

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

ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

РЎЗМАТОВ ИЗЗАТБЕК БАХТИЁРОВИЧ

**ЧАҚАЛОҚЛАРДА ОМФАЛОЦЕЛЕНИ ТАШХИСЛАШ ВА
ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ УСУЛИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.35 – Болалар хирургияси

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

ТОШКЕНТ - 2019

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Рўзматов Иззатбек Бахтиёрович

Чақалоқларда омфалоцелени ташхислаш ва жарроҳлик даволаш
усулини такомиллаштириш..... 3

Рузматов Иззатбек Бахтиёрович

Совершенствование диагностики и хирургического лечения омфалоцеле
у новорожденных 21

Ruzmatov Izzatbek Baxtiyorovich

Improvement diagnosis and surgical treatment omphalocele at
newborns..... 39

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works..... 43

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

ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

РЎЗМАТОВ ИЗЗАТБЕК БАХТИЁРОВИЧ

**ЧАҚАЛОҚЛАРДА ОМФАЛОЦЕЛЕНИ ТАШХИСЛАШ ВА
ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ УСУЛИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.35 – Болалар хирургияси

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

ТОШКЕНТ - 2019

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида №В2017.3.PhD/Tib381 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент педиатрия тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифасида (www.rscs.uz) ва «Ziyonet» ахборот таълим порталида (www.ziyonet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:	Эргашев Бахтиёр Бердалиевич тиббиёт фанлари доктори
Расмий оппонентлар:	Эргашев Насриддин Шамсиддинович тиббиёт фанлари доктори, профессор Шамсиев Азамат Мухиддинович тиббиёт фанлари доктори, профессор
Етакчи ташкилот:	Абу Али Ибн Сино номидаги Тожикистон давлат тиббиёт университети

Диссертация ҳимояси Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази ва Тошкент тиббиёт академияси ҳузуридаги DSc.27.06.2017.Tib.49.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2019 йил «___» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100115, Тошкент шаҳри, Кичик ҳалқа йўли 10-уй. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru, Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази мажлислар зали).

Диссертация билан Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (70 - рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 100115, Тошкент шаҳри Кичик ҳалқа йўли 10-уй. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Диссертация автореферати 2019 йил «___» _____ куни тарқатилди.
(2019 йил «___» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси)

Ф.Г. Назиров

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

А.Х. Бабаджанов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори

А.В. Девятов

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, «болалар ўлимлари орасида ҳаётининг биринчи ойида ўлган чақалоқлар улуши айниқса катта бўлиб, 40-65% ни ташкил қилади, уларнинг аксарияти зудлик билан хирургик амалиётни талаб қилувчи туғма нуқсонлардан иборатдир»¹. Омфалоцеле ёки киндик тизимчасининг чурралари кўрсатилган оғир нуқсонлардан бири ҳисобланиб, бошқа барча туғма аномалиялар орасида 1,6-3,2% ҳолларда учрайди. Ўз вақтида даволанмаса, ўлим кўрсаткичи 100% гача етиши мумкин. Ушбу ривожланиш нуқсонини даволашнинг яқка умумқабул қилинган усули ҳануз мавжуд эмас. «Катта ва гигант омфалоцелеларни даволашга ёндашувларда, айниқса, катта фарқланишлар мавжуд бўлиб, висцеро-абдоминал диспропорция кучли ифодаланган ҳолатлар маҳаллий тўқималарни қўллаган ҳолда қориннинг олд деворини радикал пластикасини бажаришни чеклаб қўяди»². Бундай ҳолларда амалиёт бажариш пастки кавак венанинг босилиш синдроми ёки компартмент синдроми ривожланиши туфайли жиддий асоратларга, кўпинча, ўлимга олиб келади. Ушбу ҳолатларнинг олдини олиш мақсадида турли синтетик ямоқларни қўллаган ҳолда пластик усулларнинг турли вариантлари қўлланади. Бирок, синтетик ямоқларни қўллаган ҳолда пластик усулларнинг турли вариантларини қўллашга кўрсатмалар бир қатор ҳолларда асосланмаган бўлиб, натижада амалиётдан кейин жиддий асоратлар ривожланиши мумкин, шу сабабли, ушбу йўналишда олиб борилаётган тадқиқотларни давом эттириш истиқболли ҳисобланади.

Дунё амалиётида бугунги кунда омфалоцеле патогенезининг турли жиҳатларини очиб беришга қаратилган кўп марказли илмий тадқиқотлар давом эттирилмоқда, хусусан, ушбу патологиянинг ривожланишига икки омилнинг – ичакнинг ҳомила ичи бурилишининг биринчи даврининг бузилиши ва қорин олд девори шаклланиш жараёнининг бузилиши ўрганилмоқда. Эмбриогенезнинг эрта босқичларида нуқсоннинг шаклланиши ҳомила организмида патоморфологик ва патофизиологик ўзгаришлар ривожланишига олиб келади, шу сабабли, қорин олд девори нуқсонларининг, айниқса шу даврда ҳосил бўлишининг сабаб-оқибат муносабатлари фаол ўрганиб борилмоқда. Сариклик йўлининг ўз вақтида ёпилмаслиги, ва натижада, ичак бурилиши жараёнининг бузилиши, аъзоларнинг бир қисми киндик қобикларида қолиб, қорин олд девори меъёрда ёпилишига тўсқинлик қилиши фонида киндик тизимчаси чурраси ривожланишининг патоморфологик таҳлили давом эттирилмоқда.

Ҳозирги вақтда мамлакатимиз соғлиқни сақлаш тизимида аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш сифатини тубдан яхшилаш ва кўламини сезиларли

¹ World Health Organization. Neonatal Surgeri: fact sheet no. 12. World Health Organization website, 2017. <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs12/en>, accessed February 14.

² Aljhdali AH, AL-Buainain HM, Skarsgard ED. Staged closure of a giant omphalocele with amnion preservation, modified technique //Saudi Med J.- 2017.- Vol. 38 (4). –P. 422-424.

кенгайтириш бўйича кенг қамровли мақсадли чора-тадбирлар амалга оширилган, хусусан, омфалоцеле билан болаларни хирургик даволаш сифатини яхшилашда ҳам муайян ижобий натижаларга эришилган. «2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлар бўйича ҳаракатлар стратегиясида аҳолининг заиф гуруҳларининг тўлақон ҳаёт кечиришини таъминлаш мақсадида тиббий-ижтимоий ёрдам тизимини ривожлантириш ва такомиллаштириш вазифалари белгиланган»³. Бунга мувофиқ равишда, чақалоқларда омфалоцелени ташхислашни оптималлаштириш ва хирургик амалиёт радикаллигини кенгайтириш йўли билан уни хирургик даволаш натижаларини яхшилаш тадқиқотлар учун долзарб йўналишлардан бири бўлиб ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 16 мартдаги ПФ-4985-сон «Шошилиш тиббий ёрдамни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Фармони, 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарори, Вазирлар Маҳкамасининг 2017 йил 10 майдаги 266-сон «Жамият саломатлиги ва соғлиқни сақлашни ташкил этиш илмий-тадқиқот институти фаолияти тўғрисида»ги қарори ва бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

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

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Киндик тизимчасининг чурраси кам учрайдиган ривожланиш нуқсонлари қаторига киради ва ўртача 3000-10000 та чақалоқдан бирида учради, турли даволаш усулларининг қўлланишига қарамай, ўлим кўрсаткичининг 25% дан 80% гача юқори бўлиши билан тавсифланади (Glasser JG⁴). Шу сабабли, омфалоцеле қорин олд девори ривожланиши туғма нуқсонларининг энг мураккабларидан бири бўлиб ҳисобланади. Santana S⁵ фикрига кўра, «консерватив ва оператив даволашнинг оқибатлари турлича: кичик ўлчамдаги омфалоцеледа яхши бўлишидан тортиб, гигант ўлчамдаги чурраларда висцеро-абдоминал диспропорцияни ҳал қилиш критик даражада мураккаб бўлгани сабабли ёмон натижалар бўлиши мумкин». Ҳозирги вақтда қорин олд девори патологиясини ташхислашда антенатал УТТ «олтин стандарт» бўлиб ҳисобланади ва унинг сезгирлиги 70-100% ни ташкил этади. Ҳомиладорларда антенатал ташхислаш усулларини такомиллаштириш ушбу нуқсон

³Ўзбекистон Республикаси Президентининг «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги ПФ-4947- сонли Фармони, ЎЗР Қонун Ҳужжатлари тўплами 2017 йил.

⁴ Glasser JG. Pediatric Omphalocele and Gastroschisis // <https://emedicine.medscape.com>. Feb 06, 2017;

⁵ Santana S, Salci T, Andriato P, et al. Diagnosis and management of a fatal case of sepsis caused by Candida parapsilosis sensu in a neonate with omphalocele //Medical Mycology Case Reports. – 2018. – Vol. 20. – p. 10–14.

аниқланишининг ортишига олиб келди, лекин, аввалгидек унинг имкониятлари етарлича ўрганилмаган ҳисобланади.

Arunagiri V⁶ фикрига кўра, «ҳомилани антенатал ультратовуш ташхислаш ҳомиладорликни сақлаб қолиш ёки тўхтатиш масаласини ҳал қилиш, ривожланишнинг кўп сонли нуқсонларини аниқлаш, ушбу аномалиялар аниқланган болаларни туғдириб олиш муддати ва турларини аниқлаш учун катта аҳамиятга эга». Адабиётлардаги маълумотларга кўра, ушбу нуқсонларни ташхислаш учун минимал муддат 12 ҳафта ± 3 кун ҳисобланади. Нуқсон аниқланмаслигининг сабабларидан уларни аниқлаш аниқ тизимининг йўқлиги, маслаҳат марказларига ҳомиладор аёлларнинг камчилиги келиши ва ушбу патологияни аниқлашда мутахассислар малакасининг етарли эмаслиги. Постнатал ташхислаш, постнатал кузатиш схемалари ва хирургик амалиётларга кўрсатмалар ҳануз жуда аҳамиятли ва кам ўрганилган масалалардан бўлиб қолмоқда. Аллотрансплантат сифатида биологик субстратлар (ксеноперикард, лиофилланган қаттиқ мия пардаси) асосида синтетик ямоқларни қўллаган ҳолда пластика турли вариантларини қўллаш натижаларини таҳлил қилиш бўйича тадқиқотлар яна бир аҳамиятли йўналишлардан бўлиб қолмоқда (Conner P⁷). Бироқ, ҳозирги вақтда омфалоцеле билан чақалоқларни оператив даволашда ушбу усул илмий асослаб берилмаган.

Ўтказилган адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, омфалоцеледа даволаш-ташхислаш тактикаси ҳозирги даврда замонавий неонатал хирургиянинг долзарб ва охиригача ҳал қилинмаган муаммоларидан бири бўлиб ҳисобланади. Қоникарсиз натижаларнинг сезиларли улуши, чурранинг ўлчамлари ва касалликнинг клиник кечишини ҳисобга олган ҳолда даволашнинг оптимал усули, биринчи ёрдам турини танлаш мавжуд эмаслиги ушбу йўналишда тадқиқотларни давом этиш долзарблигини кўрсатади. Таъкидлаб ўтилганлар омфалоцелени ташхислаш ва хирургик даволашга оптимал ёндашувларни ишлаб чиқиш ва неонатал хирургик амалиётга татбиқ этиш зарурлигини белгилаб беради.

Диссертация тадқиқотнинг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Тошкент педиатрия тиббиёт институти тлмий-тадқиқот ишлари режаларининг «Болаларда туғма ва орттирилган касалликларни ташхислаш, даволаш ва профилактика усулларини такомиллаштириш» мавзусидаги 01980006703-сон (2015-2017йй.) илмий-тадқиқот ишлар режаси доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади чақалоқларда омфалоцелени диагностикаси ва хирургик даво усулларини такомиллаштириш асосида даво натижаларини яхшилаш.

⁶ Arunagiri V, Padmanabhan R, Mayandi P. A short term analysis of surgical management of umbilical and paraumbilical hernia //Turk J Surg. – 2018.- Vol. 34. – p. 21-23.

⁷ Conner P, Vejde HJ, Burgos MC. Accuracy and of prenatal diagnosis in infants with omphalocele //Pediatric Surgeri Internayional.- 2018. – Vol. 34. –p. 629-633.

Тадқиқотнинг вазифалари:

омфалоцелени анте- ва постнатал ташхислаш натижаларини таҳлил қилиш ва бошқа туғма аномалиялар таркибида ушбу нуқсоннинг учрашини аниқлаш;

ҳомилада омфалоцеле аниқланганида ҳомиладорликни сақлаб қолиш ёки тўхтатишга кўрсатма ва қарши кўрсатмаларни ишлаб чиқиш;

чақалоқларда омфалоцеледа туғруқ мажмуасида ва ихтисослаштирилган ёрдам кўрсатиш учун йўналтириш босқичларида биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш алгоритминини ишлаб чиқиш;

висцеро-абдоминал диспропорцияни ҳисобга олган ҳолда омфалоцеленинг турли шаклларида қорин олд девори пластикасининг янги усули ва оптимал даволаш тактикасини ишлаб чиқиш;

чақалоқларда омфалоцеле турига боғлиқ равишда нуқсонни хирургик даволашнинг яқин ва узоқ муддатдаги натижаларини ўрганиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида Республика перинатал маркази қошидаги Республика неонатал хирургия ўқув-даволаш-методик марказида 2006-2017 йилларда омфалоцеле билан туғилган 103 нафар чақалоқлар хизмат қилган.

