

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

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

САИДОВ МУРОДИЛЛО САЙФУЛЛОЕВИЧ

**АНОРЕКТАЛ НУҚСОНЛАР БИЛАН ТУҒИЛГАН БОЛАЛАРНИ
ТАШХИСЛАШ, ДАВОЛАШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ УСУЛЛАРИ**

14.00.35 – Болалар хирургияси

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

ТОШКЕНТ - 2019

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor philosophy (PhD)

Саидов Муродилло Сайфуллоевич

Ааноректал нуқсонлар билан туғилган болаларни ташхислаш, даволаш
ва реабилитациясини такомиллаштириш
усуллари.....

3

Саидов Муродилло Сайфуллоевич

Пути оптимизации диагностики, лечения и реабилитации детей с
аноректальными мальформациями

21

SaidovMurodillo Sayfulloyevich

Ways to optimize diagnostics, treatment and rehabilitation of children with
anorectal malformations.....

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
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.27.06.2017.Tib.49.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

САИДОВ МУРОДИЛЛО САЙФУЛЛОЕВИЧ

**АНОРЕКТАЛ НУҚСОНЛАР БИЛАН ТУҒИЛГАН БОЛАЛАРНИ
ТАШХИСЛАШ, ДАВОЛАШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ УСУЛЛАРИ**

14.00.35 – Болалар хирургияси

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

ТОШКЕНТ - 2019

Фалсафа доктори (PhD) диссертациясининг мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси қошидаги Олий аттестация комиссиясида №B2018.1.PhD/Tib531 сон билан қайд қилинган.

Диссертация Самарқанд давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенаш веб саҳифасида ҳамда «Ziyonet» (www.ziyonet.uz) илмий-таълимий порталида жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:	Шамсиев Жамшид Азаматович тиббиёт фанлари доктори
Расмий оппонентлар:	Эргашев Насритдин Шамситдинович. тиббиёт фанлари доктори, профессор Акилов Хабибулла Атауллаевич. тиббиёт фанлари доктори, профессор
Етакчи ташкилот:	«Астана тиббиёт университети» ноtijорат акционер жамияти, Нурсултан шаҳри, Қозоғистон Республикаси

Диссертация ҳамояси 2019 йил «_____» _____ соат _____ да бўлиб ўтувчи Академик В.Воҳидов номидаги Республика жарроҳлик илмий-амалий тиббий маркази ҳамда Тошкент тиббиёт академияси қошидаги илмий даражалар берувчи DSc.27.06.2017.Tib.49.01 Илмий кенгаши (Манзил: 100115, Тошкент шаҳри, Кичик ҳалқа йўли кўчаси, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru).

Диссертация билан Академик В.Воҳидов номидаги Республика жарроҳлик илмий-амалий тиббий маркази Ахборот-ресурс марказида танишиб чиқиш мумкин (90-сон билан рўйхатга олинган). Манзил: 100115, Тошкент шаҳри, Кичик ҳалқа йўли кўчаси, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42

Диссертация автореферати 2019 йил «_____» _____ да юборилган.
(юбориш баённомаси реестри №_____, санаси 2019 йил _____).

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. Девятков

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

КИРИШ (Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурияти. Аноректал мальформация (АРМ) болалар колопроктологиясидаги энг кўп тарқалган туғма нуқсонлардан бири бўлиб, “ўртача ҳар 5000 янги туғилган чақалоқдан бирида учрайди”¹. Ушбу нуқсон анатомик турларининг қамрови кенг ва турли-туманлик билан тавсифланиб, бунда улар сезиларсиз оғишлардан мураккаб аномалияларгача бўлиши, шунингдек замонавий усулда даволанишни талаб қилиши мумкин. АРМ бўлган болаларнинг ярмидан кўпи бошқа ривожланиш нуқсонларига ҳам эга бўлишлари мумкин, бу эса даволашнинг оптимал тактикасини танлашни қийинлаштиради ҳамда салбий натижаларга олиб келувчи хавф омиллари сонининг сезиларли ошиб кетишига таъсир кўрсатади. АРМнинг эпидемиологик жиҳатларини ўрганиш динамикада шуни кўрсатдики, замонавий тиббиёт ютуқларига қарамасдан, ушбу нуқсон ҳанузгача тез-тез учраб туради, унинг диагностикасида орқага қолиш кўплаб мамлакатларда кенг тарқалган ҳамда ўлимга олиб келувчи ҳолат бўлиб қолмоқда. АРМни, айниқса, унинг шошилинич оператив даволашни талаб қилувчи мураккаб шакллари ўз вақтида верификация қилишнинг мавжуд эмаслиги, даволашнинг оптимал тактикасини танлаш борасидаги ҳаракатларнинг номувофиқлиги хирургик амалиётлардан кейинги асоратлар улушининг 50% гача етиши ёки жуда юқори даражадаги, яъни 35% ўлимга олиб келиши мумкин². Шу муносабат билан, ҳозирги вақтда АРМни даволаш натижаларини яхшилаш бўйича эрта диагностика қилиш, шунингдек, ушбу нуқсонни хирургик даволашнинг тактик-техник жиҳатларини такомиллаштириш масалалари устувор йўналишлардан бўлиб ҳисобланади.

Жаҳон амалиётида ҳозирги вақтда АРМ ривожланишининг патогенетик механизмларини ўрганиш ва генетик хавф омилларини аниқлаш ҳамда ушбу нуқсонни интранатал аниқлаш имкониятларини кенгайтириш энг долзарб илмий изланишлардан бўлиб қолмоқда. Ушбу аномалиянинг эрта эмбрионал шаклланишини ҳисобга олган ҳолда АРМ учун эталон ҳисобланган генларни аниқлаш ҳамда эмбрионнинг критик ривожланиш даврларидаги хавф омилларининг мутацион таъсирини ўрганиш бўйича фаол изланишлар олиб борилмоқда. Нуқсоннинг мураккаблиги, ушбу зонадаги мушак ва нейрорецептор аппарати гипоплазияси даражасини ҳисобга олган ҳолда АРМнинг турли вариантлари шаклланишининг ўзига хос хусусиятларини аниқлаш бўйича эмбриологик, экспериментал ва клиник тадқиқотлар давом эттирилмоқда. Даволашнинг баъзи бир техник жиҳатларини морфофункционал асослаб бериш билан нуқсонни хирургик коррекция

¹Cassina M, Fascetti Leon F, Ruol M, Chiarenza SF, Scirè G, Midrio P, Clementi M, Gamba P. Prevalence and survival of patients with anorectal malformations: A population-based study. *J Pediatr Surg.* 2019 Mar 16. pii: S0022-3468(19)30205-2.

² Ekenze SO, Modekwe VO, Ajuzieogu OV, Asinobi IO, Sanusi J. Neonatal surgery in a developing country: Outcome of co-ordinated interdisciplinary collaboration. *J Paediatr Child Health.* 2017 Oct;53(10):976-980.

қилиш усулларини такомиллаштириш масалалари айниқса долзарб ҳисобланади.

Ҳозирги вақтда аҳолини ижтимоий ҳимоя қилиш ҳамда соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш бўйича кенг кўламли ишлар олиб борилмоқда. Ушбу йўналишда, хусусан, АРМ бўлган болаларни хирургик даволашни яхшилаш бўйича муайян ижобий натижаларга эришилган. Шу билан бирга, ушбу беморларга кўрсатиладиган ёрдамни яхшилаш учун узоқ муддатли касалликнинг қайта кўзғалишининг олдини олишни ҳисобга олган ҳолда хирургик даволашнинг самарадорлигини баҳолаш бўйича илмий асосланган натижалар талаб қилинади. «2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегиясида аҳолининг ҳимояга муҳтож қатламига уларнинг тўлақонли ҳаётий фаолиятларини таъминлаш мақсадида тиббий-ижтимоий ёрдам тизимини ривожлантириш ва такомиллаштириш вазифалари белгиланган»³. Ушбу вазифаларни амалга ошириш, жумладан, хирургик даволашнинг диагностик ва тактик-техник жиҳатларини яхшилаш, шунингдек қайта тиклаш дастурини оптималлаштириш йўли билан аноректал мальформацияларни даволаш натижаларини яхшилаш энг долзарб йўналишлардан бўлиб ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 16 мартдаги ПФ-4985-сон “Шошилиш тиббий ёрдамни янада такомиллаштириш чоратadbирлари тўғрисида”ги Фармони, 2017 йил 27 декабрдаги ПҚ-3440-сон “2018-2022 йилларда болаларда туғма ва ирсий касалликларни барвақт аниқлаш давлат дастури тўғрисида”ги ва 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сон “Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чоратadbирлари тўғрисида”ги Қарорлари ҳамда Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2017 йил 10 майдаги 266-сон “Жамият саломатлиги ва соғлиқни сақлашни ташкил этиш илмий-тадқиқот институти фаолияти тўғрисида”ги Қарори, шунингдек мазкур соҳада қабул қилинган бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатлар вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

