasty for Hirschsprung's disease in children were analyzed based on sufficient clinical material, and it was established that the main causes of postoperative complications, depending on the initially performed method, are: an unreasonable choice of the initial correction method, tactical and intraoperative errors, as well as leaving a hypoganglionosis area due to incomplete resection of the pathologically altered section of the colon. A computer program based on a scoring scale was created, which helps to increase the accuracy of diagnosing Hirschsprung's disease in children, and DGU certificate No. 38839 was obtained. The research results were implemented in the practice of the Neonatal Surgery Department of the Republican Perinatal Center by the order of the director No. 122 dated March 27, 2025, and in the practice of the Surgery Department of the clinic of the Urgench branch of the Tashkent Medical Academy by the order of the chief physician No. 10-I dated March 27, 2025. Social impact of scientific innovation: The proposed computer program, based on a scoring scale for obtaining laparoscopic step biopsy for Hirschsprung disease and improving diagnostic accuracy, enabled an accurate diagnosis of the disease and the correct determination of the extent of bowel resection, thereby

improving surgical outcomes and, most importantly, quality of life. Economic impact of scientific innovation: laparoscopically assisted aganglionic region resection using the Swenson method was performed as a primary procedure in 17 (7.4%) patients with rectal and rectosigmoid forms of Hirschsprung disease. When determining the extent of colon resection based on the step biopsy results, the normogangliosis zone was clarified. As a result of these surgeries, these patients experienced restoration of normal bowel movements and improved social adaptation. Conclusion: Thus, it has been scientifically proven that to reduce the incidence of postoperative complications in Hirschsprung's disease, it is necessary to correctly select the surgical method and perform a stepwise biopsy to determine the extent of resection.

the second scientific innovation: the indications and contraindications for endoscopic biopsy of various sections of the colon to identify residual aganglionosis in recurrent Hirschsprung's disease have been refined. The study results have been implemented in the practice of the Neonatal Surgery Department of the Republican Perinatal Center by Order No. 122 of the Director dated March 27, 2025, and in the practice of the Surgery Department of the Urgench Branch Clinic of the Tashkent Medical Academy by Order No. 10-I of the Chief Physician dated March 27, 2025. Social impact of the scientific innovation: Using the Swenson method, performed with laparoscopic assistance, Hirschsprung's disease was eliminated in 17 patients, of which 11.7% (i.e., 1 patient experienced partial retraction of the prolapsed colon and 1 patient had signs of enterocolitis). Thanks to conservative treatment measures, these complications were eliminated, and the patients' quality of life improved. Cost-effectiveness of the scientific innovation: It was found that after laparoscopically assisted surgeries, patients quickly recovered and did not require prolonged stays in the intensive care unit, which, in turn, reduced the average hospital stay to 10.45 ± 0.59 . After abdominal proctoplasty, this figure was 17.68 ± 0.64 hospital days. The cost of inpatient treatment per 1 bed-day is 133,238 soums. The total cost of treating patients after laparoscopically assisted surgeries averaged $10.45 \times 133,238 = 1,392,337$ soums, and after abdominal proctoplasty surgeries - $17.68 \times 133,238 = 2,355,647$ soums. This shows that the cost-effectiveness for 1 patient in the main group was 963,210 soums. Conclusion: Thus, it has been proven that minimally invasive and laparoscopically assisted abdominoperineal proctoplasties are advantageous in treating Hirschsprung's disease in children, since their low traumatic nature is the most effective in terms of physiological intervention. The cost-effectiveness of the Swenson method, performed with laparoscopic assistance, primarily includes cosmetic effectiveness, a low percentage of postoperative complications, a reduction in the length of patient stay in hospital and their rapid recovery.

the third scientific novelty: it has been substantiated that, when choosing methods of radical reconstructive correction of postoperative complications in children with Hirschsprung's disease, the best results are provided by interventions aimed at restoring the anatomical unity of the anorectal zone and the sphincter-muscular complex. The research results have been implemented in the practice of