Тадқиқотнинг предмети омфалоцелени хирургик даволаш босқичларида болалар соматик ҳолати ва ҳазм тизими аъзоларининг анатом-функционал ҳолатининг комплекс баҳолаш натижалари ташкил қилган.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотнинг мақсадига эришиш ва қўйилган вазифаларни ечиш учун ушбу усуллардан фойдаланилди: клиник, инструментал (ҳомиладор ва ҳомилани УТТ, ички аъзолар ва чурра қопи таркибини постнатал УТТ, нейросонография, эхокардиография, қорин бўшлиғи умумий рентгенографияси, ошқозон-ичак тизимининг контрастли текшириш), биокимёвий, умумий клиник ва статистик текширув усуллари қўлланилди.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

чақалоқларда қорин олд девори турли нуқсонларида вицеро-абдоминал диспропорцияни коррекция қилишнинг хирургик жиҳатларининг оптималлаштирувчи катта ўлчамли омфалоцелени даволаш усули ишлаб чиқилган;

висцеро-абдоминал диспропорция даражаси, чурра ўлчамлари, соматоневрологик фон ва ёндош нуқсонлар оғирлигига боғлиқ равишда омфалоцеле кечишининг оғирлигини баҳолаш мезонлари аниқлаштирилган;

бошқа туғма аномалиялар орасида омфалоцеленинг қиёсий ўрни белгиланган ҳамда ёндош нуқсонлар ва қорин олд девори нуқсони ўлчамлари ўртасидаги боғлиқлик исботланган;

анте- ва постнатал тадқиқотлар асосида қорин олд девори ривожланиш нуқсонлари ва омфалоцелега энг кўп ёндошлик қилувчи бошқа туғма нуқсонлар билан болалар туғилишининг хавф омиллари аниқланган;

ҳомиладорликни сақлаб қолиш ёки тўхтатишга кўрсатмаларни аниқлаштиришга ёрдам берувчи омфалоцелега ёндош аномалиялар

оғирлигини прогностик баҳолаш учун антенатал скринингнинг ультратовуш жиҳатлари очиб берилган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

чақалоқларда омфалоцеле бўлганида акушерлик ва биринчи ёрдам, йўналтириш вариантлари ҳамда оптимал даволаш тактикасини танлаш алгоритмлари ишлаб чиқилган;

ҳомилада омфалоцеле ва ёндош туғма ривожланиш нуқсонлари оғирлигига боғлиқ равишда эрта антенатал даврда ҳомилдорликни тўхтатишга кўрсатмалар аниқланган;

қорин олд девори ривожланиш нуқсонлари ва бошқа ёндош ривожланиш аномалияларини эрта антенатал ташхислаш учун ҳомилани ультратовуш скрининг самарадорлиги аниқлаштирилган;

кучли висцеро-абдоминал диспропорциялари бўлган чақалоқларда амалиётдан кейинги асоратлар частотасини ва ўлим кўрсаткичини қисқартириш имконини берувчи катта ўлчамдаги омфалоцелени оптимал хирургик коррекция усули ишлаб чиқилган.

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

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти чақалоқларда омфалоцелени ташхислашнинг замонавий усуллари ва хирургик даволаш вариантларини қўллаш билан тасдиқланган. Қорин олд девори ривожланиш аномалиялари ва омфалоцелега энг кўп ҳолларда ҳамроҳ бўлувчи туғма аномалиялар билан болаларнинг туғилиш хавф омиллари аниқланган ва бу мақсадга йўналтирилган анте- ва постнатал текширувлар ўтазиш имконини берган. Нуқсоннинг шаклига боғлиқ равишда хирургик даволаш усулини танлашда дифференциал ёндашувнинг мақсадга мувофиқлиги ва самарадорлиги исботланган. Чақалоқларда омфалоцеле ва бошқа ёндош ривожланиш аномалиялари эрта антенатал даврда аниқланганида ҳомилдорликни тўхтатишга кўрсатмалар аниқланган. Ишнинг айрим натижалари чақалоқларда омфалоцелени ташхислаш ва хирургик даволаш бўйича мавзуларда курсантларни ўқитиш дастурининг таркиби ва структурасини такомиллаштириш имконини беради.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, чақалоқларда омфалоцеле бўлганида таклиф этилган акушерлик ёрдами спектри ва йўналтириш вариантларини аниқлаштирувчи ҳамда даволаш тактикасининг оптимал вариантини танлаш алгоритмлари даволаш натижаларини сезиларли яхшилаш имконини берган. Висцеро-абдоминал диспропорция даражаси, чурра ўлчамлари, соматоневрологик фон ва ёндош нуқсонлар оғирлигига боғлиқ равишда омфалоцелени даволашнинг турли

усулларига ўрсатмалар ишлаб чиқилган. Кучли висцеро-абдоминал диспропорция билан катта ўлчамли омфалоцелени самарали коррекция усули таклиф этилган.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Чақалоқларда омфалоцеленинг ташхислаш ва даволаш натижаларини яхшилашга бағишланган тадқиқот бўйича олинган илмий натижалар асосида:

«Чақалоқларда катта ўлчамдаги омфалоцелени даволаш усули»га Интеллектуал мулк агентлигининг ихтирога патенти олинган (№IAP 05314, 2016 йил). Тавсия этилган усул катта ўлчамдаги омфалоцелени даволашнинг бевосита натижаларини яхшилаш ва амалиётдан кейинги асоратлар частотасини қисқартириш имконини берган;

«Чақалоқларда омфалоцелени ташхислаш ва даволаш усулини танлаш» услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 20 июндаги 8н-д/151-сон маълумотномаси). Таклиф этилган тавсиялар омфалоцелени ташхислаш сифатини яхшилаш, қорин олд девори ривожланиши аномалияларини барвақт антенатал аниқлаш мезонларини оптималлаштириш имконини берган;

чақалоқларда омфалоцелени ташхислаш ва хирургик даволашни яхшилашга бағишланган тадқиқотнинг олинган илмий натижалари соғлиқни сақлаш амалий фаолиятига, хусусан, Республика перинатал марказининг Неонатал хирургия маркази, Тошкент шаҳри 1-сон болалар касалхонасининг болалар хирургияси бўлими амалий фаолиятига (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 20 июндаги 8н-д/151-сон маълумотномаси) татбиқ этилган. Олинган натижаларни соғлиқни сақлаш амалиётига татбиқ этиш омфалоцелени барвақт антенатал ташхислаш имкониятини ошириш, даволашнинг бевосита ва узоқ муддатдаги натижаларини яхшилаш, амалиётдан кейинги асоратлар частотасини 52,1% дан 30,9% гача ва ўлим кўрсаткичини 43,8% дан 20% гача камайтириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Тадқиқот натижалари 6 та илмий-амалий конференцияларда, жумладан 2 та ҳалқаро ва 4 та республика конференциясида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши. Диссертация мавзуси бўйича жами 23 та илмий иш чоп этилган, шу жумладан, 5 та мақола, улардан 4 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда, барчаси Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссияси докторлик диссертацияларининг асосий илмий натижаларини эълон қилиш учун тавсия этган илмий нашрларда чоп этилган.

Диссертация тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, бешта боб, хулосалар, хотима ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. Диссертация ҳажми 112 бетни ташкил этади.

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 **“Омфалоцеле билан касалланган беморларни клиник кечиши, ташхислаш ва даволаш ҳолатларига замонавий ёндашувлар”**, деб номланган биринчи бобида омфалоцеленинг умумий ва долзарб масалалари, омфалоцеле эмбриогенези, пренатал ташхислаш ва омфалоцелени таснифи, клиник кечиши, асоратлари ва ташхислаш, жарроҳлик даволашга қаратилган замонавий қарашларга бағишланган адабиётлар таҳлили баён этилган. Мунозараларга сабаб бўлган ва келгусида ишлаб чиқишни талаб этувчи баҳсли масалалар таҳлил қилинган.

Диссертациянинг **“Клиник материаллар ва тадқиқот усулларига умумий тавсиф”**, деб номланган иккинчи бобида тадқиқот материаллари ва усуллари баён этилган. Тадқиқот ТошПТИ госпитал болалар хирургияси, болалар онкологияси кафедрасининг клиник базаси – Республика перинатал маркази қошидаги Республика неонатал хирургия ўқув-даволаш-методик марказида 2006-2017 йилларда омфалоцеле билан даволанган 103 нафар чақалоқда олиб борилди. Улардан 45 (44%) нафари қиз бола, 58 (56%) нафари ўғил бола бўлиб, чақалоқлардан 84 (82%) таси вақтида туғилган, 19 (18%) таси эса муддатига етмай туғилган. Беморларнинг ёши 1-4 кунликни ташкил қилди: 1 кунлик – 76 (73,8%); 2 кунлик – 15 (14,6%); 3 кунлик – 6 (5,8%); 4 кунлик – 6 (5,8%) та чақалоқ. Омфалоцеле билан касалланган беморлар икки гуруҳга тақсимланди. 48 (46,6%) бемор клиникага 2006-2010 йилларда ётқизилган бўлиб, муаллиф томонидан ретроспектив тарзда таҳлил этилган (таққослов гуруҳи). 55 (53,4%) бемор эса 2011-2017 йилларда даволанган бўлиб, муаллиф ушбу беморларни текшириш ва даволашда бевосита иштирок этган (асосий гуруҳ).

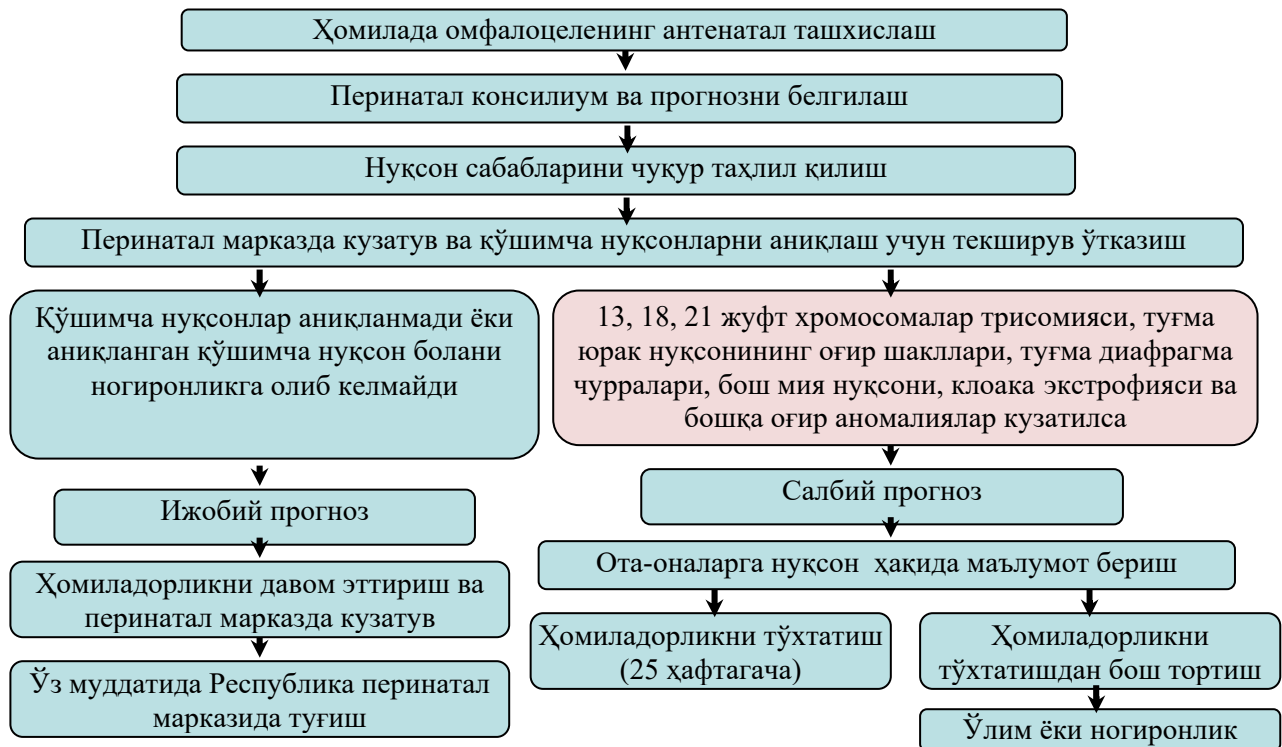
Назоратимизда бўлган 103 та беморнинг 91 (88,3%) нафарига жарроҳлик муолажалар бажарилди. 12 (11,7%) та бемордан 6 (50%) нафари операциягача нобуд бўлди, 6 (50%) та беморга эса операция ўтказишга монелик қилувчи қўшимча қўплаб нуқсонлар борлиги сабабли консерватив даволаш ўтказилди. Ушбу 103 нафар беморнинг оналарига ҳомиладорликнинг турли ҳафталарида туғруқ комплексларида ва скрининг марказларда УТТ ўтказилган бўлиб, фақат 63 (61,2%) тасидагина омфалоцеле антенатал даврида аниқланган. УТТ ёрдамида омфалоцелени антенатал даврда аниқланган 63 (61,2%) та беморларнинг ҳаммасига кейинги текширув босқичда доплер текшируви ўтказдик. Допплер текшируви киндик венасидаги қон томирлари ҳолатини ва қон оқиш тезлигини ўлчаш имконини берди. Бунда чурра ўлчами қанча кичик бўлса киндик венасида қон оқиш тезлиги шунча юқори, чурра ўлчами қанча катта бўлса киндик венасидаги қон оқиш тезлиги шунча паст бўлди. Қон оқиш тезлигини юқори ёки паст бўлиши даволаш натижасига таъсир кўрсатди. Қон оқиш тезлиги юқори бўлган ҳолатларда чурра қопчасида асоратлар кузатилмади, паст бўлган ҳолатларда эса чурра қопчасининг ёрилиши кузатилди. Хулоса қиладиган бўлсак, киндик венасида қон оқиш

тезлиги паст бўлса чурра қопчасининг ёрилиш хавфи юқори бўлади ва бу ҳолат физиологик туғруққа қарши кўрсатма бўлади.

Диссертациянинг **“Омфалоцеленинг клиник кечиши ва ташхислаш”**, деб номланган учинчи бобида чақалоқларда омфалоцеленинг клиник кечиш хусусиятлари баён этилган, комплекс текшириш натижалари келтирилган.