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

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Аноректал ривожланиш нуқсонлари тез-тез учраб турадиган болалар ёшидаги туғма патология бўлиб ҳисобланади. Ушбу нуқсоннинг қамрови даволаниши жуда яхши функционал натижа берадиган оддий, бирламчи шаклдан оптимал даволаш-диагностика тактикасини танлаш борасида қийинчилик келтириб чиқарувчи мураккаб

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

комбинациялашган нуқсонлар орасида тебраниб туради⁴. Ушбу йўналишда янги туғилган чақалоқларни сифатли баҳолаш маълум бир аҳамият касб этиб, бу АРМни ўз вақтида диагностика қилишни таъминлаш ҳамда нуқсонни кеч муддатларда верификация қилиш билан боғлиқ асоратларни бартараф қилиш учун муҳим ҳисобланади⁵. Шундай қилиб, Говендер С ва Ваерсман Р. тадқиқотларида ташхис қўйилган болаларнинг ўртача ёши 3 кунни ташкил қилди ва 2 кундан 5 ёшгача оралиқда бўлган⁶. АРМ аниқланган болалар учун текширув баёнотини стандартлаштириш яна бир долзарб масалалардан бўлиб ҳисобланади. Аллақачон классик бўлиб қолган диагностиканинг турли хил усуллари қўллаш баъзан танқидий қабул қилинмайди, бу эса замонавий ривожланаётган усулларни жорий қилишнинг мавжуд эмаслиги билан бирга нуқсон шаклини нотўғри талқин қилишга ва натижада хирургик даволашнинг асосиз тактикасига олиб келади⁷.

Аноректал аномалиянинг турини тўғри аниқлаш хирургик даволаш ва узоқ муддатли прогноз тактикасини аниқлашда муҳим таркибий қисм ҳисобланади. XX асрдан бери пуборектал ковузлоқни сақлаб қолиш ғояси ёпиқ аноректал механизмни таъминловчи асосий омил сифатида муҳим аҳамиятга эга бўлган. Ушбу ёндашувнинг ривожланишига Г.И. Баиров, А.И. Ленюшкин, П. Ромуалди, Ф. Рейбен, Ф. Соаве, В. Кизветтер, П. Моллард, А. Пена ва бошқалар турли хил усулларни таклиф қилган ҳолда ўз ҳиссалари қўшганлар. Аммо, аноректал нуқсонларни жарроҳлик даволашда қилинган барча ҳаракатларга қарамай, даволаш натижаларини ижобий деб бўлмайди. Юқори нуқсон шакллари билан даволашнинг биринчи босқичи бўлган болалар жарроҳларининг аксарияти колостомани⁸ қўллашади.

Ҳозирги даврда ушбу босқични лапароскопик усулда бажариш мумкин, бу сизга ичак тракти бўйлаб ўтишни тезда тиклашни, эрта овқатлантиришни бошлаш ва болани стационарда ётадиган вақтни қисқартириш имконини беради^{9,10}. Асосий босқич ўртача 12 ойдан кейин амалга оширилади. Бундан ташқари, кўплаб таклиф қилинган жарроҳлик ёрдамларга қарамай, амалиётдан кейинги асоратлар, айниқса касалликнинг кеч ташхиси қўйилган

⁴Stoll C, Dott B, Alembik Y, Roth MP. Associated anomalies in cases with anorectal anomalies. *Am J Med Genet A*. 2018 Dec;176(12):2646-2660.

⁵Kruger P, Teague WJ, Khanal R, Hutson JM, King SK. Delayed diagnosis of anorectal malformations in neonates. *ANZ J Surg*. 2019 Aug 26. doi:10.1111/ans.15374.

⁶Govender S, Wiersma R. Delayed diagnosis of anorectal malformations (ARM): causes and consequences in a resource-constrained environment. *Pediatr Surg Int*. 2016 Apr;32(4):369-75.

⁷Дегтярев Ю.Г. и др. Врожденные пороки развития аноректальной области. Мин-во здравоохран. Республики Беларусь, ГУ «Респ. науч.-практич. центр детской хирургии» - Минск: Четыре четверти, 2017. - 180 с.

⁸Разин МП и др. (2018). Детская хирургия: учебник. Москва: ГЭОТАР-Медиа:136-141.

⁹Аксельров М.А., Сергиенко Т.В., Верхоланцев О.А. Лапароскопия или лапаротомия при формировании колостомы у новорожденных с атрезией ануса и прямой кишки? // *Хірургія дитячого віку* №2(59)/2018. -С. 64-66.

¹⁰Ren X, Xu H, Jiang Q, Diao M, Li X, Li L. Single-incision laparoscopic-assisted anorectoplasty for treating children with intermediate-type anorectal malformations and rectobulbar fistula: a comparative study. *Pediatr Surg Int*. 2019 Sep 7. doi: 10.1007/s00383-019-04549-3.

гуруҳда юқори даражада сақланиб қолмоқда^{11,12}. Ушбу муаммо АРМ касаллиги билан қайта касалланган болалар учун янада жиддий бўлиб, уларнинг даволаш натижалари учун адабиётда чекланган нашрлар бағишланган.

Диссертация тадқиқотнинг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Самарқанд давлат тиббиёт институтининг «Болаларда хирургик касалликлар диагностикаси ва даволашни такомиллаштириш ва уларнинг асоратлари профилактикаси чора-тадбирларини ишлаб чиқиш» (2012-2016 йй.) мавзусидаги илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади хирургик аралашувларнинг диагностик ва тактик-техник жиҳатларини такомиллаштириш, шунингдек реабилитация дастурини оптималлаштириш йўли билан аноректал нуқсонларни даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

АРМ ривожланиш частотасининг интенсив кўрсаткичини ва уларнинг Самарқанд вилоятидаги барча туғма нуқсонлари таркибидаги улушини аниқлаш;

хомилада аноректал соҳадаги ривожланиш нуқсонларини текширишда ҳомиладор аёлларда сонографик скрининг диагностикаси самарадорлигини баҳолаш;

нуқсонни хирургик даволашдан сўнг яқин ва узоқ даврларда АРМ бўлган болаларни периператив даволаш комплексини такомиллаштириш ва унинг самарадорлигини баҳолаш;

АРМ бартараф этилганидан сўнг тўғри ичак сфинктер аппаратининг фаолиятга лаёқатсизлиги ривожланишининг асосий сабаблари тузилмасини аниқлаш;

АРМ бартараф этилганидан сўнг вайта касалланган болаларни даволашнинг мукаммаллаштирилган дастурининг натижаларини ўрганиш;

Тадқиқотнинг объекти сифатида АРМ бўлган 679 та бола хизмат қилган бўлиб, улардан 601 та бола 1989 йилдан 2015 йилгача бўлган даврда Самарқанд давлат тиббиёт институтининг 2-клиникасида, қолган 78 таси эса Қозоғистон Республикаси Олмота шаҳрининг педиатрия ва болалар хирургияси илмий марказининг хирургия бўлимида даволанган.

Тадқиқотнинг предмети тўғри ичак дистал охиригининг нейрогистологик ҳолатини ҳисобга олган ҳолда, хирургик даволашни танлашда дифференциал ёндашувдан фойдаланиб, АРМ бўлган болаларни комплекс текшириш ва хирургик даволаш натижаларининг таҳлили ҳисобланади.

¹¹ Judd-Glossy L, Ariefdjohan M, Curry S, Ketzer J, Pena A, Bischoff A. A survey of adults with anorectal malformations: perspectives on educational, vocational, and psychosocial experiences. *Pediatr Surg Int.* 2019 Sep;35(9):953-961.