the Neonatal Surgery Department of the Republican Perinatal Center by the order of the director No. 122 dated March 27, 2025 and in the practice of the Surgery Department of the clinic of the Urgench branch of the Tashkent Medical Academy by the order of the chief physician No. 10-I dated March 27, 2025. Social effectiveness of scientific novelty: When analyzing the immediate and remote postoperative results using the developed program, the following was revealed: analysis of the results of surgical correction of postoperative complications in Hirschsprung's disease in children showed that in the immediate period, good and satisfactory results were obtained in 93.7% of cases, and in the remote period this figure was 87.4%. Cost-effectiveness of scientific innovation: the advantage of the program for assessing the treatment outcomes of Hirschsprung's disease in children using a scoring scale lies in its ease of use. Both doctors and parents can install the program on their mobile devices and analyze the results, noting their child's symptoms. This can improve the quality of life and lifestyle of patients through timely outpatient or inpatient treatment. Conclusion: Based on the conducted research and the obtained results, the computer program "Assessment of the treatment outcomes of Hirschsprung's disease in children using a scoring scale" was granted DGU Certificate No. 49707, registered with the Intellectual Property Agency of the Republic of Uzbekistan on April 16, 2025. While numerous efforts are currently being made to create artificial intelligence, the development of this program allows for the accurate and rapid assessment of treatment outcomes for Hirschsprung's disease in children using a scoring scale. Simply define the examination methods specified in the assessment parameters and the degree of change in constipation, incontinence, or lifestyle in the patient, mark them in the program, and click the "Result" button. The program not only evaluates the patient's surgical outcome but also recommends a plan for further necessary interventions.

fourth scientific innovation: the clinical efficacy of individualized conservative therapy and rehabilitation methods performed after repeat reconstructive surgeries in children with Hirschsprung disease has been proven. The study results have been implemented in the practice of the Neonatal Surgery Department of the Republican Perinatal Center by Order No. 122 of the Director dated March 27, 2025, and in the practice of the Surgery Department of the Urgench Branch Clinic of the Tashkent Medical Academy by Order No.10-I of the Chief Physician dated March 27, 2025. Social impact of the scientific innovation: using "Bowel Management" (University of Colorado School of Medicine, 2025), individualized therapy was developed for 38 patients based on the nature of complications identified during conservative treatment. Specifically, 11 patients were diagnosed with stenosis in the anastomotic area. The conservative treatment program for these patients included: calibration bougienage for cicatricial stenosis of the anal opening (the duration of bougienage depends on the degree and length of stenosis), and laxative doses selected individually based on age and until stool type 3 and 4 were achieved on the Bristol scale. The use of these comprehensive conservative treatment programs allowed patients to feel more at ease in society and improve their social adaptation. Cost-effectiveness of scientific innovation: An analysis of the immediate outcomes of 98

patients receiving corrective treatment yielded the following results: 38 patients receiving conservative treatment underwent full medical observation, and their parents were advised of the need for timely rehabilitation measures. As a result of timely and appropriate treatment, 33 (86.8%) patients achieved good and satisfactory results. In 5 patients (13.2%), the unsatisfactory outcome was due to incomplete resolution of stenosis in the anastomotic area by bougienage, ongoing enterocolitis, and chronic colostasis. These patients were deemed to require continued rehabilitation. Conclusion: Thus, good short- and long-term outcomes can be achieved through the use of an effective, comprehensive method of conservative therapy and rehabilitation aimed at improving quality of life in patients with Hirschsprung disease. Through collaborative efforts between the physician and parents, patients can quickly return to a normal lifestyle and reduce the incidence of disability.

The structure and scope of the thesis. The dissertation consists of an introduction, four chapters, conclusions, practical recommendations, a list of used literature. The volume of the thesis is 162 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Нарбаев Т.Т., Тураева Н.Н., Нематов А.Ш., Рашидов Ж.К., Хотамов Х.Н., Холметов Ш.Ш. Реабилитация детей после лапароскопической трансанальной операции по типу Сенсона при болезни Гиршпрунга у детей // Тиббиётда янги кун. – Ташкент, 2023. - 10(60). – С. 192-197. (14.00.00; №22)

2. Нарбаев Т.Т., Рахматуллаев А.А., Нематов А.Ш. Основные критерии стандартов диагностики и лечения болезни Гиршпрунга у детей // Тиббиётда янги кун. – Ташкент, 2024. - 4(66). – С. 283-289. (14.00.00; № 22)

3. Ollabergenov O.T., Terebaev B.A., Nematov A.Sh. A comparative study of the surgical procedures to treat Hirshprung disease in children // Science and innovation. – 2024. – vol. 3. – Issue. 4. – P. 64-68. (14.00.00; O'z OAK ning 13.06.2022 yildagi №01-07/1368 sonli javob xati)