Чақалоқларда омфалоцеле клиникасида юрак-қон томир, нафас системаси ва қорин бўшлиғи аъзолари фаолияти асосий ўрин тутди. Шунга асосан омфалоцелени чақалоқларда клиник кечишига кўра асоратланмаган ва асоратланган шаклларга бўлди. Омфалоцеленинг клиник кечишини бундай бўлиниши даво усулини танлашда асосий аҳамият касб этди. 103 та омфалоцеле билан касалланган беморларнинг 59 (57,3%) тасида омфалоцеле ягона ривожланиш нуқсони бўлди, 44 (42,7%) тасида эса омфалоцелега қўшимча ҳолатда кўп сонли йўлдош аномалиялар аниқланди. Йўлдош нуқсонлар орасида чақалоқларнинг 21 (47,7%) тасида юрак-қон томир тизими нуқсонлари, 13 (29,6%) тасида ошқозон ичак системаси ва 10 (22,7%) нафарида эса бошқа аъзолар нуқсонлари кузатилди. Шунини таъкидлаш керакки, омфалоцеле ўлчамлари қанчалик катта бўлса, қўшимча нуқсонлар шунчалик кўпроқ учради. Чунончи, 24 та катта ўлчамли омфалоцеле бўлган болаларнинг 23 (95,8%) тасида кўп сонли нуқсонлар борлиги аниқланди. Шунингдек, беморларнинг клиник белгиларини юзага чиқишида туғруқхонадан жарроҳлик шифохонасига транспортировка қилиш ҳам катта аҳамият касб этди. Хусусан, назоратимизда бўлган 103 та бемордан 12 (11,7%) нафарида транспортировка вақтидаги камчиликлар (йўлда совуқ қотиш, оғриқ шоки, ошқозонда зонд бўлмаганлиги сабабли ошқозон суюқлигини нафас йўллариغا аспирация бўлиши, чурра қоқи, яъни амнион пардани совуқ сувда намланган докали қоплама билан ёпилиши) туфайли шифохонага оғир аҳволда олиб келинган. Бу эса ўз навбатида узок муддатли операция олди тайёргарлигини талаб қилиб, операциядан кейинги давр оғир кечишига сабабчи бўлди. Объектив кўрувда чурранинг юқори қисмида унинг варақлари билан туташиб кетган кесилган киндик қолдигининг қисми ва киндик венаси кўринса, унинг пастки қисмида эса жуфт жойлашган киндик артериялари кўринади. Қорин бўшлиғи дефекти доимо чурра бўртмасига пропорционал бўлмади, яъни дефект кичкина, чурра катта ҳажмда бўлди. Барча ҳолатларда амниотик қаватнинг терига ўтиш соҳаси орасидаги чегара яққол намоён бўлиб, кўп ҳолларда чурра асосида ёки баландроқ жойлашди. Чақалоқларнинг ҳаётини 1- кунда (76 - 73,8% бемор) киндик қоплами варағи ялтироқ, оқимтир, нам тиник ва шаффоф бўлса, 27 (26,2%) та беморда вақт ўтиши (2-4 кун) билан чурра варағининг қуриши ва аста секин фиброз тўқима билан алмашиниши кузатилди. Киндик тизимчаси чурраси бор барча чақалоқларга келганда ошқозон ичак тизимининг декомпрессияси ва чурра қопчасига стерил қуруқ резина қўлқоп кийдирилиб, унинг устидан иссиқ намланган салфетка ёпиб ҳимоялаш муолажалари ўтказилди. Таққослов гуруҳидаги 48 нафар бемордан 22 (45,8%) та бемор шифохонамизда туғилган ва уларнинг барчасига ошқозонни декомпрессия мақсадида нозогастрал зонд

қўйилган. Аммо бу гуруҳдаги бирорта беморга ҳам ичакларнинг сифонли ҳўқнаси қилинмаган. Натижада бу ҳолат даво натижасига салбий таъсир кўрсатган. Асосий гуруҳидаги 55 нафар бемордан 41 (74,5%) та бемор шифохонамизда туғилган ва уларнинг ҳаммасига ошқозонни декомпрессия мақсадида нозогастрал зонд қўйилган, ҳамда ичаклар декомпрессияси мақсадида ичакларнинг сифонли ҳўқнаси қилинган. Бу муолажалар чурра ўлчамларини кичиклаштириб, даво натижасига ижобий таъсир кўрсатди. Асосий гуруҳидаги 55 та бемордан 14 (25,5%) та бемор бошқа касалхоналарда туғилган. Ушбу 14 та бемордан 9 (64,3%) тасига ошқозонни декомпрессияси мақсадида нозогастрал зонд қўйилган, аммо ичаклар декомпрессияси мақсадида бирорта беморга ҳам ичакларнинг сифонли ҳўқнаси қилинмаган. Натижада бу ҳолат даво натижасига салбий таъсир кўрсатди. Комплекс антенатал ташхислаш ҳомиладорлик муддатини чўзиш, чақалоқ ҳаётига салбий таъсир кўрсатувчи ёндош туғма нуқсонини аниқлаш, туғишнинг ягона усулини танлаш ва ўз вақтида чақалоқларга ихтисослашган жарроҳлик усулини кўрсата олиш имконини беради, бу эса шундай патологияли чақалоқларнинг яшаб кетишига ижобий таъсир кўрсатди. Шундай қилиб, изланишларимиз натижасида биз омфалоцеледа акушерлик усулини танлаш алгоритминини ишлаб чиқдик (1 - расм).

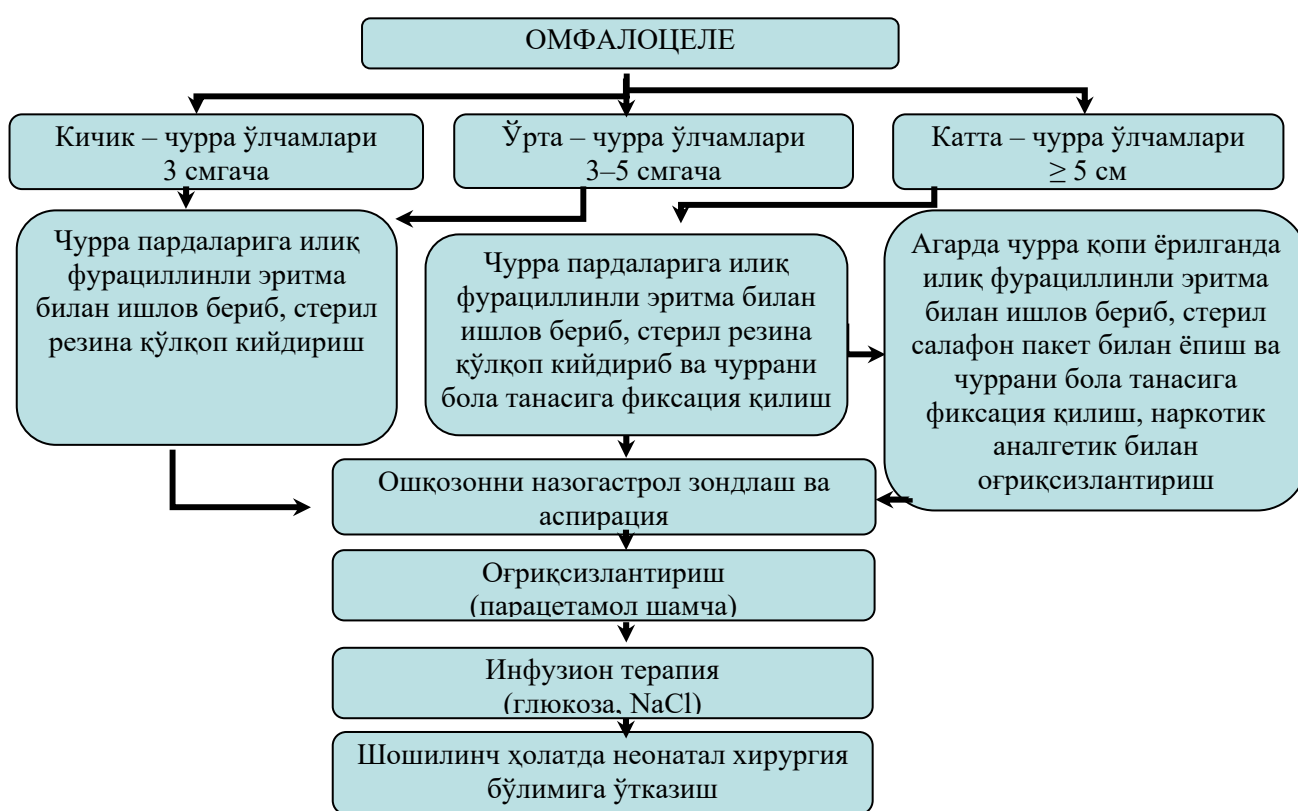


1 - расм. Омфалоцеледа акушерлик усулини танлаш алгоритми.

Кузатувимизда бўлган 103 та чақалоқларнинг 35 (34%) тасида омфалоцеле РПМда антенатал аниқланиб шу жойда назорат остида туғилган. 35 та беморнинг ҳаммасида омфалоцеле ҳомиладорликнинг 12-33 ҳафта оралиғида аниқланган. 28 (27,2%) та ҳолатда ҳомиладорларда омфалоцелени антенатал ташхислаш яшаш жойидаги тиббиёт муассасаларида аниқланиб,

туғрукни амалга ошириш учун РПМга юборилган. 28 та беморнинг ҳаммаси ҳомиладорликнинг 34-39 ҳафта оралиғида аниқланган.

40 (38,8%) нафари бошқа касалхоналарда туғилиб, омфалоцеле ташхиси туғилгандан сўнг қўйилган ва 27 (67,5%) таси ҳаётининг иккинчи ва ундан кейинги кунларида клиникага оғир аҳволда олиб келинган. Ушбу чақалоқларнинг аҳволининг оғирлашишига адекват инфузион терапия ва оғриқсизлантириш ўтказилмаганлиги, аспирация ҳисобига ривожланган пневмонияга антибактериал терапия бошланмаганлиги, нафас етишмовчилиги ва йўлдаги гипотермия асосий сабаб бўлиб хизмат қилган. Юқоридаги текширув натижаларини таҳлил қилиб биз омфалоцеленинг ўлчамларига боғлиқ равишда шифохонагача кўрсатиладиган биринчи ёрдам кўрсатиш ва транспортировка қилиш алгоритмини ишлаб чиқдик (2 - расм).



2 - расм. Омфалоцеледа туғруқхонадаги биринчи ёрдам кўрсатиш ва транспортировка қилиш алгоритми.

Ушбу алгоритмдан кўриниб турибдики, кичик ва ўрта ўлчамли омфалоцеледа бола туғилиши билан чурра пардаларига илиқ стерил фурациллин эритмаси билан ишлов берилди ва чурра қопига стерил резина қўлқоп кийдириб, устидан илиқ нам салфетка билан ёпилади. Катта ўлчамли омфалоцеледа бола туғилиши билан чурра пардаларига илиқ стерил фурациллин эритмаси билан ишлов берилиб, чурра қопига стерил резина қўлқоп кийдириб, устидан илиқ нам салфетка билан ўралгандан кейин чуррани бола танасига лейкопластир ёрдамида мустаҳкамланади, яъни

фиксация қилинади.

Диссертациянинг “**Омфалоцелени даволаш усуллари**”, деб номланган тўртинчи бобда хирургик тактика баён этилган. Барча беморларга операция олди тайёргарлиги қонинг клиник-лаборатор, биокимёвий кўрсаткичларини ва боланинг умумий аҳволини ҳисобга олган тарзда амалга оширилди. Операция олди тайёргарлиги гомеостаз бузилишларини коррекция қилишдан иборат бўлди ва у 6-24 соатни ташкил қилди. Бунда унинг давомийлиги бемор ҳолатининг оғирлик даражасига, тана ҳароратини нормаллаштиришига, йўқотилган суюқлик миқдорини қоплаш, қоннинг кўрсаткичларини яхшилаш (гемоконцентрацияни камайтириш, метаболитик ацидоз), периферик гемодинамикани стабиллаш, адекват диурезни ҳосил қилишга (1 мл/кг/с гача) кетган вақтга боғлиқ бўлди. Барча беморларга назогастрал зонд қўйилиб, у орқали пассив ва актив усулда ошқозондаги ҳаво ва суюқлик чиқариб олинди. Ичакни декомпрессия қилиш мақсадида эса йўғон ичакга қўйилган газ чиқарувчи найчадан 1% NaCl нинг гипертоник эритмаси юбориб, сифонли хўкна амалга оширилди. Бу бизга декомпрессия, яъни чурра ўлчамлари ва эвентерацияланган ичаклар ҳажмининг кичрайишига имконият яратди. Омфалоцеле билан даволанган 103 чақалоқдан 91 (88,3%) нафарига оператив даво ўтказилди. Қолган 12 (11,7%) нафар беморга консерватив даволаш ўтказилди. Консерватив даво ўтказилган 12 бемордан 10 (83,3%) нафарида катта ўлчамли эмбрионал чурра билан йўлдош нуқсонлар келган, 2 (16,7%) нафарида эса катта ўлчамли эмбрионал чурра йўлдош нуқсонларсиз келган. Шунингдек, консерватив даво ўтказишга болаларнинг ота-оналари таклиф этилган жарроҳлик муолажасидан қаятий бош тортишлари ҳам сабаб бўлди. Консерватив даво куйидагича амалга оширилди: чурра ҳалтасига 5% йод настойкаси ёки повидон-йодин (бетадин) билан кунига 5 мартагача чуррага ишлов берилди ва кейинчалик у кунига 1-2 мартагача камайтирилди. Чурра таркибининг ятроген шикастланиши бўлган 3 (3,3%) та боладан биттасига ичак мальротацияси ҳисобига Меккел дивертикули ёнида ичак некрозга учраган. Шунинг учун ҳам бу беморга Меккел дивертикули ва ингичка ичак резекцияси, учма-уч анастомоз қўйиш операцияси ўтказилди. Юқоридаги беморлардан фарқли равишда бу беморда ингичка ичак катта ҳажмда резекция бўлди. Қолган 2 та беморда эса киндикнинг пастдан боғланиши ҳисобига ичак некрози, натижада эса перитонит ривожланган. Бу беморларда қорин бўшлиғи санацияси, қорин олд девори пластикаси ва контрапертура орқали илеостома қўйиш операцияси ўтказилди.

Юқоридаги мисоллардан хулоса қиладиган бўлсак, омфалоцеледа киндикни пастдан боғлаш мақсадга мувофиқ ҳисобланмайди. Жами 91 та операция қилинган чақалоқларнинг 77 (84,6%) тасига радикал оператив муолажа ўтказилди. 14 (15,4%) та беморларга босқичли хирургик даво усули ва 12 (11,7%) та ҳолатда консерватив даво қўлланилди. Таққослов гуруҳидаги 48 нафар беморларнинг 38 (79,2%) тасига жарроҳлик амалиёти ўтказилди. Асосий гуруҳдаги 55 нафар беморнинг 53 (96,4%) тасида жарроҳлик муолажаси ўтказилди. Омфалоцеледа чурра ҳажмига қараб ҳам даво усули танланди (1-жадвал).