¹² Zhan Y, Wang J, Guo WL. Comparative Effectiveness of Imaging Modalities for Preoperative Assessment of Anorectal Malformation in the Pediatric Population. *J Pediatr Surg.* 2019 Aug 30. pii: S0022-3468(19)30577-9.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот мақсадига эришиш ва қўйилган масалаларни ҳал қилиш учун қуйидаги усуллардан фойдаланилган: умумийклиник, биокимёвий, инструментал, морфологик ва статистик усуллар.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

скрининг диагностикасининг сезгирлиги, ўзига хослиги ва умумий аниқлигини баҳолаш билан хомила ривожланишининг аноректал мальформацияни ва у билан бирга келувчи нуқсонларни антенатал текширишнинг сонографик хусусиятлари аниқлаштирилган;

зарарланган аъзонинг нейрогистологик тузилишини, хирургик аралашув ва реабилитация дастурининг тактик ва техник хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда, янги туғилган чақалоқларда аноректал мальформацияни эрта хирургик даволаш натижаларига таъсир кўрсатадиган клиник ва патогенетик жиҳатлар аниқланган;

тўғри ичак сфинктер аппаратининг функционал ҳолатига қараб даволаш натижаларини балли баҳолаш шкаласини такомиллаштириш учун аноректал мальформацияни хирургик бартараф этилганидан сўнг аноректал зонанинг проприоцептив хусусиятларини тавсифловчи асосий клиник ва физиологик омиллар тизимлаштирилган;

нуқсонни хирургик даволашнинг тактик ва техник хусусиятларини ва амалиётдан кейинги реабилитация дастурининг сифатини ҳисобга олган ҳолда аноректал мальформацияни бартараф этилганидан сўнг тўғри ичак сфинктер аппаратининг ишга лаёқатсизлиги ривожланишининг хавф омиллари аниқлаштирилган;

аноректал тешик ҳудудида тўғри ичак шиллиқ қаватнинг сақланиб қолиниши унинг нейрорецептор аппарати зичлиги ҳажминини сақлашга ёрдам бериши ва мушакларнинг тўғри тонусини ва ректоанал зонанинг зарур ҳаракатчанлик даражасини тиклашга ёрдам бериши исботланган

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

20-22-хафтадаги гестацион ёш билан антенатал даврда ультратовуш сонография аноректал соҳада нуқсон ривожланишини аниқлашнинг ахборот диагностик усули ҳисобланиб, янги туғилганларнинг биринчи дақиқаларидан киритиш тактикасини оптималлаштириш имконини берган;

қониқарсиз натижалар ва ўлим хавфини пасайтириш имконини берувчи, амалиётдан кейинги даврни узайтириш дастурини мукамаллаштириш билан янги туғилганларда қайта аноректал мальформацияни эрта хирургик даволашнинг тактик-техник жиҳатлари оптималлаштирилган;

аноректал мальформацияни хирургик даволаш натижаларини тузатиш тизимини оптималлаштиришга имкон берган турли клиник аломатларни ҳисобга олган ҳолда тўғри ичак сфинктер аппаратининг функционал ҳолатини балли баҳолаш шкаласи такомиллаштирилган;

қайта реконструктив ва қайта тикловчи амалиётларнинг тактик-техник жиҳатларини ва амалиётдан кейинги комплекс реабилитация дастурини

оптималлаштириш имконини берувчи аноректал мальформациянинг қайта юзага келишининг асосий сабаблари аниқлаштирилган;

амалиётдан кейинги аломатлар частотасини камайтириш ва таклиф этилган реабилитацион дастур мажмуасида хирургик аралашувларнинг узоклаштирилган натижаларини яхшилаш имконини берувчи аноректал мальформациянинг биринчи ва қайта шакллари даволашнинг оптимал тактикасини танлаш алгоритми ишлаб чиқилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги замонавий, амалиётда кенг қўлланадиган клиник, лаборатор ва инструментал тадқиқот усулларни қўллаш билан тасдиқланган. Барча олинган натижалар ва хулосалар далилий тиббиётга асосланади. Статистик ишлов бериш натижаларининг ишончлилигини тасдиқлаган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шу билан аниқланадики, олинган хулосалар ва таклифлар ўзларининг назарий аҳамиятига эга бўлиб, бу АРМ бўлган болаларни ташхис қўйиш ва даволашга замонавий ёндашувларни ишлаб чиқишга муҳим ҳисса қўшади, хирургик амалиёт ва реабилитация дастурининг тактик ва техник хусусиятларини, зарарланган аъзонинг нейростологик тузилишини ҳисобга олган ҳолда янги туғилган чақалоқларда ушбу нуқсонни эрта хирургик даволаш натижаларига таъсир қилувчи клиник ва патогенетик омиллар ўрганилган.

Ишнинг амалий аҳамияти шундан иборатки, ундаги асосий хулосалар ва тавсиялар турли даражадаги тиббиёт муассасаларида АРМ бўлган болаларни ташхислашда ва даволашда қўлланилиши мумкин, ривожланиш нуқсонининг ушбу турини хирургик даволашни омилли баҳолаш ва замонавий позицияларига асосланган даволаш-ташхис қўйиш тадбирларининг оптимал алгоритмлари таклиф қилинган бўлиб, улар амалиёт натижаларини яхшилашга ва амалиётдан кейинги реабилитация муддатини қисқартиришга имкон берган АРМни даволаш-диагностика алгоритми таклиф этилган.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Аноректал мальформацияси бўлган болаларда ташхис қўйишни ва хирургик даволашни яхшилаш бўйича илмий тадқиқот натижалари асосида:

“Аноректал мальформацияси бўлган болаларни ташхис қўйиш, даволаш ва реабилитацияси” услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 12 ноябрдаги 8н-з/191-сон маълумотномаси). Таклиф этилган тавсиялар аноректал мальформацияни хирургик даволаш тактикасини танлашни оптималлаштириш имконини берган;

аноректал мальформацияси бўлган болаларга ташхис қўйиш, даволаш ва реабилитация сифатини яхшилаш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалий фаолиятига, хусусан, Самарқанд давлат тиббиёт институти 2-клиникасининг хирургия бўлими, Қашқадарё ва Навоий вилоятлари кўп тармоқли болалар шифохонасига татбиқ этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 12 ноябрдаги 8н-з/191-сон маълумотномаси). Тадқиқот натижаларини жорий қилиш аноректал

мальформацияси бўлган болаларга кўрсатиладиган ёрдам сифатини яхшилаш, амалиётдан кейинги асоратлар частотасини 50% дан 25% га, ўлим кўрсаткичини 26,4% дан 11,4% га қисқартиришга ва узоқ муддатларда яхши натижаларни 49,2% дан 77% га ошириш имконини берган.

Тадқиқот натижалари апробацияси. Тадқиқот натижалари 14 та илмий-амалий анжуманларда, шу жумладан, 8 та халқаро ва 6 та республика конференцияларида муҳокама қилинган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши. Диссертация мавзуси бўйича жами 23 та илмий иш чоп этилган, шу жумладан, 7 та мақола, улардан 4таси республика ва 3 таси хорижий журналларда, барчаси Ўзбекистон Республикаси ОАК докторлик диссертацияларининг асосий илмий натижаларини эълон қилиш учун тавсия этган илмий нашрларда чоп этилган.

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

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмда олиб борилган тадқиқотнинг долзарблилига ва зарурияти, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари асосланади, объект ва предмети тавсифланади, тадқиқотнинг республика фан ва техника тараққиётининг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилади, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён этилган, тадқиқотнинг амалий натижаларига жорий қилинган олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиб берилади, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши бўйича маълумотлар берилади.

Диссертациянинг **“Аноректал малформацияларни ташхис қилиш ва даволашнинг замонавий жиҳатлари”**, деб номланган биринчи бобида ушбу туғма нуқсонни ташхислаш ва даволаш муаммоларининг асл моҳиятини очиб берувчи адабиётлар таҳлили, унинг этиопатогенези, ташхис қилиш ва даволашнинг замонавий усуллари, шунингдек ушбу патологияга эга болаларнинг долзарб муаммолари кўрсатиб берилган.