4. Оллабергенов О.Т., Теребаев Б.А., Нематов А.Ш. Трансанальное эндоректальное оперативное вмешательство по De La Torre Mondragon как метод выбора у детей младшего возраста при болезни Гиршпрунга // Журнал биомедицины и практики. – Ташкент, 2024. - vol. 9. – ISSUE.4 – С. 169-175. (14.00.00; № 24)

5. Оллабергенов О.Т., Теребаев Б.А., Нематов А.Ш., Тожиев Ж.Ш. Болаларда Гиршпрунг касаллигида операциядан кейинги асоратлар тахлили // Педиатрия. – Ташкент, 2025. - № 2. – С. . (14.00.00; № 16)

6. Ollabergenov O.T., Terebaev B.A., Nematov A.Sh. Optimization of surgical treatment for rectal and rectosigmoidal forms of Hirsprung's disease in preschool children // American Journal of Medicine and Medical Sciences. – 2024. – vol. 14(7). – P. 1777-1780 (14.00.00; № 2)

II бўлим (II часть; II part)

7. Ollabergenov A.T., Nematov A.Sh. Bolalarda Girshprung kasalligida optimal davo uslubini tanlash // Uslubiy tavsiyanoma – Toshkent, 2025 – 24 bet.

8. Terebayev B.A., Ollabergenov A.T., Nematov A.Sh. №DGU 38839. Bolalarda Girshprung kasalligini ball shkalasi bo'yicha diagnostic kriteriyalari. – Toshkent. 27.05.2024.

9. Terebayev B.A., Ollabergenov A.T., Nematov A.Sh. №DGU 49707. Bolalarda Girshprung kasalligida davolash natijalarini ball shkalasi bo'yicha baholash. – Toshkent. 16.04.2025.

10. Allabergenov O.T., Nematov A.Sh. The Choice of surgical treatment for Hirshprung's disease in children // Bulletin of Environment Pharmacology and Life Sciences. – 2023. – vol. 12(4). – March. – P. 100-104.

11. Оллабергенов О.Т., Нематов А.Ш. Этиопатогенетические факторы хронического колостазы при болезни Гиршпрунга у детей // *Zamonaviy tibbiyot jurnali*. – Andijon, 2025. – maxsus son. - 193-203 betlar.

12. Turaeva N.N., Terebaev B.A., Nematov A.Sh. The role of laparoscopy in the treatment of children with Hirschsprung disease // 1st Elsa spring meeting 2023 MIS on The Silk Road. - 27-29 April 2023. - Samarkand. Poster

13. Нарбаев Т.Т., Оллабергенов О.Т., Тураева Н.Н., Нематов А.Ш. Преимущества лапароскопической коррекции болезни Гиршпрунга у детей // IV – международный конгресс детских хирургов Республики Узбекистан «Современные технологии в диагностике и лечения хирургических патологии детского возраста» Ташкент. – 31 мая 1-2 июня 2024 года. – С. 186-187.

14. Оллабергенов О.Т., Теребаев Б.А., Нематов А.Ш. Хирургического лечения ректальных и ректосигмодных форм болезни Гиршпрунга у детей // Профилактик тиббиётда юкори инновацион технологияларни қўллаш. – Андижон. – 30 апрел 2025 йил.

15. Ollabergenov O.T., Terebaev B.A., Nematov A.Sh. Treatment of hirschsprung's disease in children // European journal of science archives conferences series/ Konferenzreihe der europäischen Zeitschrift für Wissenschaftsarchive. Aachener, Germany 2025, July-September. P.110-111.

16. Ollabergenov O.T., Terebaev B.A., Nematov A.SH. Analysis of abdominoperineal proctoplasty in children with hirschsprung's disease // Международная научно-практическая конференция Современные научные решения актуальных проблем. Сборник тезисов научно-практической конференции г. Ростов-на-Дону 2025 г. Стр.59-60. DOI <https://doi.org/10.5281/zenodo.17309126>.

Автореферат « _____ » журналі
таҳририятида таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар
ўзаро мувофиқлаштирилди.

Босмахона лицензияси:



9338

Бичими: 84x60 ¹/₁₆. «Times New Roman» гарнитураси.
Рақамли босма усулда босилди.
Шартли босма табағи: 3,5. Адади 100 донa. Буюртма № 32/25.

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