Таққослов ва асосий гуруҳ беморларининг чурра ўлчамига қараб ўтказилган даво усулларининг қиёсий таҳлили n=103

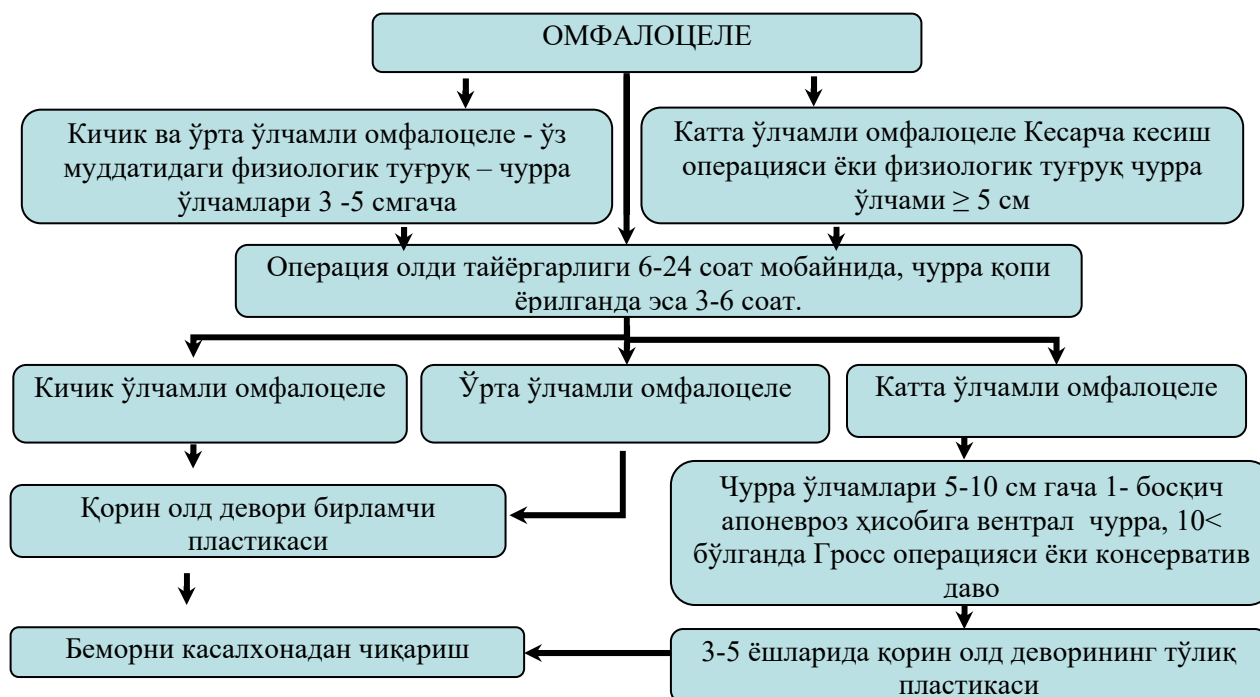
Даволаш усуллари	Таққослов гуруҳ (n=48)			Асосий гуруҳ (n=55)			Жами
	Кичик	Ўрта	Катта	Кичик	Ўрта	Катта	
Радикал	17 (35,4%)	16 (33,3%)	-	23 (41,8%)	20 (36,4%)	1 (1,8%)	77 (74,7%)
Вентрал чурра	-	-	5 (10,4%)	-	-	9 (16,4%)	14 (13,6%)
Консерватив	-	-	10 (20,8%)	-	-	2 (3,6%)	12 (11,7%)
Жами	17 (35,4%)	16 (33,3%)	15 (31,3%)	23 (41,8%)	20 (36,4%)	12 (21,8%)	103 (100%)

$$\chi^2 = 23,21; p=0,01$$

Юқоридагиларни ҳисобга олиб омфалоцеледа чурра ўлчамига қараб даво усулини танлан алгоритмини ишлаб чиқдик. Бунга асосан кичик ва ўрта ўлчамли, яъни 3-5 смгача бўлган омфалоцеледа туғруқ физиологик йўл билан, катта ўлчамли яъни, чурра ўлчами ≥ 5 см гача бўлган омфалоцеледа эса кесарча кесиш операцияси ёки физиологик туғруқ билан олиб борилди, бунда операция олди тайёргарлиги 6-24 соатни, чурра қопи ёрилганда эса 3-6 соатгача бўлган вақтни ўз ичига олди. Кичик ва ўрта ўлчамли омфалоцеледа қорин олд девори бирламчи пластикаси ўтказилди, катта ўлчамли омфалоцеледа эса пластиканинг 1- босқичида апоневроз ҳисобига вентрал чурра ҳосил қилиниб, 3-5 ёшларда қорин олд деворининг тўлиқ пластикасини ўтказиш тавсия этилди. Қуйида биз тавсия этган омфалоцеледа чурра ўлчамига қараб оптимал даво усулини танлаш алгоритими келтирилган (3 - расм).

Ушбу даволаш алгоритми омфалоцеле билан туғилган беморларнинг оператив даволашга тайёргарлигини ва операция усулини танлашни аниқлаб беради. Биз ўз илмий ишимизда катта ўлчамдаги омфалоцелеларни операция қилиш ва унда қорин олд девори пластикаси янгича усулини ишлаб чиқдик (Ихтирога патент: “Чақалоқларда катта ўлчамдаги омфалоцелени даволаш усули” IAP 05314 - сонли, 2016 йил). Бу усул 9 (37,5%) нафар катта ўлчамли омфалоцелеси бўлган беморларда қўлланилди. Ушбу усул билан биз қорин бўшлиғи ҳажмини катталашишига ва висцеро-абдоминал диспропорцияни камайтиришга эришдик. Натижада биз таклиф этган янги операция усули қўлланилган 9 та бемордан 8 (88,9%) нафарида яхши натижага эришилди, 1 (11,1%) беморда йўлдош нуқсон борлиги сабабли ўлим ҳолати кузатилди. Биз тавсия этган комплекс даволаш усулини қўллаш омфалоцеледан жами чақалоқларнинг нобуд бўлишини 43,8% дан 20% гача, шундан катта ўлчамли омфалоцеледа ўлим кўрсаткичларини 50% дан 11,1% гача камайтиришга сабаб бўлди. Ўлим кўрсаткичларининг камайиши оптимал даволаш усулини қўллаш ҳисобига висцеро-абдоминал диспропорция даражасининг пасайиши билан боғлиқ бўлди. Чунки бу гуруҳдаги беморларда ичакларни сифонли ҳуқна ва назогастрал зонд орқали декомпрессия қилиш, чурра ўлчамларини

кичиклашишига ва уларни операция вақтида қорин бўшлиғига эркин жойлашишига имкон яратди.



3 - расм. Омфалоцеледа даволаш усули алгоритми.

Диссертациянинг “Омфалоцелени даволашнинг эрта ва узок натижаларини таҳлили”, деб номланган бешинчи бобида даволаш натижалари таҳлили баён этилган. 103 та чақалоқдан 91 (88,3%) тасига оператив даво ўтказилди: 77 (84,6%) тасига радикал операция ўтказилди, 14 (15,4%) нафарига эса босқичли операция қўлланилди. 12 (11,7%) беморга консерватив даволаш ўтказилди. Такқослов гуруҳидаги 48 нафар беморларнинг 38 (79,2%) тасига жарроҳлик амалиёти ўтказилди. Бу гуруҳда 2 (4,2%) нафарига вентрал чурра (Гросс усули) ҳосил қилинди 3 (6,3%) та ҳолатда нуқсон четига Шустер копига ўхшаш резина қўлқоп 8-10 кунга тикилиб, аста-секин висцеро-абдоминал диспропорцияни бартараф этиш ва болани операциянинг иккинчи босқичига тайёрлаш учун (қорин олд девори радикал пластикаси ёки вентрал чурра ҳосил қилиш мақсадида) ҳар кун унинг ҳажми кичрайтирилиши билан олиб бориладиган босқичли жарроҳлик коррекцияси ўтказилди. 48 бемордан 11 (23%) нафари операциядан кейин, 10 (20,8%) таси консерватив даводан кейин нобуд бўлди ва мазкур гуруҳда ўлим 21 (43,8 %) нафарни ташкил этди. Асосий гуруҳдаги 55 нафар беморнинг 53 (96,4%) тасида жарроҳлик муолажаси ўтказилди. Улардан 44 (83,0%) тасига радикал ва 9 (17,0%) тасига апоневроз ҳисобига вентрал чурра ҳосил қилиш паллиатив операцияси ўтказилди. Шунини такидлаш жоизки, бу гуруҳдаги 44 та радикал операция бўлган беморлардан 1 нафарига омфалоцеленинг катта ўлчамли бўлишига қарамасдан радикал операция ўтказилди. Чунки бу болада ўртача даражадаги висцеро-абдоминал диспропорция мавжуд бўлиб, бундай ҳолатларда радикал операция бемор ҳаётига хавф солмайди. Бундай

вазиятларда болани операциядан кейинги даврда 4-5 кун мобайнида қорин олд девори мушаклари релаксацияда ушлаб туриш, қорин бўшлиғини тез муддатларда ўсиб янги ҳолатга мослашиб олишига имкон яратади. Қолган 2 (3,6%) та беморда катта ўлчамли чурра оғир кўшимча нуқсонлар билан бирга келгани учун консерватив даво муолажалари олиб борилди. Аммо ўтказилган муолажаларга қарамасдан чақалоқларда полиорган етишмовчилик натижасида ўлим ҳолати қайд этилди. Асосий гуруҳидаги жами 44 та радикал операция бўлган бемордан 9 (16,4%) нафари кичик ва ўрта ҳажимли чурра бўлишига қарамасдан операциядан кейин ўлим ҳолати кузатилди. Шундай қилиб, мазкур гуруҳда ўлим 11 (20%) нафарни ташкил этди ва уларнинг барчасида 2 ва ундан ортиқ тизим нуқсонлари мавжуд эди (ошқозон ичак тизими, юрак қон томир тизими нуқсонлари, Беквитт-Видеманн синдроми).

Қуйидаги диаграммада омфалоцеле билан касалланган беморларнинг даволаниш натижалари гуруҳлар кесимида келтирилган (4 - расм).



4 - расм. Омфалоцеле билан даволанган беморларнинг гуруҳлар кесимидаги натижалари.

Хулоса қиладиган бўлсак, биз таклиф қилган алгоритмлар ва клиникамизда ишлаб чиқилган янги операция усули натижасида асосий гуруҳда даволаниб чиққан беморлар сони 23,8% га ошди, ўлим ҳолати 1,9 баробарга камайди.

Ўтказилган таҳлилларимизга кўра омфалоцеле билан операция бўлган 91 бемордан 42 (46,2%) нафарида операциядан кейинги эрта даврда турли хил асоратлар кузатилди. Операциядан кейинги ичак парези, операцион жарроҳатни йиринглаши ва пневмония аломатлари ҳар икки гуруҳда деярли бир хилда кузатилди. Аммо, висцеро-абдоминал диспропорция аломатлари назорат гуруҳидаги беморларда деярли икки баробар (14,6%) кўп ҳолатда кузатилди. Таққослов гуруҳидаги беморларда 52,1%, асосий гуруҳда эса 30,9% ҳолатда операциядан кейинги эрта асоратлар кузатилди.

Айтиб ўтиш лозимки, барча 32 (31%) нафар нобуд бўлган болаларда оғир соматик фон, аспирацион бронхопневмония мавжуд бўлиб, улардан 11 (34,4%) таси муддатига етмай туғилган эди. Нобуд бўлганлар орасидан 21

(66%) нафарида 2 ва ундан ортиқ тизимларида кўплаб нуқсонлари бўлиб, улар ушбу болалар ўлимининг асосий сабабларидан бири бўлди. Операция натижаларига ва чақалоқларнинг яшаб кетишига уларнинг туғилгандаги вазни, висцеро-абдоминал диспропорциянинг даражаси, йўлдош нуқсонлар борлиги ва чурра ўлчамлари аҳамият касб этиши аниқланди. Шубҳасиз, чақалоқларнинг яшаб кетиш имконияти омфалоцеленинг кичик ва ўрта ўлчамларида юқори, катта ўлчамли эмбрионал чурраларда эса пастроқ. Чурра ўлчамлари ва касаллик билан биргаликда келадиган нуқсонлар ўртасида алоқа борлиги аниқланди. Қанча чурра ўлчами катта бўлса биргаликда келадиган нуқсонлар сони ҳам шунча кўп бўлади. Бундан ташқари, операциядан кейинги давр ва оператив муолажа жараёнига ўзининг аҳамиятли таъсирини, нейросонография пайтида аниқланган чақалоқлардаги мия ичи ўзгаришлари ҳам кўрсатди. 32 (31%) нафар нобуд бўлган беморларнинг бевосита 4 (12,5%) тасида ўлим сабаби деб туғруқ пайтидаги бош мия ичига қон қуйилиши ва мия шиши ҳисобланди.

Омфалоцеле билан даволанган беморлардаги даволашнинг узок натижалари 71 та касалхонадан чиқарилган бемордан 56 (78,9%) тасида 6 ойдан 3 йилгача бўлган муддатда ўрганилди. Даволашнинг узок натижаларини баҳолашда беморнинг тана вазни, юқори нафас йўллари яллиғланиши, ошқозон ичак тизими аъзолари дисфункцияси, вентрал чурра ўлчамлари ва ҳолати, қорин бўшлиғидаги чандиқли жараён ҳисобига бўладиган оғриқлар ҳисобга олинди. Омфалоцеле билан даволанган беморларда даволашнинг узок натижалари Перунский В.П. (2008 й.) тавсия қилган усул билан яхши, қониқарли ва қониқарсиз ҳолатда баҳоланди.