Диссертациянинг **“Клиник материал тавсифи ва тадқиқот усуллари”**, деб номланган иккинчи бобида тадқиқотнинг асоси бўлмиш аноректал мальформацияга эга бўлган 679 та болаларни даволаш натижаларининг таҳлили келтирилган. Биринчи хирургик аралашувлар 549 та болада амалга оширилган, 130 та бола (19,1%) эса биринчи амалиётдан кейин турли муддатларда кассаликнинг қайта пайдо бўлиши туфайли мурожат этган. Амалга оширилган даволаш тактикасига мувофиқ АРМ билан биринчи марта мурожаат этган 549 та бола таққослаш гуруҳларига бўлинган – хронологик даврлар бўйича иккита кичик гуруҳга бўлинган (1а гуруҳ - 1989-1997 йилларда даволанган 144 та бола; 1б гуруҳ - 1998-2006 йилларда даволанган 221 та бола) 365 та бола (1-гуруҳ) ва асосий гуруҳ (2-гуруҳ – 184 та бола). Қайта даволаниш учун мурожаат этганлар ҳам, аноректопластикадан кейин АРМ билан қайта касалланиш хирургик

даволашининг тактик жиҳатларини ҳисобга олган ҳолда, асосий гуруҳга (n=107) ва таққослаш гуруҳига (n=23) ихтиёрий тарзда ажратилган.

Таққосланган гуруҳлар (даврлар) ноаниқлиги АРМни дастлабки аниқлашга, ушбу туғма нуқсонли янги туғилган чақалоқларни туғруқ мажмуасидан ихтисослаштирилган бўлимларга ўтказишни ташкил этишга, касалликнинг тури, даражаси ва тарқалганлигини баҳолаш усулига, амалиётдан олдинги инфузион терапия муддати ва ҳажмини танлашга ва энг муҳими аноректопластика бажарилишининг техник хусусиятларига турли ёндашув билан асосланади. АРМ тури бўйича болаларни тақсимлаш 2005 йилда Крикенберг шахрида (Германия федератив республикасида) қабул қилинган халқаро классификацияга мувофиқ ўтказилди (1-жадвал).

1-жадвал

Крикенбек классификациясига мувофиқ биринчи марта операция қилинган аноректал мальформацияси бўлган беморлар тақсимланиши

Гуруҳлар	Беморлар сони, абс. (%)
Катта клиник гуруҳлар	514 (93,6)
Перинеал фистула	164 (29,8)
Ректоуретрал фистула	44 (8,0)
простатик	11(2,0)
Бульбар	33(6,0)
ректовезикал фистула	11 (2,0)
вестибуляр фистула	80 (14,6)
Клоака	2 (0,4)
фистуласиз атрезия	173 (31,5)
анус стенози	40 (7,3)
Кам учрайдиган/минтақавий вариантлар	35 (6,4)
тўғри ичак дивертикули	-
тўғри ичак атрезияси/стенози	11 (2,0)
ректовагинал фистула	14 (2,6)
Н-фистула	5 (0,9)
Бошқалар	5 (0,9)

АРМ бўлган беморларни кўриқдан ўтказишда биз доимо аниқланган нуқсонни имкон қадар тезроқ жарроҳлик йўли билан тузатишга интиламиз, шунинг учун бизнинг кузатувларимизда неонатал ёшдаги (342; 62,3%) ва 1 ёшгача (147, 26,8%) болалар устунлик қилади. Фақатгина 60 (10,9%) та бемор 1 ёшдан катта туғма нуқсонларнинг эрта кескин тузатилишга дучор бўлган.

Тўғри ичак беркитувчи аппарати функцияни қайта жарроҳлик йўли билан тузатиш анамнезида АРМ бўйича дастлабки кескин аралашувни бошдан кечирган 130 та болаларда бажарилган. Ўғил болалар 68 (52,3%) та, қиз болалар 62 (47,7%) та бўлган. Болалар 6 ойдан 15 ёшгача бўлишган, бунда беморларнинг деярли ярми (61; 46,9%) 3 ёшгача такроран операция қилинган ва фақатгина 17 (13,1%) та бола ўсмирлик ёшида операция

килинган. Бунда шу нарса аниқландики, катта деб номланувчи патологиянинг катта гуруҳлари 118 та (90,8%) ҳолатдан, кам учрайдиган/маҳаллий шакллар эса фақатгина 12 (9,2%) та ҳолатдан иборат.

Диссертациянинг “**Болаларда антенатал диагностика қилиш ва АРМни эрта хирургик баҳолаш**”, деб номланган учинчи бобида ушбу нуқсон билан дастлабки ташхис қўйиш ва болаларни даволаш натижалари кўрсатилган. Ҳомиладор аёлларнинг скрининг ултратовуш текшируви 20-22 ҳафтада гестация муддатида бажарилган. 2010-2015 йиллар даврида 416672 та ҳомиладор аёлларнинг текшурвлари натижалари кузатилган. Кўрсатилган йилларда, 100.000 ҳомиладор аёлларнинг (0,06%; 27) ҳомиласида АРМнинг ривожланиш частотаси 6,5 бўлган, бунда тизимдаги барча антенатал аниқланган ривожланиш нуқсонларида (1053 та ҳолат; 2,5%; 100.000 га 252,7) АРМ улуши 2,6% (1053 тадан 27 тасида) ни ва қорин ва қорин бўшлиғи органларининг ривожланиш нуқсонлари орасида 16,6%ни ташкил қилади (163 та ҳолат; 100.000 га 39,1). Қиёслаш гуруҳларида бажарилган операцияларнинг турлари 2-жадвалда келтирилган. Тўғри ичакнинг кўрсатилган сегментларининг иннервациясини ўрганиш бўйича бизнинг гистологик тадқиқотларимиз шуни кўрсатдики, бундай ҳолатларда анал канал шиллиқ қатлами рецептор майдонининг ҳажмли зичлиги $23,4 \pm 2,6$ мкм³, тешик оғзида бу кўрсаткич $5,3 \pm 1,4$ мкм³ (T=6,13; P<0,001) ҳисобланган тешикнинг ўтиш чегарасидан 0,3-0,5 см юқори бўлган резекция даражаси оптимал ҳисобланади.

2-жадвал

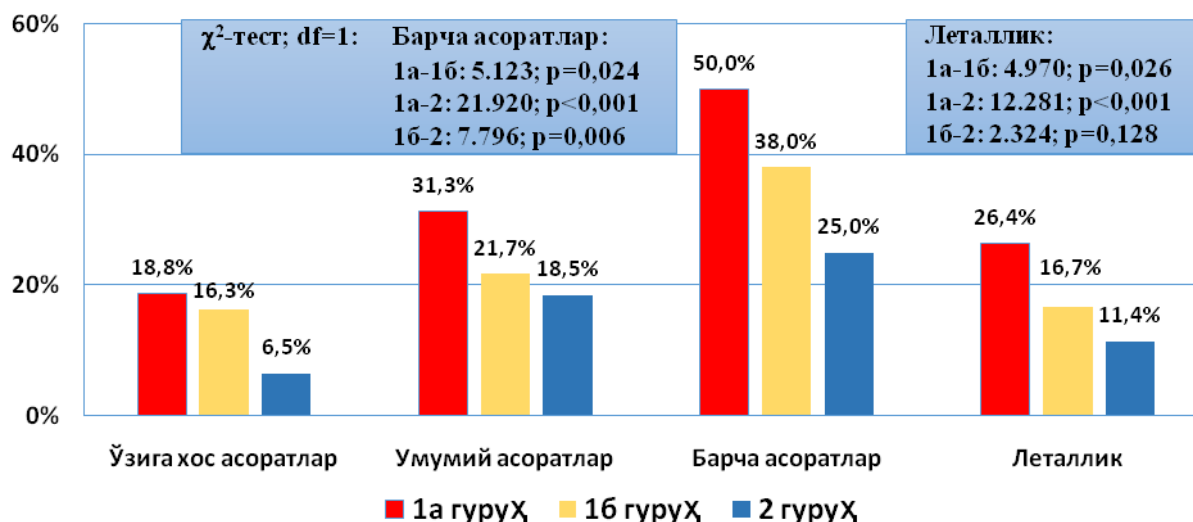
Қиёслаш гуруҳларида АРМнинг анатомик шакллари, абс. (%)

Аралашув тури	Беморлар гуруҳи		
	1а, n=144	1б, n=221	2-я, n=184
Diffenbach бўйича проктопластика	58 (40,2)	38 (17,2)	39 (24,8)
Stoun-Benson бўйича проктопластика	19 (13,2)	6 (2,7)	–
Solomon бўйича проктопластика	35 (24,3)	59 (26,7)	64 (40,7)
Ректоуретрал тешикнинг кесиб ташланиши билан проктопластика	8 (5,6)	1 (0,5)	1 (0,6)
қорин-чот ораси проктопластикаси	7 (4,9)	–	–
Лёнюшкин бўйича Н-фистула экстирпацияси	1 (0,7)	2 (1,0)	2 (1,2)
Бужирлаш	1 (0,7)	–	–
А.Рена бўйича орқа сагитал проктопластика	–	68 (30,7)	36 (23,0)
ҚОСАП	–	7 (3,2)	2 (1,2)
Асцендостома	14 (9,7)	22 (9,9)	5 (2,7)
Сигмостома	1 (0,7)	18 (8,1)	35 (19,0)

АРМни хирургик даволашнинг тактик ва техник жиҳатларини такомиллаштирилгандан ва операциядан олдинги терапия баённомасини синчковлик билан кўриб чиқилгандан кейин операциядан кейинги ўзига хос асоратлар частотасини паайтиришга ҳам тўлалигича эришилди (1-расм).