Операциядан кейинги даволашнинг узок давридаги яхши натижада 20 (35,7%) нафар беморларнинг ҳаммасида гомеостазнинг клиник-лаборатор кўрсаткичлари нормаллашди; тана вазни ёшига мос равишда бўлди. Операциядан кейинги кузатилиши мумкин бўлган асоратлар, яъни ошқозон ичак дисфункцияси: қусиш, ич қотиши ёки ич кетиши; қорин бўшлиғида битишмали касаллик аломатлари: қоринда вақти–вақти билан оғриқ, қусиш, ич қотиши кузатилмади. Ушбу 20 нафар бемордан 14 (70%) тасида вентрал чурра йўқ, 6 (30%) нафарида эса вентрал чурра бўлиб, кейинги босқич операция муддатини кутишмоқда.

Операциядан кейинги даволашнинг узок давридаги қониқарли натижа 25 (44,6%) нафар беморларда кузатилди. Бунда гомеостазнинг клиник-лаборатор кўрсаткичларида қисман ўзгаришлар кузатилди: енгил даражали камқонлик; I даражали гипотрафия; йил давомида 3-4 марта қайталанувчи ошқозон ичак дисфункцияси; йил давомида 2-3 марта қайталанувчи қорин бўшлиғида битишмали касаллик аломатлари: қоринда вақти–вақти билан оғриқ, қусиш, ич қотиши кузатилди.

Операциядан кейинги даволашнинг узок давридаги қониқарсиз натижа 11 (19,6%) нафар беморларда кузатилди. Бунда гомеостазнинг клиник-лаборатор кўрсаткичларида яққол ўзгаришлар кузатилди: ўрта оғир ва оғир даражали камқонлик; II-III даражали гипотрафия; йил давомида 6-7 марта

қайталанувчи ошқозон ичак дисфункцияси; йил давомида 4-5 марта қайталанувчи қорин бўшлиғида битишмали касаллик аломатлари: қоринда вақти-вақти билан оғриқ, қусиш, ич қотиши кузатилди. 11 нафар қониқарсиз натижали бемордан 3 (27,3%) нафарига кечки битишмали ичак тутилиши билан жарроҳлик муолажаси ўтказилди.

ХУЛОСА

1. Омфалоцеле туғма нуқсонлар, шунингдек қорин олд девори аномалиялари тизимида тегишли тарзда 3,2% ва 37,2% ни ташкил қилади ва пренатал ультратовуш скрининг ташхислашда ҳомиладорликнинг учинчи уч ойлигида 55,6% беморларда 61,2% аниқлик даражасида белгилаш имконияти мавжуд.

2. Антенатал даврда омфалоцелени аниқлаш катта аҳамият касб этади. Ҳомиладорликни сақлаб қолиш ёки тўхтатишга кўрсатмани белгилаш, шунингдек туғруқ жараёнини табиий ҳолда ёки Кесарча кесишни танлаш чурра ўлчамларининг катталиги, асоратланишга мойиллиги ҳамда уйғунлашган мавжуд туғма нуқсоннинг мураккаблиги ва уни постнатал даврда коррекциялаш имкониятларини ҳисобга олган ҳолда белгиланади.

3. Омфалоцеле ўғил болаларда нисбатан кўп кузатилади (56%). Ўлчамларига кўра 76,7% беморларда кичик ва ўрта ўлчамли, 23,3% да эса катта ўлчамларда учрайди. Асоратланган шакллари деярли барча ҳолатларда катта ўлчамли турларига хос. 42,7% ҳолларда ушбу нуқсон турли туғма нуқсонлар билан уйғунлашиб кечади, ўлчамларининг катта бўлишида ҳамроҳ нуқсонлар ривожланиш эҳтимоллиги ошиб, хусусан, 95,8% ҳолатларда катта ўлчамли омфалоцеледа учрайди.

4. Омфалоцеледа хирургик даво усулини танлаш висцеро-абдоминал диспропорция даражаси, чурра ўлчамлари, соматоневрологик ҳолат ва ҳамроҳ нуқсонлар оғирлигига боғлиқ. Даволашда радикал оператив усул мақбул ҳисобланиб кичик ва ўрта ўлчамли чурраларда анъанавий усул билан, катта ва гигант ўлчамли чурраларда эса висцеро-абдоминал диспропорцияни бартараф этишда таклиф этилган усулдан фойдаланиш яхши самара беради.

5. Омфалоцеленинг хирургик коррекциясида жигарни оптимал жойлаштириш ва қорин бўшлиғи ички босимини ошқозон ичак тракти декомпрессияси ҳисобига нисбатан камайтиришга эришиш операциядан кейинги даврнинг мақбул кечиши ва қорин бўшлиғи аъзоларининг фаолиятини эрта тикланишига олиб келади ва даволаш натижаларини яхшилаш имкониятини яратади.

6. Омфалоцеле билан операция қилинган беморларда даволашнинг узок даврида 35,7% ҳолатда яхши, 44,6% - қониқарли ва 19,6% - қониқарсиз натижа кузатилди. Бунда операциядан кейинги даволашнинг узок натижалари чурра ўлчами ва йўлдош нуқсонларга боғлиқ бўлди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.27.06. 2017.Tib.49.01 ПРИ
РЕСПУБЛИКАНСКОМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ ХИРУРГИИ ИМЕНИ
АКАДЕМИКА В.ВАХИДОВА И ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
АКАДЕМИИ ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ**

ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

РУЗМАТОВ ИЗЗАТБЕК БАХТИЁРОВИЧ

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ОМФАЛОЦЕЛЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ**

14.00.35 – Детская хирургия

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

ТАШКЕНТ - 2019

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за №B2017.3.PhD/Tib381.

Диссертация выполнена в Ташкентском педиатрическом медицинском институте.

Автореферат диссертации на двух языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.rscs.uz) и Информационно-образовательном портале «Ziynet» (www.ziynet.uz).

Научный руководитель: **Эргашев Бахтиёр Бердалиевич**
доктор медицинских наук

Официальные оппоненты: **Эргашев Насриддин Шамсиддинович**
доктор медицинских наук, профессор
Шамсиев Азамат Мухиддинович
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация: **Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино**

Защита состоится «__» _____ 2019 г. в ____ часов на заседании Научного Совета DSc.27.06.2017.Tib.49.01 при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии имени академика В.Вахидова и Ташкентской медицинской академии (Адрес: 100115, г.Ташкент, ул. Кичик ҳалқа йўли,10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В.Вахидова (зарегистрирована за №70). Адрес: 100115, г. Ташкент, ул. Кичик ҳалқа йўли, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Автореферат диссертации разослан «__» _____ 2019 года.
(реестр протокола рассылки № ____ от _____ 2019 года).

Ф.Г. Назиров

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

А.Х. Бабаджанов

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

А.В. Девятов

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

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. По данным Всемирной организации здравоохранения «в структуре детской летальности особенно велика смертность детей первого месяца жизни, составляющая 40-65%, причиной которой являются врожденные пороки развития, требующие немедленного хирургического вмешательства»¹. К одному из самых тяжелых вышеуказанных пороков относятся омфалоцеле или грыжи пупочного канатика, встречающиеся в 1,6-3,2% случаев среди всех других аномалий развития. Летальность без своевременного лечения может достигать 100%. До настоящего времени нет единой общепринятой методики лечения этого порока развития. «Особенно много различий в подходах при лечении больших и гигантских омфалоцеле, при которых выраженная висцеро-абдоминальная диспропорция ограничивает применение радикального метода пластики передней брюшной стенки с использованием местных тканей»². Проведение операции в таких случаях приводит к серьезным осложнениям, часто к летальному исходу, причиной которого является развитие синдрома сдавления нижней полой вены или компартмент синдрома. С целью предупреждения данного состояния используются разные варианты пластических методов хирургии с применением различных синтетических лоскутов. Однако, показания к выполнению различных вариантов пластики с синтетическими лоскутами в ряде случаев необоснованны, что чревато возникновением серьезных послеоперационных осложнений, в связи с чем дальнейшие исследования в этом направлении остаются в разряде приоритетных.

В мировой практике на сегодняшний день продолжают многоцентровые научные исследования, направленные на различные аспекты раскрытия патогенеза омфалоцеле, в частности, изучается влияние на развитие этой патологии двух факторов - расстройство 1-го периода внутриутробного поворота кишечника и нарушение процесса формирования передней брюшной стенки. Активно исследуются причинно-следственные связи образования дефектов передней брюшной стенки различной величины, особенно на ранних этапах эмбриогенеза, когда формирование порока приводит к развитию патоморфологических и патофизиологических изменений в организме плода. Продолжается патоморфологический анализ образования грыжи пупочного канатика на фоне несвоевременного закрытия желточного протока и в результате чего нарушение процесса вращения кишечника, при котором часть органов остаётся в пупочных оболочках и препятствует нормальному замыканию передней брюшной стенки.

В настоящий период в отечественном здравоохранении предприняты масштабные целевые меры по коренному улучшению качества и существенному расширению диапазона оказываемой населению

¹ World Health Organization. Neonatal Surgeri: fact sheet no. 12. World Health Organization website, 2017. <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs12/en>, accessed February 14.

² Aljhdali AH, AL-Buainain HM, Skarsgard ED. Staged closure of a giant omphalocele with amnion preservation, modifid technique //Saudi Med J.- 2017.- Vol. 38 (4). -P. 422-424.

медицинской помощи, в частности, в улучшении качества хирургического лечения детей с омфалоцеле достигнуты положительные результаты. «В стратегию действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан поставлены задачи по развитию и усовершенствованию системы медико-социальной помощи уязвимым категориям населения для обеспечения их полноценной жизнедеятельности»³. В соответствии с этим, улучшение результатов хирургического лечения омфалоцеле у новорожденных путём оптимизации диагностики и расширения радикальности хирургического вмешательства является одним из актуальных направлений для исследования.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему совершенствованию экстренной медицинской помощи» за №УП-4985 от 16 марта 2017 года, Постановлением Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы» за №ПП-3071 от 20 июня 2017 года, Постановлением Кабинета Министров за №266 от 10 мая 2017 года «Об организации деятельности научно-исследовательского института общественного здоровья и организации здравоохранения», а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

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

Степень изученности проблемы. Грыжа пупочного канатика относится к числу редких пороков развития и встречается в среднем один раз на 3000-10000 родившихся детей, характеризуется, несмотря на применение различных методов лечения, высокими показателями летальности от 25% до 80% (Glasser JG⁴). В связи, с чем омфалоцеле считается одним из самых сложных врожденных пороков развития передней брюшной стенки. По мнению Santana S⁵ «исход консервативного и оперативного лечения разнообразен: начиная с хороших, при малых размерах омфалоцеле, до неудовлетворительных результатов, при гигантских грыжах, при которых критически сложным является разрешение висцеро-абдоминальной диспропорции». В настоящее время при диагностике патологии передней стенки живота антенатальное УЗИ считается «золотым стандартом», чувствительность, которого составляет 70-100%. Усовершенствование методов антенатальной диагностики у беременных привело к увеличению выявляемости данного порока, однако по-прежнему ее возможности

³ Указ Президента РУз от 07.02.2017 г. № УП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан». Сборник законодательных актов.

⁴ Glasser JG. Pediatric Omphalocele and Gastroschisis // <https://emedicine.medscape.com>. Feb 06, 2017;

⁵ Santana S, Salci T, Andriato P, et al. Diagnosis and management of a fatal case of sepsis caused by Candida parapsilosis sensu in a neonate with omphalacele // Medical Mycology Case Reports. – 2018. – Vol. 20. – p. 10–14.

остаются недостаточно изученными.

По мнению Arunagiri V⁶ «антенатальная ультразвуковая диагностика плода большое значение имеет для решения вопроса о сохранении или прерывании беременности, выявлении множественных пороков развития, сроках и видах родоразрешения детей с данными аномалиями». Минимальные сроки для диагностики этих пороков, по данным литературы, 12 недель \pm 3 дня. Нередко дефекты не выявляются вследствие отсутствия четкой системы их верификации, низкой явки беременных женщин в консультативные центры и недостаточной компетентности специалистов в выявлении данной патологии. Немаловажными и малоизученными остаются вопросы постнатальной диагностики, схем постнатального наблюдения и показаний к хирургическому вмешательству. Другим немаловажным направлением для исследований остается анализ применения различных вариантов пластики с использованием синтетических заплат на основе биологических субстратов (ксеноперикарда, лиофилизированной твердой мозговой оболочки) в качестве аллотрансплантата (Conner P⁷). Однако в настоящее время отсутствует научное обоснование данного метода оперативного лечения у новорожденных с омфалоцеле.

Проведенный анализ литературы свидетельствует о том, что в настоящий период лечебно-диагностическая тактика при омфалоцеле относится к одной из актуальных и до конца нерешённых проблем современной неонатальной хирургии. Значительный процент неудовлетворительных исходов, отсутствие выбора оптимального способа лечения с учётом размера грыжи и клинического течения заболевания, вида оказания первой помощи указывают на актуальность дальнейших исследований в данном направлении. Вышеизложенное диктует необходимость разработки и внедрения в неонатальную хирургическую практику оптимальных подходов к диагностике и хирургическому лечению омфалоцеле.

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

Целью исследования является улучшение результатов лечения омфалоцеле у новорожденных путем совершенствования диагностики и хирургической тактики.

Задачи исследования:

провести анализ результатов ante- и постнатальной диагностики омфалоцеле и определить процент встречаемости данного порока в структуре

⁶ Arunagiri V, Padmanabhan R, Mayandi P. A short term analysis of surgical management of umbilical and paraumbilical hernia //Turk J Surg. – 2018.- Vol. 34. – p. 21-23.

⁷ Conner P, Vejde HJ, Burgos MC. Accuracy and of prenatal diagnosis in infants with omphalocele //Pediatric Surgeri Internayional.- 2018. – Vol. 34. –p. 629-633.

других врождённых аномалий;

разработать показания и противопоказания к сохранению или прерыванию беременности при омфалоцеле у плода;

разработать алгоритм оказания первой медицинской помощи при омфалоцеле у новорожденных в условиях родильного комплекса и на этапах маршрутизации для оказания специализированной помощи;

разработать новый метод пластики передней брюшной стенки и оптимальную лечебную тактику при различных формах омфалоцеле с учетом висцеро-абдоминальной диспропорции;

изучить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения омфалоцеле у новорождённых в зависимости от формы порока.

Объектом исследования явились 103 новорождённых с омфалоцеле, пролеченных в Республиканском учебно-лечебно-методическом центре неонатальной хирургии при Республиканском перинатальном центре за период с 2006 по 2017 годы.

Предмет исследования составляют результаты комплексной оценки соматического статуса детей и анатомо-функционального состояния органов пищеварительного тракта на этапах хирургического лечения омфалоцеле.

Методы исследований. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы: клинические, инструментальные (УЗИ беременных и плода, постнатальное УЗИ внутренних органов и состава грыжевого мешка, нейросонография, эхокардиография, обзорная рентгенография брюшной полости, контрастное исследование ЖКТ), биохимические, общеклинические и статистические методы исследования.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

разработан способ лечения омфалоцеле больших размеров у новорожденных, оптимизирующий хирургические аспекты коррекции висцеро-абдоминальной диспропорции при различных дефектах передней брюшной стенки;

уточнены критерии верификации тяжести течения омфалоцеле в зависимости от степени висцеро-абдоминальной диспропорции, размеров грыжи, соматоневрологического фона и тяжести сопутствующих пороков;

определен удельный вес омфалоцеле среди других врожденных аномалий и доказана взаимосвязь между сопутствующими пороками и размерами дефекта передней брюшной стенки;

на основе ante- и постнатального исследования определены факторы риска рождения детей с пороками развития передней брюшной стенки и других врожденных патологий, наиболее часто сопутствующих омфалоцеле;

раскрыты ультразвуковые аспекты антенатального скрининга для прогностической оценки тяжести сопутствующих омфалоцеле аномалий у плода, способствующих конкретизации показаний к сохранению или прерыванию беременности.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

разработаны алгоритмы акушерской и первой помощи, вариантов маршрутизации, а также выбора оптимальной лечебной тактики при омфалоцеле у новорожденных;

определены показания к прерыванию беременности в раннем антенатальном периоде в зависимости от тяжести омфалоцеле и сопутствующих врожденных пороков развития у плода;

уточнена эффективность ультразвукового скрининга плода для ранней антенатальной диагностики пороков развития передней брюшной стенки и других сопутствующих аномалий развития;

разработан оптимальный способ хирургической коррекции омфалоцеле больших размеров у новорождённых с выраженными висцеро-абдоминальными диспропорциями, позволивший сократить частоту послеоперационных осложнений и летальности.

Достоверность результатов исследования. Достоверность результатов обоснована использованием объективных критериев оценки состояния детей, современных методов диагностики и лечения, корректным применением методологических подходов и наборов статистического анализа. Исследование проведено на достаточном количестве клинического и экспериментального материала. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов исследования подтверждена применением современных методов диагностики и вариантов хирургического лечения омфалоцеле у новорожденных. Определены факторы риска рождения детей с пороками развития передней брюшной стенки и врожденных аномалий, наиболее часто сопутствующих омфалоцеле, верификация которых дала возможность проводить целенаправленное ante- и постнатальное исследование. Доказана целесообразность и эффективность дифференциального подхода при выборе способа хирургического лечения в зависимости от формы порока. Определены показания к прерыванию беременности при раннем антенатальном выявлении омфалоцеле и других сопутствующих аномалий развития у плода. Отдельные результаты работы дадут возможность в усовершенствовании содержания и структуры программы обучения магистров, клинических ординаторов и слушателей повышения квалификации по диагностике и хирургическому лечению новорожденных с омфалоцеле.

Практическая ценность работы заключается в том, что использование предложенных алгоритмов с конкретизацией спектра акушерской помощи, вариантов маршрутизации при омфалоцеле у новорожденных, а также выбора оптимального варианта лечебной тактики способствовало значительному улучшению результатов лечения. Разработаны показания к различным методам лечения омфалоцеле в зависимости от степени висцеро-абдоминальной диспропорции, размеров грыжи, соматоневрологического фона и тяжести сопутствующих пороков. Предложен эффективный метод

коррекции омфалоцеле больших размеров с выраженными висцеро-абдоминальными диспропорциями.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования по улучшению диагностики и лечения новорождённых с омфалоцеле:

разработан «Способ лечения омфалоцеле больших размеров у новорожденных» (патент IAP 05314, 2016). Предложенный способ позволил сократить частоту послеоперационных осложнений и улучшить непосредственные результаты лечения омфалоцеле больших размеров;

разработаны методические рекомендации «Метод выбора диагностики и лечения омфалоцеле у новорождённых» (справка Министерства здравоохранения №8н-д/151 от 20 июня 2018 года). Предложенные рекомендации позволили улучшить качество диагностики омфалоцеле, оптимизировать критерии ранней антенатальной верификации аномалий развития передней брюшной стенки;

полученные научные результаты по улучшению диагностики и хирургического лечения омфалоцеле у новорождённых внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности в центр неонатальной хирургии Республиканского перинатального центра, в детское хирургическое отделение Городской детской клинической больницы №1 города Ташкента (справка Министерства здравоохранения №8н-д/151 от 20 июня 2018 года). Внедрение полученных результатов в практику здравоохранения позволило повысить возможность ранней антенатальной диагностики омфалоцеле, улучшить непосредственные и отдалённые результаты лечения, снизить частоту послеоперационных осложнений с 52,1% до 30,9% и летальных исходов с 43,8% до 20%.

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

Опубликованность результатов. По теме диссертации опубликовано 23 научные работы, в том числе 5 журнальных статей, 4 из которых в республиканских и 1 в зарубежном журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, списка использованной цитированной литературы и приложений. Объем текстового материала составляет 112 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

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

работы, объеме и краткой структуре диссертации.

В первой главе **«Клиническое течение болезни у больных с омфалоцеле и современные подходы к диагностике и методам лечения»** изложен анализ литературных данных, посвящённых общим и актуальным вопросам омфалоцеле: эмбриогенеза при омфалоцеле, перинатальная диагностика и классификация омфалоцеле, клиническое течение, осложнение и диагностика, современные подходы, направленные на хирургическое лечение новорождённых с омфалоцеле. Проанализированы дискуссионные вопросы, требующие дальнейших разработок.

Во второй главе **«Общая характеристика клинического материала и методов обследования»** представлены материалы и методы исследования. Исследования проводились у 103 новорождённых с омфалоцеле, получавших лечение в 2006 - 2017 годах в Ташкентском педиатрическом медицинском институте, на базе кафедры госпитальной и детской хирургии с курсом детской онкологии на клинической базе кафедры в научно-лечебно-методическом центре Республиканской неонатальной хирургии, Республиканского перинатального центра. Из 103 больных 45 девочек (44%), 58 мальчиков (56%), 84 новорождённых родились в срок (82%), 19 (18%) родились недоношенными. Возраст больных составил от 1 до 4 дней, из них: суточный - 76 (73,8%); двухдневный - 15 (14,6%); трёхдневный – 6 (5,8%) четырёхдневный - 6 (5,8%) новорождённых. Больные с омфалоцеле распределены на две группы: 48 (46,6%) поступили в клинику в 2006-2010 годы, 55 (53,4%) пациентов (основная группа) получали лечение с 2011 по 2017 годы.

Из 103 больных 91 (88,3%) выполнено оперативное лечение. Из 12 (11,7%) больных не оперированных 6 (50%) больных умерли в дооперационном периоде, 6 (50%) пациентам проводилось консервативное лечение, в связи с наличием множественных сопутствующих пороков, препятствующих проведению операции. У 103 женщин, находившихся под наблюдением, в различные сроки беременности было проведено УЗИ в родильных комплексах и скрининг центрах. Только у 63 (61,2%) выявили омфалоцеле в антенатальном периоде. Омфалоцеле у плода в I - триместре беременности определялось в 4 (6,3%) случаях, во II триместре – в 24 (38,1%), в III – триместре – 35 (55,6%) случаев. Начиная со второго триместра с помощью УЗИ у плода определяли не только омфалоцеле, но и элементы грыжевого мешка. Всем 63 (61,2%) больным с омфалоцеле, выявленным в антенатальном периоде с помощью УЗИ, на следующих этапах провели доплер органов, которое дало возможность измерить скорость кровотока и состояние сосудистой стенки пупочных вен. При этом определено, что чем меньше размер грыж, тем выше скорость кровотока в пупочной вене. Напротив чем больше объём грыжи, тем скорость кровотока в пупочной вене медленнее. Скорость кровотока влияла на результаты лечения. В случаи с высокой скоростью кровотока в пупочной вене осложнений с грыжевым мешком не отмечалось, при низкой скорости

кровотока отмечался разрыв грыжевого мешка. Таким образом, если скорость кровотока в пупочной вене снижена, риск разрыва грыжевого мешка повышается, тем самым являясь противопоказанием к физиологическим родам.

В третьей главе «**Клиническое течение и диагностика омфалоцеле**», освещены особенности клинического течения омфалоцеле у новорожденных, а также представлены результаты комплексных методов исследования.

В клинической картине омфалоцеле у новорождённых большое значение имеет деятельность сердечно-сосудистой, дыхательной системы и функции органов брюшной полости. У больных с омфалоцеле во многих случаях наблюдаются такие признаки, как тахикардия, тахипноэ, цианоз. На основе клинического течения мы различали осложнённые и неосложнённые формы омфалоцеле. Такое клиническое течение данного порока имеет основное значение при выборе метода лечения. Вышеуказанные клинические симптомы при этой патологии встречались вместе и/или отдельно. Из 103 больных с омфалоцеле у 59 (57,3%) эмбриональная грыжа была единственным пороком развития, а у 44 (42,7%) вместе с омфалоцеле выявлены множественные сочетанные аномалии. Среди сочетанных пороков у 21 (47,7%) новорождённого наблюдались врожденные пороки развития сердечно-сосудистой системы, у 13 (29,6%) пороки ЖКТ и у 10 (22,7%) пороки других органов. Следует отметить, что чем больше размеры омфалоцеле, тем больше наблюдалось наличие сочетанных пороков. А именно, из 24 детей с омфалоцеле больших размеров у 23 (95,8%) выявили множественные сочетанные пороки. Помимо этого при планировании лечебных мероприятий, большое значение имеет транспортировка больных с роддома до хирургического стационара. Из 103 больных из-за ошибок во время транспортировки (замерзание по дороге, болевой шок, аспирация в дыхательные пути желудочным содержимым в результате отсутствия желудочного зонда, закрытие грыжевого мешка или амниотической оболочки влажной, холодной марлевой салфеткой) 12 (11,7%) новорожденных в больницу доставили в тяжёлом состоянии. Что в свою очередь потребовало длительной предоперационной подготовки, и стала причиной тяжёлого течения послеоперационного периода.

При объективном осмотре грыжи, верхняя часть последней срослась с его листками, отмечалось наличие части остатка иссечённого пупка и пупочной вены, а в нижней части видны парно расположенные пупочные артерии. Дефект брюшной полости не всегда был пропорционален грыжевому выпячиванию, при небольшом размере дефекта, имело место наличие крупной грыжи. Во всех случаях в месте перехода амниотического слоя в кожу отмечалось явное наличие границы между ними, которая располагалась на основании или в верхнем полюсе грыжи. При наблюдении новорождённых с 1-го дня жизни (76-73,8% больных) листки пуповинной оболочки были блестящими, белесоватыми, влажными,

чистыми и прозрачными, а у 27 (26,2%) больных со временем (на 2-4 й день) наблюдалось высыхание листка грыжевого мешка, с постепенным переходом в фиброзную ткань. Новорождённым с грыжей пупочного канатика проводили декомпрессию ЖКТ, далее на грыжевой мешок надевали стерильную, резиновую перчатку, сверху покрывали тёплой, влажной салфеткой для защиты. В группе контроля 22 больных из 48 (45,8%) родились в нашей больнице, всем больным установлены назогастральные зонды с целью декомпрессии желудка. Однако больным группы контроля не проводились сифонные клизмы, что в свою очередь отрицательно повлияло на последующие результаты лечения.

Из 55 больных основной группы, 41 (74,5%) новорождённому родившемуся в нашей больнице был поставлен назогастральный зонд с целью декомпрессии желудка, а также сделана сифонная клизма с целью декомпрессии кишечника. Эти процедуры оказали положительное влияние на уменьшение размеров грыжи и результаты лечения. Из 55 больных основной группы 14 (25,5%) родились в других больницах. Из 14 больных 9 (64,3%) детям для декомпрессии желудка поставлен назогастральный зонд, однако не одному из них не сделана сифонная клизма.

Таким образом, комплексная антенатальная диагностика даёт возможность продления срока беременности, выявлению сопутствующих врождённых пороков, оказывающих отрицательное воздействие на жизнь ребёнка, выбор оптимального метода родов и своевременное оказание новорождённому специализированной хирургической помощи. Что, в свою очередь, положительно влияет на жизнь новорождённых. По результатам исследования нами разработан алгоритм выбора акушерской тактики (рис.1).



Рис. 1. Алгоритм выбора акушерской тактики при омфалоцеле

Из 103 новорождённых у 35 (34%) омфалоцеле выявлено антенатально в РПЦ, все они родились там же под наблюдением специалистов. У всех 35 беременных женщины омфалоцеле у плода выявлены в сроки между 12 и 33 неделями беременности. В 28 (27,2%) случаях антенатальное диагностирование омфалоцеле плода у беременных выявлено в медицинских учреждениях по месту жительства и с целью родоразрешения отправлено в РПЦ.

В 40 (38,8%) случаях, рождения детей с омфалоцеле в других родильных комплексах, диагноз был выставлен после рождения и для лечения эти новорожденные перевезены в РПЦ в тяжёлом состоянии. Основной причиной ухудшения состояния этих новорождённых, было отсутствие проведения адекватной инфузионной терапии и обезболивания, не начатая своевременная антибиотикотерапия при развитой пневмонии в результате аспирации, дыхательная недостаточность и гипотермия при транспортировке. Учитывая вышеуказанные наблюдения нами разработан алгоритм оказания первой помощи и транспортировки новорожденных с омфалоцеле до специализированного стационара (рис. 2).



Рис. 2. Алгоритм оказания первой помощи и транспортировки в специализированный стационар новорожденных с омфалоцеле.