АРМни хирургик тузатишнинг алоҳида натижаларни баҳолашда ва қайта касалланган касаллкларни даволаш тактикалари ва аралашуш асоратларни аниқлашда марказий ўринни тўғри ичак сфинктер аппаратининг ҳолатини

аниқлаш эгаллайди. Алоҳида даврларда кузатилган беморларда бизнинг клиникамизда ишлаб чиқилган балл шкаласи бўйича беморларнинг алоҳида муддатли натижалари баҳоланди.



1- Қиёслаш гуруҳларида операциядан кейинги асоратлар ва леталлик частотаси

Узоқ давр мобайнида кузатилган беморларда бизнинг клиникамизда балли шкала бўйича алоҳида натижаларни баҳолаш амалга оширилди. Тўғри ичак сфинктер аппарати функционал ҳолатини баҳолашнинг таклиф қилинган шкаласи 10 асосий клиник белгилардан фойдаланишни қамраб олиб, улар аноректал зонанинг проприоцептив хусусиятларини тавсифлаб беради (дефекация сони ва такрорланиши, ахлат консистенцияси, дефекация ҳаракатининг чақирилиш ҳисси, анал рефлекс, орқа чиқарув тешигининганатомик-топографик баҳоси, умуртқа поғонаси дистал бўлимнинг ривожланиш даражаси ҳамда сфинктернинг ирода тонуси). Ҳар бир клиник белги 2 баллик шкала бўйича баҳоланади, мос равишда юқорида кўрсатилган 10 белги бўйича максимал балл жами 20 бирликни ташкил қилади. АРМни жарроҳлик йўли билан тузатишнинг баллар йиғиндиси ҳамда алоҳида натижаларини қиёслаш касалликнинг ўтишини прогнозлашнинг 3 даражасини шакллантириш имконини берди: 14-20 балл –ахлатни сақлаш прогнози яхши, натижа яхши, кейинги даволаш талаб қилинмайди, диспансер назоратида бўлиши лозим; 7-13 балл –ахлатни сақлаш прогнози ўртача яхши, натижа қониқарли, комплекс тикланиш (сфинктер аппаратини электр стимуляция қилиш, бужлаш, даволовчи жисмоний тарбия) талаб қилинади; 0-6 балл - ахлатни сақлаш прогнози ёмон, натижа қониқарсиз, фақатгина жарроҳлик йўли билан даволаш мумкин. Умуман олганда АРМни хирургик даволашнинг алоҳида натижалари 258 нафар 1 ёшдан 25 ёшгача бўлган АРМ билан оғриган болаларда (ёзилганларнинг 57.0 фоизи), жумладан 1а гуруҳ беморларининг 65 нафарида (61.3 фоизида), 1 гуруҳ беморларининг 93 нафарида (50.5 фоизида) ҳамда 2 гуруҳ беморларининг 100 нафарида (61.3 фоиз) ўрганилди. Кўрсатмаларнинг бир лаҳзали проктопластик томон чекланиши (1а гуруҳдаги

беморларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг асосий усули) ҳамда ЗСАРП ва БЗСАРПга кўрсаткичларни кенгайтириш (16 ва 2 гуруҳларда) болаларда АРМни хирургик даволашнинг алоҳида натижаларининг ишончли равишда яхшиланишига таъсир кўрсатди. Шундай қилиб яхши анатомик-функционал натижаларнинг учраши 1а гуруҳдаги 49.2 фоиздан 16 ва 2 гуруҳларда мос равишда 71,0% ($p<0.05$) ва 77,0% ($p<0.01$) етди. Қониқарли натижаларнинг частотаси 2 баравардан кўпроқ миқдорда камайди (30,8%дан 15,1 ва 15,0% гача). АРМнинг қайта кўзғалиши ҳамда тўғри ичак сфинктер аппаратининг қониқарсиз функцияси 2 гуруҳда 8% болаларда аниқланиб, 1а ва 1б гуруҳларда ушбу кўрсаткич мос тавишда 20% ва 14% ни ташкил қилди.

Ўтказилган тадқиқотлар АРМни тузатишнинг оптимал усулини танлаш алгоритмини таклиф қилиш имконини беришди. АРМ бўлган барча беморларга амалиётдан кейинги даврда комплекс реабилитация ишлари олиб борилиши, ушбу ишлар умумқабул қилинган реабилитация усуллари билан бирга схематик бужлаш, тўғри ичак ва сфинктер электр стимуляцияси, шунингдек сфинктер аппаратининг қувватини оширувчи муолажалардан иборат бўлиши лозим. Реабилитация курсини бемор чиқарилгандан кейин икки ҳафтадан кейин бошлаш мумкин.

Диссертациянинг **“АРМнинг турли хилдаги проктопластикалардан кейин ривожланган кеч асоратлари ва қайта кўзғалишидаги жарроҳлик”**, деб номланган тўртинчи бобида такрорий амалиётлар таҳлили келтирилган. Турли хилдаги проктопластика чотларидан кейин ҳам 117 (90.0 фоиз) нафар бемор бўлган. Ҳаддан ортиқ экстирпация (6 ҳолатда) ҳамда Н-фистула Лёнюшкин бўйича инвагинацион экстирпациядан кейин, шунингдек қорин-чот проктопластикасидан кейин АРМнинг қайта кўзғалиши кузатилган (4).

Тўғри ичак сфинктер аппаратининг хирургик амалиётдан кейин яроқсизлигига олиб келувчи сабабларни таҳлил қилганда шулар кўриндики, 82 (63,1%) нафар болаларда биринчи хирургик амалиёти давомида диагностик ва тактик хатоликка, шунингдек техник камчиликларга (33; 25,4%) йўл қўйилган. Фақатгина 15 (11,5%) нафар беморларда АРМнинг қайта кўзғалишининг сабаби хирургик амалиётдан кейинги йирингли-яллиғланишли асоратлар ҳисобланган.

Анал манометрияда тўғри ичак ва сфинктер аппарати томонидан патологик ўзгаришлар бўлмаган барча болаларда тинч ҳолатдаги босим ўртача $52,0\pm 0,22$ мм симоб устунини, максимал қисқариш босими $107\pm 0,72$ мм симоб устунини ташкил қилган. Ректоанал ингибитор рефлекс тўғри ичакда жойлашган ўртача $35\pm 1,2$ мл латекс баллондаги ҳавонинг болуос киришига жавобан чақирилган. Бунда ахлатни тутиб тура олмаслик касаллигига чалинган болаларда тўғри ичак ҳамда анал сфинктер тонусининг сезиларли пасайиши, шунингдек ректоанал ингибитор рефлекснинг анчагина эзилиши ($p<0,001$) кузатилган. Шундай қилиб $P_{\text{тинчлик}}$ ўртача $17,9\pm 0,4$ мм симоб устунини, $P_{\text{қисқариш}}$ сезиларсиз даражада $25,9\pm 0,2$ гача ошган, ташқи

сфинктер мушакларининг бўшашига эришиш учун эса $91 \pm 0,32$ мл ҳаво киритишга тўғри келган.

Тўғри ичакка ахлат моддаларининг келиб тушишини вақтинча тўхтатиш мақсадида 2009 йилдан бери биз превентив колостома қўйиш усулидан фойдаланиб келмоқдамиз, ва у орқа сагитал реаноректопластика (33 нафар (70,2%)), сфинктеролеваторопластика (9; 19,1%) ҳамда анал канали реимплантацияси (5; 10,6%) каби бундай техник мураккаб реконструктив-тикловчи амалиётлар ўтказилиши лозим бўлган 47 (36,2%) нафар болаларда қўйилган.

Превентив колостомани қўйиш пайтида биз асосан сигмостомадан фойдаландик – бундай ёндашув 44 (93,6%) нафар беморларда қўлланилган. Қолган 3 (6,4%) нафар беморлар олдин қўйилган стомалар билан келдилар.