По данным предложенного нами алгоритма видно, что при малых и средних размерах омфалоцеле рекомендуется обрабатывать оболочки грыжевого мешка начиная с рождения ребёнка тёплым стерильным раствором фурациллина и надевать на последнюю стерильную резиновую

перчатку. При омфалоцеле больших размеров начиная с момента рождения ребенка оболочки грыжевого мешка обрабатываются тёплым стерильным раствором фурациллина, на грыжевой мешок одевают стерильную резиновую перчатку, а затем грыжу фиксируют с помощью лейкопластыря к телу плода.

В четвертой главе «**Методы лечения омфалоцеле**» представлена хирургическая тактика при данном заболевании. Всем больным в предоперационном периоде были проведены лечебные мероприятия, учитывая показатели биохимических, клиничко-лабораторных анализов и общего состояние ребёнка. Дооперационная подготовка начиналась с коррекции нарушенного гомеостаза, что составляло 6-24 часов. При этом её продолжительность была связана со сроком после рождения плода, степенью тяжести состояния, показателей температуры тела, коррекции водно-электролитного баланса, улучшение кислотно-щелочного баланса крови, стабилизация периферической гемодинамики, восстановление адекватного диуреза (1 мл/кг/час). Всем новорожденным был установлен назогастральный зонд, с помощью которого активным и пассивным способом из желудка были эвакуированы воздух и жидкость. Очищение кишечника выполнено с помощью сифонной клизмы, установленной в прямую кишку газоотводной трубкой, что дало возможность за счет декомпрессии кишечника, значительно уменьшить объём размеров грыжи.

Из 103 вылеченных новорождённых с омфалоцеле у 91 (88,3%) проведено оперативное лечение, остальные 12 (11,7%) получили консервативное лечение. Из 12 больных с консервативным методом лечения у 10 (83,3%) была эмбриональная грыжа больших размеров с сопутствующими пороками, у 2 (16,7%) больших размеров, но без сопутствующих аномалий. Причиной отказа от операции и проведению консервативного метода лечения был категорический отказ родителей от предложенной хирургической процедуры. Консервативное лечение заключалось в следующем: ежедневно проводилась обработка грыжевого мешка 5% настойкой йода или раствором бетадина до 5 раз в сутки с постепенным уменьшением количества перевязок до 1-2 раза в день. У 1 ребенка из 3 (3,3%) больных с ятрогенным повреждением содержимого грыжи отмечался некроз части кишки вблизи дивертикула Меккеля в результате мальротации кишечника. В связи с чем, этому больному была проведена резекция дивертикула Меккеля и тонкой кишки, с наложением анастомоза конец в конец. А у остальных двух больных, в результате завязывания пуповины снизу, развился некроз кишечника и перитонит. Этим больным проведена операция санации брюшной полости, пластика передней стенки живота и наложения илеостомы.

Всего из 91 прооперированного новорождённого у 77 (84,6%) проведена радикальная операция, 14 (15,4%) больным выполнено поэтапное хирургическое лечение. Из 48 больных группы сравнения у 38 (79,2%) была проведена хирургическая операция (табл.1).

Таблица 1

Сравнительный анализ методов лечения по размерам грыжи у больных основной и сравнительной группы (n=103)

Метод лечения	Группа сравнения (n=48)			Основная группа (n=55)			Всего
	Малый	Средний	Большой	Малый	Средний	Большой	
Радикальная	17 (35,4%)	16 (33,3%)	-	23 (41,8%)	20 (36,4%)	1 (1,8%)	77 (74,7%)
Вентральная грыжа	-	-	5 (10,4%)	-	-	9 (16,4%)	14 (13,6%)
Консервативный	-	-	10 (20,8%)	-	-	2 (3,6%)	12 (11,7%)
Всего	17 35,4%)	16 (33,3%)	15 (31,3%)	23 (41,8%)	20 (36,4%)	12 (21,8%)	103 (100%)

Примечание: $\chi^2 = 23,21$; $p=0,01$

На основании проведенных исследований нами был разработан алгоритм в зависимости от размеров грыжи при омфалоцеле. При этом, в основном малые и средние грыжи (до 3-5 см) родоразрешили физиологическим путём, большие размеры (≥ 5 см.) путём Кесарева сечения. Предоперационная подготовка длилась от 6 до 24 часов, при разрыве грыжевого мешка от 3 до 6 часов. При малых и средних размерах омфалоцеле производилась первичная пластика передней брюшной стенки, при больших размерах омфалоцеле на первом этапе пластики формировалась вентральная грыжа за счёт апоневроза, а затем в 3-5 летнем возрасте рекомендовалась проведение окончательной пластики передней брюшной стенки. (рис. 3).



Рис. 3. Алгоритм метода лечения при омфалоцеле.

Данный алгоритм лечения определяет тактику подготовки новорожденных с омфалоцеле к оперативному лечению, а также выбору адекватного метода операции в зависимости от размера и характера грыжевого дефекта.

По результатам исследования нами разработан новый метод операции при омфалоцеле больших размеров (патент на изобретение: «Способ лечения омфалоцеле больших размеров у новорождённых» IAP №05314, 2016 г.). Операция по предложенной методике была проведена у 9 (37,5%) больных с большими размерами омфалоцеле. По результатам предложенной методики достигнуто увеличение объёма брюшной полости и уменьшение висцеро-абдоминальной диспропорции, при этом хороший результат, достигнут у 8 (88,9%) пациентов, у 1 (11,1%) больного по причине имеющегося сопутствующего порока наблюдался летальный исход. Применение предложенного нами комплексного метода лечения способствовало уменьшению летального исхода у новорождённых с 43,8% до 20%, из них при больших размерах омфалоцеле показатели смертности снизились с 50% до 11,1%. Снижение показателей летальности при разработанном методе операции достигнуто за счет снижения степени висцеро-абдоминальной диспропорции.

В пятой главе **«Анализ ближайших и отдаленных результатов лечения омфалоцеле у новорожденных»** изложен анализ результатов лечения. Из 103 новорождённых с омфалоцеле у 91 (88,3%) проведено оперативное лечение: 77 (84,6%) проведены радикальные оперативные процедуры, 14 (15,4%) метод поэтапного хирургического лечения, 12 (11,7%) больным было проведено консервативное лечение.

Из 48 больных группы сравнения 38 (79,2%) новорожденным проведено хирургическое лечение. В данной группе 2 (4,2%) пациентам сформирована вентральная грыжа (метод Гросса), в 3 (6,3%) случаях к краям дефекта была подшита резиновая перчатка, по типу мешка Шустера, на срок 8-10 дней, для постепенного устранения висцеро-абдоминальной диспропорции и для подготовки ребёнка на второй этап операции (в целях радикальной пластики передней стенки живота или для образования вентральной грыжи). Из 48 больных группы сравнения 11 (23%) детей умерли после операции, 10 (20,8%) - после консервативного лечения. Всего летальный исход в этой группе отмечался у 21 (43,8%) ребёнка.

В основной группе из 55 больных 53 (96,4%) пациентам провели хирургическую процедуру. Из них 44 (83,0%) - радикальную и 9 (17,0%) паллиативную операцию с образованием вентральной грыжи (за счёт апоневроза). В этой группе из 44 радикально оперированных больных у одного ребёнка с большим размером омфалоцеле, была проведена одноэтапная операция, в связи с наличием у этого ребёнка мышечно-абдоминальной диспропорции средней степени. При радикальной операции у данного контингента больных переднюю брюшную стенку следует релаксировать в течение 4-5 дней после операции, что за короткие сроки

приводит к восстановлению объема брюшной полости и приспособлению к новому состоянию. Остальным 2 (3,6%) больным провели консервативное лечение, из-за тяжёлых сопутствующих пороков с большим размером грыжи. Однако, несмотря на проведённые процедуры, у этих детей в результате полиорганной недостаточности зарегистрирован летальный исход.

Среди 44 прооперированных больных основной группы у 9 (16,4%) несмотря на малые и средние размеры грыжи после операции отмечался летальный исход. Общая летальность в основной группе составила 20% (11 новорожденных). У всех умерших больных имело место два и/или более системных порока (пороки ЖКТ, сердечно - сосудистой системы, синдром Беквитта-Видеманна). В нижеследующей диаграмме приведены результаты лечения по группам у больных с омфалоцеле (рис. 4).

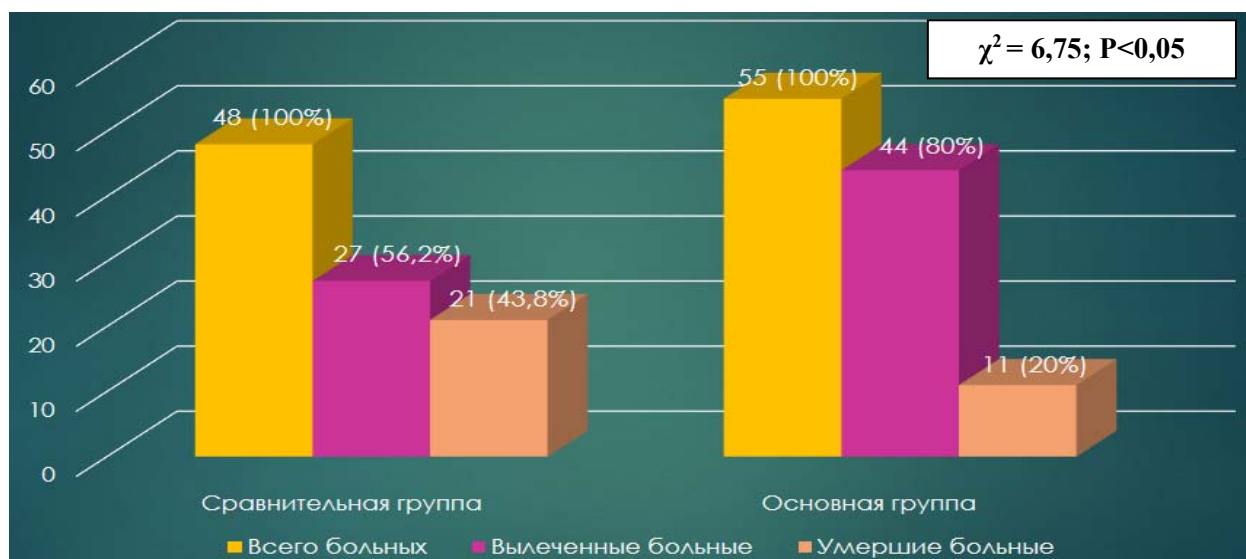


Рис. 4. Результаты лечения больных омфалоцеле по группам

Таким образом, предложенный нами алгоритм лечения, а также разработанный новый метод операции позволил улучшить результаты лечения больных основной группы на 23,8%, и снизить частоту летальности на 1,9 раз.

Согласно анализу результатов проведенного исследования у 91 оперированного больного с омфалоцеле в 46,2% случаев (41 пациент) после операции в раннем периоде наблюдались различные осложнения. Парез кишечника, нагноение операционной раны и признаки пневмонии в каждой из двух групп встречался одинаково. Однако, признаки висцеро-абдоминальной диспропорции у больных в группе сравнения встречались почти в 2 раза (14,6%) чаще. Всего в группе сравнения выявлено 52,1%, в основной группе в 30,9% ранних послеоперационных осложнений.

У всех 32 (31%) умерших новорожденных, в обеих группах, имелся тяжёлый соматический фон, а также признаки наличия аспирационной пневмонии, из них 11 (34,4%) новорожденных были недоношенными. Среди умерших в 66% случаев (21 новорожденный) было два и более множественных порока, которые являлись основной причиной смерти.

Выявлено, что на результаты операции и дальнейшую выживаемость новорожденного влияют рост и вес плода при рождении, степень висцеро-абдоминальной диспропорции, имеющиеся сопутствующие пороки и размеры грыжи.

Также нами определена связь между размерами грыж и наличием других сочетанных аномалий развития, чем больше размер омфалоцеле, тем чаще отмечается наличие других сочетанных пороков. Помимо этого, важную роль как при подготовке пациента к операции, так и на ход операции влияет степень внутричерепные изменения у новорождённого, выявляемая нами по данным нейросонографии. Всего из 32 (31%) умерших больных непосредственно у 4 (12,5%) причиной смерти во время родов являлось внутримозговое кровоизлияние и отёк мозга.

Следующим этапом исследования явился анализ отдалённых результатов лечения, прослеженный у 56 (78,9%) новорожденных из 71, выписанных из стационара после полученного лечения с диагнозом омфалоцеле в сроки от 6 мес. до 3 лет. Для оценки отдалённых результатов лечения учитывалась масса тела, наличие воспалительных явлений верхних дыхательных путей, дисфункций органов желудочно-кишечного тракта, состояние и размеры вентральной грыжи, наличие болевого синдрома, возникающие за счёт процесса рубцевания в брюшной полости. Отдалённые результаты лечения у больных с омфалоцеле оценивались по предложенному Перунским В.П. (2008 год) методу и подразделялись по тяжести состояния на хорошее, удовлетворительное и неудовлетворительное.

Результат отдалённого послеоперационного периода у всех 20 (35,7%) больных расценен как хороший. Отмечалась нормализация клинико-лабораторных показателей крови, вес пациента соответствовал возрасту, наличие негативных клинических симптомов (дисфункция ЖКТ: признаки спаечных процессов в брюшной полости) не наблюдалось. Из 20 больных у 14 (70%) вентральная грыжа отсутствовала, остальные 6 (30%) больных подготовлены на второй этап операции – пластику дефекта передней брюшной стенки.

Удовлетворительный результат лечения отдалённого послеоперационного периода наблюдался у 25 (44,6%) больных. При этом наблюдалось частичное изменение клинико-лабораторных показателей в виде анемия лёгкой степени; со стороны органов ЖКТ: 3-4 кратная дисфункция органов в течение года; 2-3 раза в течении года наблюдались повторные признаки спаечных процессов в брюшной полости.

Неудовлетворительные результаты послеоперационного отдалённого периода наблюдались у 11 (19,6%) больных. При этом, по результатам клинико-лабораторных показателей наблюдалась анемия умеренно-тяжёлой и тяжёлой степени; гипотрофия II-III степени; частая повторная в течение года дисфункция ЖКТ (6-7 раз); частые повторные признаки спаечного процесса в брюшной полости (4-5 раз в течение года). Из 11

больных с неудовлетворительным результатом лечения 3 (27,3%) детям проведена операция по поводу поздней спаечной кишечной непроходимости.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Омфалоцеле в структуре врожденных аномалий, а также пороков передней брюшной стенки составляет 3,2% и 37,2% соответственно. На 3-ем триместре беременности точность пренатального ультразвукового скрининга омфалоцеле составляет 61,2% у 55,6% беременных.

2. Антенатальное выявление омфалоцеле имеет большое значение. Определение показания к прерыванию или сохранению беременности, также выбор тактики ведения родов определяется с учетом размеров грыжи, склонностью к осложнениям, тяжестью сочетанных аномалий и возможностью хирургической коррекции в постнатальном периоде.

3. Омфалоцеле в 56% случаях встречается у мальчиков. Малый и средний размеры омфалоцеле встречаются в 76,7% случаях, а большие размеры - в 23,3%. Осложнённые формы омфалоцеле почти во всех случаях характерны для больших размеров. В 42,7% случаев эта аномалия сочетается с другими пороками, при этом, чем больше размер грыжи, тем выше вероятность их развития, которая достигает 95,8% при больших размерах омфалоцеле.

4. Выбор способа оперативной коррекции при омфалоцеле зависит от степени висцеро-абдоминальной диспропорции, размеров грыжи, соматоневрологического фона и тяжести сопутствующих пороков. Омфалоцеле малых и средних размеров является показанием к радикальному хирургическому вмешательству традиционным способом, большие и гигантские размеры грыжи разработанным способом с целью устранения висцеро-абдоминальной диспропорции.

5. При хирургической коррекции омфалоцеле для оптимальной репозиции печени и снижения внутрибрюшного давления декомпрессия желудочно-кишечного тракта обеспечивает благоприятного течения послеоперационного периода, раннего восстановления функции органов брюшной полости и позволяет улучшить результаты лечения.

6. В отдаленном периоде после коррекции омфалоцеле хорошие результаты отмечены у 35,7%, удовлетворительные у 44,6% и неудовлетворительные у 19,6% детей, что зависело от исходных размеров грыжи и тяжести сопутствующих пороков.

**SCIENTIFIC COUNCIL AWARD SCIENTIFIC DEGREES
DSc.27.06.2017.Tib.49.01 AT REPUBLIC SPECIALIZED SCIENTIFIC AND
PRACTICAL MEDICAL CENTER OF SURGERY NAMED AFTER
ACADEMICIAN V.VAKHIDOV AND TASHKENT MEDICAL ACADEMY**

TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL INSTITUTE

RUZMATOV IZZATBEK BAXTIYOROVICH

**IMPROVEMENT DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT
OMPHALOCELE AT NEWBORNS**

14.00.35 - Pediatric surgery

**DISSERTATION ABSTRACT of the DOCTOR of
PHILOSOPHY (PhD) in MEDICAL SCIENCES**

TASHKENT – 2019

The subject of doctor of philosophy (PhD) dissertation registered by the Supreme Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic Uzbekistan in №B2017.3.PhD/Tib381.

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

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

Scientific consultant:	Ergashev Baxtiyor Berdaliyevich Doctor of medicine
Official opponents:	Ergashev Nasriddin Shamsiddinovich Doctor of medicine, professor Shamsiev Azamat Mukhiddinovich Doctor of medicine, professor
Leading organization:	Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino

The defense will be take place on «_____» _____ 2019 at ____ o'clock at the meeting of the scientific council DSc.27.06.2017.tib.49.01 at the Republican specialized scientific and practical medical centre of surgery named after academician V.Vakhidov and Tashkent medical academy. (address: 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str. 10, Republican specialized scientific and practical medical center of surgery named after academician V.Vakhidov; phone: (99891) 227-69-10; fax: (99871) 227-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru).

The dissertation is available in the Information Resource Center of the Republican specialized scientific and practical medical centre of surgery named after academician V.Vakhidov (Registration number №70), (Adress 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str., 10. Phone: (99871) 227-69-10; fax (99871) 227-26-42).

Abstract of dissertation sent out on «_____» _____ 2019 year.
(mailing report № _____ on _____ 2019 year)

F.G. Nazyro

Chairman of the scientific council to award of scientific degrees, doctor of medicine, professor, academician

A.Kh.Babadjanov

Scientific secretary of the scientific council to award of scientific degrees, doctor of medicine

A.V. Devyatov

Chairman of the scientific seminar at the scientific council to award a scientific degrees doctor of medicine, professor

INTRODUCTION (abstract of PhD thesis)

The aim of the research work: is to improve the results of omphalocele treatment in newborns by improving diagnostic and surgical tactic.

The object of the research work: 103 newborns were diagnosed with the omphalocele in the Tashkent Pediatric Institute of the Department of Hospital Pediatric Surgery of the Clinical Base at the Republican Perinatal Center of the Republican Neonatal Surgery Training Medical and Methodological Center for the period from 2006 to 2017.

The scientific novelty of the research work is as follows:

a method for treating large-sized omphalocele in newborns has been developed, optimizing the surgical aspects of the correction of viscerobdominal disproportion with various defects of the anterior abdominal wall;

the criteria for verifying the severity of omphalocele flow were refined depending on the degree of viscerobdominal disproportion, hernia size, somatoneurological background and severity of associated defects;

the specific weight of omphalocele was determined among other congenital anomalies and the relationship between associated defects and the size of the defect of the anterior abdominal wall was proved;

on the basis of an ante- and postnatal study, the risk factors for the birth of children with malformations of the anterior abdominal wall and other congenital pathologies most often associated with omphalocele were determined;

the ultrasound aspects of antenatal screening for the prognostic assessment of the severity of anomalies associated with omphalocele in the fetus, which contribute to the concretization of indications for the preservation or termination of pregnancy, are disclosed.

Introduction of research results. According to the results of a scientific study to improve the diagnosis and treatment of newborns with omphalocele:

a "Method for treating large-sized omphalocele in newborns" was developed (patent IAP 05314, 2016). The proposed method has allowed to reduce the frequency of postoperative complications and improve the immediate results of treatment of large-sized omphalocele;

methodical recommendations were developed "Method of choice of diagnosis and treatment of omphalocele in newborns" (reference of the Ministry of Health No. 8n-d / 151 dated June 20, 2018). The proposed recommendations allowed to improve the quality of the diagnosis of omphalocele, optimize the criteria for early antenatal verification of anomalies of the development of the anterior abdominal wall;

the scientific results obtained to improve the diagnosis and surgical treatment of omphalocele in newborns were introduced into the practice of health care, in particular at the Center for Neonatal Surgery of the Republican Perinatal Center, at the pediatric surgical department of the City Children's Clinical Hospital No.1 of the city of Tashkent dated June 20, 2018). The implementation of the obtained results in the practice of healthcare has increased the possibility of early antenatal diagnosis of omphalocele, improved immediate and long-term treatment results,

reduced the incidence of postoperative complications from 52.1% to 30.9% and deaths from 43.8% to 20%.

Structure and scope of the dissertation. The thesis consists of an introduction, five chapters, conclusion, conclusions, list of the cited literature and applications. The volume of textual material is 112 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; part I)

1. Эргашев Б.Б., Рўзматов И.Б. «Способ лечения омфалоцеле больших размеров у новорожденных» Ўзбекистон Республикаси Интеллектуал Мулк Агентлиги, Тошкент, 2016 йил, ихтирога патент. № IAP 05314.
2. Эргашев Б.Б., Рўзматов И.Б. Перинатальная диагностика и хирургическое лечение новорождённых с грыжей пупочного канатика// Педиатрия. – Ташкент. – №1-2. – 2013. – С.53-54. (14.00.00, № 16)
3. Рўзматов И.Б., Эргашев Б.Б. Выбор способа хирургической коррекции омфалоцеле у новорожденных// Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. – Ташкент. – 2015. – №4. – С.48-50. (14.00.00, № 17)
4. Рўзматов И.Б., Эргашев Б.Б. Диагностика и хирургическое лечение омфалоцеле у новорожденных// Детская хирургия. – Москва. – №3. – 2017. – С.131-133. (14.00.00, № 44)
5. Эргашев Б.Б., Рўзматов И.Б. Чақалоқларда омфалоцеленинг клиник кечиш хусусиятлари// Педиатрия. – Ташкент. – №3. – 2017. – С.110-112. (14.00.00, № 16)
6. Рўзматов И.Б. Янги туғилган чақалоқларда омфалоцелени ташхислаш ва даволаш муаммосининг умумий ҳолати// Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси. – Тошкент. – №2 – 2018. – Б. 33-37. (14.00.00, №13)

II бўлим (II часть; part II)

7. Эргашев Б.Б., Рўзматов И.Б. Чақалоқларда омфалоцелени ташхислаш ва даволаш усулини танлаш. Услубий тавсиянома. Тошкент. 2018, 16 стр.
8. Ruzmatov I.B., Ergashev B.B. Diagnosing and Methods of Treatment of A Large-Size Omphalocele on A Newborn// International Journal of Research. – India. – 2018 December 23. Volume 05. – pp. 479-485.
9. Эргашев Б.Б., Рўзматов И.Б.// Лечебная тактика при омфалоцеле у новорождённых. Тиббиётда янги кун. Илмий рефератив маънавий-маърифий журнал. – Ташкент. – №2 – 2013. – Б. 48-49.
10. Ruzmatov I.B., Ergashev B.B. Meeting of associated pathologies with omphalocele in newborns// Science, info research, development. – USA. – 2018. – pp. 113-114.
11. Эргашев Б.Б., Эшкабилов Ш.Д., Рўзматов И.Б. Хирургическое лечение омфалоцеле у новорождённых// Шошилинич тиббёт ахборотномаси. Ўзбекистон шошилинич тиббий ёрдам врачлар ассоциацияси журналы. 12-Республика илмий-амалий анжуманининг материаллари. – Тошкент 2014 йил 22 май. – Б.-132.

12. Эргашев Б.Б., Рўзматов И.Б. Выбор метода операции при эмбриональной грыже у новорожденных// Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. Приложение. Материалы I съезда детских хирургов России. 20-22 октябрь 2015 год. – Москва. – С. 132-133.

13. Эргашев Б.Б., Абдуғаниев А.А., Эшкабилов Ш.Д., Рўзматов И.Б. Современный методы диагностики и лечения омфалоцеле у новорождённых// Новые технологии в детской хирургии, урологии, анестезиологии и реаниматологии. – Самарканд. – 2012. – Б.86-87.

14. Эргашев Б.Б., Эшкабилов Ш.Д., Рўзматов И.Б. Хирургическое лечение новорождённых с эмбриональной грыжей// XIX российская конференция СНК детской хирургии. – Орёл – 2012. – С.120.

15. Эргашев Б.Б., Рўзматов И.Б. Пренатальная диагностика и хирургическое лечение новорождённых с эмбриональной грыжей// Достижения и перспективы развития детской хирургии. Материалы научно-практической конференции с международным участием, посвященной 85 – летию дня рождения член корр. АН РТ, профессора А.Т. Пулатова. Таджикистан, сборник тезисов. – Душанбе. – 2013. – С.277.

16. Рўзматов И.Б. Чақалоқларда омфалоцеледа жарроҳлик усулини танлаш// «Меъда-ичак трактидан қон кетиши диагностикаси ва даволашнинг замонавий аспекти», тезислар тўплами. – Урганч. – 2015 йил. 27-28 октябрь. – Б. –153-154.

17. Рўзматов И.Б. Чақалоқларда киндик тизимчаси чуррасида жарроҳлик усулини танлаш// «Гиббиётнинг долзарб муоммалари» мавзусидаги Республика илмий-амалий анжумани тўплами. Филиал ташкил қилинганлигининг 25 йиллигига бағишланган, тезислар тўплами. – Урганч. – 2017 йил. – 24-25 май. – Б. 120-121.

18. Эргашев Б.Б., Рўзматов И.Б., Сапаев О.Қ. Чақалоқларда омфалоцеледа қорин олд девори пластикасини оптималлаштириш// Научно-практической конференции «Актуальные вопросы детской хирургии и анестезиологии-реанимации», посвященной 70-летию кафедры детской хирургии ТашПМИ, сборник тезисов. – Тошкент. 10-11 ноябрь 2017 год. – С. 24.

19. Эргашев Б.Б., Рўзматов И.Б. Чақалоқларда омфалоцелени даволаш натижалари таҳлили// Научно-практической конференции «Актуальные вопросы детской хирургии и анестезиологии-реанимации», посвященной 70-летию кафедры детской хирургии ТашПМИ, сборник тезисов. – Тошкент. 10-11 ноябрь 2017 год. – С. 36.

20. Эргашев Б.Б., Рўзматов И.Б. Пренатальная диагностика и хирургическое лечение новорожденных с эмбриональной грыжей// Научно-практической конференции «Актуальные вопросы детской хирургии и анестезиологии-реанимации», посвященной 70-летию кафедры детской хирургии ТашПМИ, сборник тезисов. – Тошкент. 10-11 ноябрь 2017 год. – С. 35.

21. Эргашев Б.Б., Рўзматов И.Б. Чақалоқларда катта ўлчамли омфалоцеледа операция усулини танлаш// “Педиатрия, болалар хирургияси, анестезиология ва реаниматологиясининг долзарб муаммолари” мавзусидаги

вилоят илмий-амалий конференцияси, тезислар тўплами. – Қарши шаҳри 2018 йил. 13 апрел. – Б. 65-66.

22. Рўзматов И.Б. Омфалоцеледа жарроҳлик усулини такомиллаштириш// “Тиббиётда ва жарроҳликда миниинвазив технологияларнинг ривожланиши ва истиқболлари”. Республика илмий-амалий конференцияси, тезислар тўплами. – Урганч шаҳри 2018 йил. 2-3 май. – Б. 178-179.

23. Рўзматов И.Б., Эргашев Б.Б., Якубов Э.А. Чақалокларда омфалоцелени даволаш натижаларининг қиёсий таҳлили// Республиканской научно-практической конференции на тему: «Современные технологии в детской хирургии», сборник тезисов. – Тошкент. 1-2 июнь 2018 год. – С. 61-62.

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси» журнали тахририятида тахрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

Бичими: 84x60 1/16. «Times New Roman» гарнитура рақамли босма усулида босилди.
Шартли босма табоғи: 4,2. Адади 100. Буюртма №6.

«Тошкент кимё-технология институти» босмахонасида чоп этилди.
100011, Тошкент, Навоий кўчаси, 32-уй.