Орқа чиқарув тешиги сфинктер аппаратини жарроҳлик йўли билан қайта коррекциялаш усулотаққослаш гуруҳларида турлича бўлган ҳамда АРМ қайта қўзғалишининг табиатига боғлиқ бўлган. АРМнинг қайта қўзғалган шакллари жарроҳлик йўли билан даволаш усуллари ўзлаштиришнинг дастлабки йилларда 23 (17,7%) нафар болаларда (таққослаш гуруҳи) биз тўғри ичакни демукозация қилган ҳолда қорин чоти реаноректопластикасидан (БПРАП) фойдаландик. Ушбу болалардаги нуқсонлар паст ва оралиқ шаклларга мансуб эди. Хусусан, вестибуляр яра тешигининг коррекция қилиниши сабабли ахлатни тутиб тура олмаслик ҳолатлари 4 нафар, перианал яра тешиги сабабли – 6 нафар, бульбар уретердаги ректовестибуляр яра тешиги сабабли – 5 нафар, Н-фистула ректовестибуляр қайта қўзғалиши сабабли – 1 нафар, умумий канал 4 смдан кичик бўлган клоака сабабли – 2 нафар, тешилмаган анус сабабли ахлатни тутиб тура олмаслик ҳолатлари – 5 нафар болаларда аниқланган. Шунинг учун БПРАПни амалга оширишда кўплаб ҳолларда жарроҳлик амалиётини А.И.Лёнюшкин модификацияси билан тўлдириб, у тери чандиғини ҳимоялаш мақсадида туширилган тўғри ичакни анал ҳалқасидан 4-5 см ташқарига чиқариш ва мустаҳкамлашдан иборат. 10-14 кундан кейин чўбир олиб ташланган, шиллиқ парда эса тери чандиғи чегарасига мустаҳкамланган.

Такрорий амалиётларнинг ўзига хос хусусияти шундан иборатки, асосий гуруҳда проктопластика модификацияси демукозацияни қўлламаган ҳолда амалга оширилган, яъни олдиндан тўғри ичак шиллиқ пардасини янги шаклантирилган неоанус соҳасига тушириш амалга оширилган (2-расм). Ушбу тўғри ичак шиллиқ пардасини нормал соҳа чегарасидан 05-07см га проксимал йўналишга силжитишдан иборат бўлган техник енгил усул чок чизигини мустаҳкам ҳимоялашга имкон беради ва бу орқали стенознинг қайта қўзғалишининг олдини олишни таъминлайди.

Шуни таъкидлаш керакки, барча такрорий операцияларни шартли равишда АРМ-нинг қайтадан тузатилиши мураккаб бўлган рецидивлар билан боғлаш мумкин, аммо асосий гуруҳдаги ўрганишнинг объективлиги учун биз операциялар турларини нафақат табиатига, балки аралашувнинг мураккаблигига қараб ажратдик.



2-расм. Неоанусни яратиш ва мушак комплексини қайта тиклаш босқичлари

3-жадвал

АРМ рецидивлари ҳолатларида қайта хирургик амалиёт хусусиятлари

Хирургик тузатиш усули	Сони	
	Абс.	%
Асосий гуруҳ: енгил тузатилувчи рецидивлар (n=32)		
Стенозловчи ҳалқани кесиш орқали оралиқ проктопластикси	32	24,6
Асосий гуруҳ: мураккаб тузатилувчи рецидивлар (n=75)		
Орқа сагитал реаноректопластикаси	49	37,7
Сфинктеролеваторопластика	9	6,9
Олд сагиттал реаноректопластикаси	7	5,4
Анал канали реимплантацияси	5	3,8
Н-фистул рецидивларида олд реаноректопластикаси	4	3,1
Н-тешиқнинг Ленюшкин бўйича кесилиши	1	0,8
Жами	107	82,3
Таққослаш гуруҳи (муркаб тузатилувчи рецидивлар; n=23)		
Тўғри ичак демокузацияси билан қорин бўшлиғи чот реаноректопластикаси	23	17,7

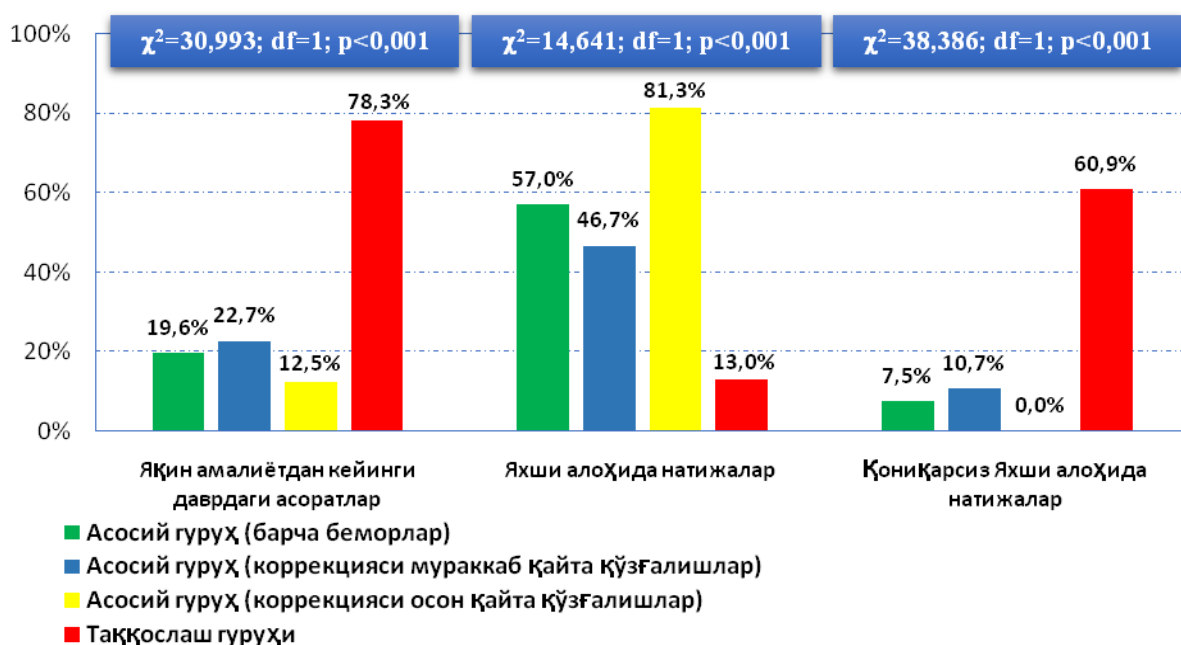
Қорин бўшлиғи-перинеал реанектопластикани ректал демокоз билан ўтказган беморлар гуруҳида операциядан кейинги даврда асоратлар анча юқори кўрсаткич кузатилди. Операциядан олдинги тайёргарлик протоколига ғайритабiiй ануснинг дастлабки қопламасини киритиш ҳам сезиларли даражада пасайишига ёрдам берди, бу эса репроктопластика соҳасини нажасли массалар билан инфекцияланишининг олдини олади.

Асосий гуруҳда айниқса мураккаб тузатилувчи аралашувларни таққослашда янада яхшироқ натижаларга эришилди. Шундай қилиб чандиқнинг йиринглаш даражаси 78,3% гача қисқарди, таққослаш гуруҳида

асосий гуруҳда 19,6% гача (мураккаб тузатишлар аралашувлар орасида 22,7% гача; $p < 0,001$) ва тикувларнинг фарқи 65,2% дан 6,5% гача мос равишда (8,0% гача; $p < 0,001$).

Қайта реконструктив жарроҳликдан 3-6 ой ўтгандан сўнг анал канали девори тонусини тадқиқ қилишда тинж () ва тўғри ичакнинг сфинктер аппаратининг қисқариш қобилияти. Ректал шиллик қаватнинг сақланиб қолиши унинг нўроресепторлари аппарати тўлиқ тикланишига ёрдам беради, бу ректумнинг тўлдиришга нисбатан юқори сезгирлигида намоён бўлади - беморларнинг ушбу гуруҳида ректоанал инхибитация рефлекси 2,5 баравар кам суюқлик юборилганда пайдо бўлган ($46,7 \pm 7,2$). қарши $115,0 \pm 10,2$ мл; $p < 0,001$).

Такрорий аралашувлардан сўнг реабилитация дастури АРМни дастлабки тузатгандан сўнг ўқув гуруҳларида кўрилган чора-тадбирларга мувофиқ эди. Бизнинг иш станциясининг такрорий шакли бўлган болаларни жарроҳлик даволашда таклиф қилинган ёндашимимизга мувофиқ, қониқарсиз натижалар частотасини 60,9% дан 7,1% гача пасайтириш мумкин эди ($p < 0,001$). Шу билан бирга, ректал шиллик қаватнинг сақланиб қолиши билан реанектопластиканинг кам травматик усуллари кўллаган болалар гуруҳида яхши анатомик ва функционал натижаларга эга бўлган беморларнинг улуши 13% дан 57,0% га ошди. Яқин ва узоқ даврларда АРМ билан оғриган болаларда ўтказилган такрорий операцияларнинг умумий натижалари 3-расмда келтирилган.



3-расм. Таққослаш гуруҳларида АРМ рецидиви бўлган болаларда реаноректопластика натижалари

Икки хил кўринишдаги реаноректопластикани (тўғри ичак шиллик қаватини интраректал демукозация билан сақлаш билан) амалга оширишдан

сўнг интрамурал нейрорецептор аппарат сақланиш даражасини баҳолаш учун 74 та жарроҳликдан ўтказилган касалларда операциядан 6-18 ой ўтгач тўғри ичакнинг дистал бўлимларининг шиллиқ қаватларидан олинган биопатларни нейрогистологик тадқиқ қилиш серияси ўтказилган.

Морфометрик тадқиқотлар шуни кўрсатдики, анал каналининг шиллиқ қаватининг рецепторлари майдонининг нормал ҳажмли зичлиги $27,7 \pm 2,1$ мкм³ ни ташкил қилади, ректал шиллиқ қаватнинг сақланиб қолиши билан реанектопластикада бўлган беморларда бу кўрсаткич бироз пасаяди ва ўртача $20,3 \pm 2$ ни ташкил қилади. 6 мкм³ ($p < 0.05$). Қорин бўшлиғи-перинеал аноректопластикадан ўтган демукозли болаларда рецепторлари майдонининг зичлиги сезиларли даражада (4 баробардан кўпроқ) пасайишини кузатдик ($20,3 \pm 2,6$ мкм га нисбатан $6,3 \pm 1,2$; $p < 0.001$).

Олинган натижалар асосида реанектопластикани бажариш учун алгоритм ишлаб чиқилган. Техник жиҳатдан мураккаб реконструкция ва реконструктив операцияларни амалга ошириш (сагиттал реаноластика, сфинктеролеваторопластика ва анал каналини реимплантация қилиш) олдин ректумни нажасдан вақтинча ўчириб қўйиш учун профилактика колостомиясини қўллаш керак. Ўткир резекция ҳолатида реаноректопластикани ўтказиш учун энг мақбул вақт бу профилактика сигмасимон қўлланилгандан ёки бирламчи аноректопластикадан сўнг 1 йилдан 1,5 йилгача бўлган вақт. Агар ректоуретрал ва ректовестибуляр оқмалар ривожланиб, АРМ рецидиви такрорланганда, орқа сагиттал реанопластикани бажариш тавсия этилади.

ХУЛОСА

1. 6 йиллик кузатиш даврида Самарқанд вилоятида ҳомилада АРМ билан касалланиш 100000 ҳомиладор аёлга 6,5 (0,06 %; 416 672 ҳомиладор аёлдан 27 тасида), шу билан бирга барча аниқланган атенатал ривожланиш нуқсони (1053 ҳолат; 2,5) %; ҳар 100000 учун 252,7) АРМнинг улуши 2,6% (1,053 нинг 27 тасида) ва 16,6% қорин ва қорин бўшлиғи органларининг ривожланишида нуқсонлар (163 та ҳолат; 0,39 %; 100,1000 учун 39,1) кузатилган.

2. 20-22 хафталик ҳомиладорлик пайтида ҳомилада АРМ сонографик белгиларини УТТ верификациясида текширишда антенатал ултратовуш текширувининг диагностик аҳамияти таҳлили шуни кўрсатдики, усулнинг ўртача сезгирлиги 57,1% бўлганида ўзига хослик учун жуда юқори маълумотга эга бўлган - 98,8% ва умумий аниқлик - 96,5%ни ташкил этган.

3. АРМ бўлган болаларни периоператив равишда бошқариш протоколени такомиллаштириш операциядан кейинги асоратларни 1а кичик гуруҳдаги 50% дан ($p < 0.001$) ва 1б кичик гуруҳдаги 38% дан ($p < 0.01$) асосий гуруҳдаги 25% гача камайтирди, ўлим даражаси эса 26,4 % ($p < 0.01$) дан ва 16.7% ($p > 0.05$) 11.4% гача. Ўз навбатида, узоқ муддатда эжнг яхши

натижаларга 49,2% дан (1а кичик гуруҳ) ва 71% (1б кичик гуруҳ) дан 77% гача (асосий гуруҳ) эришилди, касалликнинг такрорланиш улуши 20% дан 14% дан 8,0% гача камайган.

4. АРМ тузатилгандан сўнг тўғри ичак сфинктер аппарати лаёқатизлиги сабаблари таркибида беморларнинг фақатгина 11,5% йирингли-яллиғланиш асоратлари бўлган, 88,5% ҳолатларда эса тактик ва техник хатолар аниқланган (перинеал кириш билан проктопластикани амалга ошириш, малформацияни радикал ҳолда йўқ қўймаслик ёки тўғри ичакни неоанусга ўрнатишда кучланишни пасайтириш учун этарли даражада мобилизация қилмаслик; нотипик жойда неоанус шаклланиши; реабилитация дастурининг тўлиқ эмаслиги).

5. Қайта тиклаш ва реконструкция қилиш операцияларнинг тактик ва техник жиҳатларини такомиллаштириш АРМ билан оғриган болаларда операциядан кейинги асоратларни таққослаш гуруҳидаги 78,3% дан асосий гуруҳдаги ($p < 0.001$) 19,6% гача қисқартиришга ва 13,0% дан 57,0% гача ҳолатларда тўғри ичак нейрорецепторли аппарати тўлиқ тикланишини таъминлашга, яхши узоқ муддатли натижалар улушининг ўсишига ($p < 0.001$) ва операциянинг қониқарсиз натижаларининг 60,9% дан 7,5% гача пасайишига ($p < 0.001$) имкон яратди.

**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**

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ**

САИДОВ МУРОДИЛЛО САЙФУЛЛОЕВИЧ

**ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И
РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ
МАЛЬФОРМАЦИЯМИ**

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 №В2018.1.PhD/Tib531.

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском институте.

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

Научный руководитель:	Шамсиев Жамшид Азаматович доктор медицинских наук
Официальные оппоненты:	Эргашев Насритдин Шамситдинович. доктор медицинских наук, профессор Акилов Хабибулла Атауллаевич. доктор медицинских наук, профессор
Ведущая организация:	Некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Астана» г. Нурсултан, Республика Казахстан

Защита диссертации 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 халка йули, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В.Вахидова (зарегистрирована за №90). Адрес: 100115, г. Ташкент, ул. Кичик халка йули, 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. Аноректальная мальформация (АРМ) является одной из наиболее частых врожденных аномалий в детской колопроктологии и «встречается в среднем в 1 случае на 5000 новорожденных»¹. Спектр анатомических разновидностей этого порока характеризуется широкой вариабельностью, от незначительных отклонений до сложных аномалий, требующих своевременного разрешения. При этом более половины детей с АРМ могут иметь и другие пороки развития, что еще более усугубляет выбор оптимальной тактики лечения и способствует значительному росту риска неблагоприятного исхода. Изучение эпидемиологических аспектов АРМ в динамике показало, что несмотря на достижения современной медицины, сохраняется высокая частота развития этого порока, а задержка его диагностики остается распространенным и потенциально смертельным явлением во многих странах. «Отсутствие своевременной верификации АРМ, особенно сложных форм, требующих экстренного оперативного лечения, нескоординированные действия в отношении выбора оптимальной тактики ведения могут привести к значительному увеличению доли послеоперационных осложнений, достигающих 50%, и соответственно высокому уровню летальности – 35%»². В связи с чем, в настоящее время приоритетными направлениями по улучшению результатов лечения АРМ сохраняются вопросы ранней диагностики, а также совершенствования тактико-технических аспектов хирургической коррекции этого порока.

В мировой практике в настоящее время наиболее актуальными исследованиями продолжает оставаться изучение патогенетических механизмов развития АРМ с определением генетических факторов риска и расширением возможностей интранатальной верификации порока. С учетом раннего эмбрионального формирования аномалии активно проводятся исследования по выявлению эталонных для АРМ генов с изучением мутационного воздействия разнообразных факторов риска в критические периоды развития эмбриона. Продолжаются эмбриологические, экспериментальные и клинические исследования по определению особенностей формирования различных вариантов АРМ с учетом сложности порока, степени гипоплазии мышечного и нейрорецепторного аппарата в этой зоне. Особо актуальными являются вопросы совершенствования методов хирургической коррекции порока с морфофункциональным обоснованием некоторых технических аспектов вмешательства.

В настоящее время проводится широкомасштабная работа по социальной защите населения и совершенствованию системы

¹Cassina M, Fascetti Leon F, Ruol M, Chiarenza SF, Scirè G, Midrio P, Clementi M, Gamba P. Prevalence and survival of patients with anorectal malformations: A population-based study. J Pediatr Surg. 2019 Mar 16. pii: S0022-3468(19)30205-2.

² Ekenze SO, Modekwe VO, Ajuzieogu OV, Asinobi IO, Sanusi J. Neonatal surgery in a developing country: Outcome of co-ordinated interdisciplinary collaboration. J Paediatr Child Health. 2017 Oct;53(10):976-980.

здравоохранения. В этом направлении, в частности, в улучшении хирургического лечения детей с АРМ достигнуты положительные результаты. Вместе с тем для улучшения оказываемой помощи этим больным требуются научно-обоснованные результаты по оценке эффективности хирургического вмешательства с учетом долгосрочной профилактики рецидива заболевания. В стратегию действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017-2021 годы поставлены задачи по развитию и усовершенствованию системы медико-социальной помощи уязвимым категориям населения для обеспечения их полноценной жизнедеятельности³. Реализация данных задач, в том числе, улучшение результатов лечения аноректальных мальформаций путем совершенствования диагностических и тактико-технических аспектов хирургических вмешательств, а также оптимизации программы реабилитации является одним из актуальных направлений.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему совершенствованию экстренной медицинской помощи» за №УП-4985 от 16 марта 2017 года, Постановлениями Президента Республики Узбекистан «О Государственной программе раннего выявления врожденных и наследственных заболеваний у детей на период 2018 - 2022 годы» за №ПП-3440 от 25 декабря 2017 года и «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 темы диссертации приоритетным направлениям научно-исследовательских работ в республике. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Аноректальные пороки развития являются нередко встречающейся врожденной патологией детского возраста. Диапазон этого порока колеблется от простых, одиночных форм, лечение которых дает превосходный функциональный результат, к сложным комбинированным дефектам, являющихся дилеммой в плане выбора оптимальной лечебно-диагностической тактики⁴. Определенное значение в этом направлении имеет качественная оценка новорожденных, необходимая для обеспечения своевременной диагностики АРМ и предотвращения

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

⁴StollC, DottB, AlembikY, RothMP. Associated anomalies in cases with anorectal anomalies. Am J Med Genet A. 2018 Dec;176(12):2646-2660.

осложнений, связанных с отсроченной верификацией порока⁵. Так, в исследовании GovenderS и WiersmaR. средний возраст детей при постановке диагноза составлял 3 дня и колебался от 2 дней до 5 лет⁶. Другим актуальным вопросом остается стандартизация протокола обследования детей с выявленной АРМ. Применение, ставших уже классическими, различных методов диагностики порой не воспринимается критично, что в совокупности с отсутствием внедрения современных активно развивающихся методик приводит к ошибочной трактовке формы порока, и как следствие к необоснованной тактике оперативной коррекции⁷.

Правильная верификация вида аноректальной аномалии является важным компонентом определения тактики хирургической коррекции и долгосрочного прогноза. Начиная с XX столетия идее сохранения пуборектальной петли придавалось ключевое значение, как основному фактору, обеспечивающему запирающий аноректальный механизм. Большой вклад в развитие данного подхода внесли Г.И. Баиров, А.И. Ленюшкин, P. Romualdi, F. Rehbein, F. Soave, W. Kiesewetter, P. Mollard, A. Pena и другие, которые предложили разнообразные методы. Однако, несмотря на все приложенные усилия в хирургическом лечении аноректальных пороков, результаты лечения оставляют желать лучшего⁸. При высоких формах порока первым этапом лечения большинство детских хирургов накладывают колостому⁹. В настоящий период этот этап можно выполнить лапароскопически, что позволяет быстрее восстановить пассаж по кишечному тракту, раньше начать кормление и сокращает сроки нахождения ребенка в стационаре^{10,11}. Основным этапом проводится в среднем через 12 месяцев. При этом, несмотря на множество предложенных оперативных пособий, частота послеоперационных осложнений остается на высоком уровне, особенно в группе с поздней диагностикой порока^{12,13}. Еще более остро эта проблема касается детей с рецидивами АРМ, результатам лечения которых в литературе посвящено ограниченное число публикаций.

⁵ Kruger P, Teague WJ, Khanal R, Hutson JM, King SK. Delayed diagnosis of anorectal malformations in neonates. ANZ J Surg. 2019 Aug 26. doi:10.1111/ans.15374.

⁶ Govender S, Wiersma R. Delayed diagnosis of anorectal malformations (ARM): causes and consequences in a resource-constrained environment. *PediatrSurgInt*. 2016 Apr;32(4):369-75.

⁷ Дегтярев Ю.Г. и др. Врожденные пороки развития аноректальной области. Мин-во здравоохран. Республики Беларусь, ГУ «Респ. науч.-практич. центр детской хирургии» - Минск: Четыре четверти, 2017. - 180 с.

⁸ Loop versus divided colostomy for the management of anorectal malformations / O. Oda [et al.] // *J. Pediatr. Surg.* – 2014. – Vol. 49, № 1. – P. 87–90; discus. – P. 90.

⁹ Разин МП и др. (2018). Детская хирургия: учебник. Москва: ГЭОТАР-Медиа:136-141.

¹⁰ Аксельров М.А., Сергиенко Т.В., Верхоланцев О.А. Лапароскопия или лапаротомия при формировании колостомы у новорожденных с атрезией ануса и прямой кишки? // *Хірургія дитячого віку №2(59)/2018*. -С. 64-66.

¹¹ Ren X, Xu H, Jiang Q, Diao M, Li X, Li L. Single-incisionlaparoscopic-assisted anorectoplasty for treating children with intermediate-type anorectal malformations and rectobulbar fistula: a comparative study. *PediatrSurg Int*. 2019 Sep 7. doi: 10.1007/s00383-019-04549-3.

¹² Judd-Glossy L, Ariefdjohan M, Curry S, Ketzer J, Pena A, Bischoff A. A survey of adults with anorectal malformations: perspectives on educational, vocational, and psychosocial experiences. *Pediatr Surg Int*. 2019 Sep;35(9):953-961.

¹³ Zhan Y, Wang J, Guo WL. Comparative Effectiveness of Imaging Modalities for Preoperative Assessment of Anorectal Malformation in the Pediatric Population. *J Pediatr Surg*. 2019 Aug 30. pii: S0022-3468(19)30577-9.

Проведенный анализ литературы свидетельствует о том, что современные тенденции в лечении детей с АРМ и предотвращении рецидива основаны на своевременной диагностике порока, восстановлении естественной функции прямой кишки и программы реабилитации после операции. Однако, значительный процент неудовлетворительных исходов, различные подходы к выбору оптимального способа коррекции порока, побуждают на дальнейшие изыскания в этой области. Вышеизложенное диктует необходимость разработки и внедрения в практику оптимальных подходов к подготовительному этапу, хирургическому лечению и послеоперационной реабилитации детей с АРМ.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Самаркандского государственного медицинского института по теме: «Совершенствование диагностики и лечения хирургических заболеваний и разработка мер профилактики их осложнений у детей» (2012-2016гг).

Целью исследования является улучшение результатов лечения аноректальных мальформаций путем совершенствования диагностических и тактико-технических аспектов хирургических вмешательств, а также оптимизации программы реабилитации.

Задачи исследования:

определить интенсивный показатель частоты развития АРМ и их долю в структуре всех врожденных пороков в Самаркандской области;

оценить эффективность сонографической скрининг-диагностики у беременных в верификации пороков развития аноректальной области у плода;

усовершенствовать комплекс периоперационного ведения детей с АРМ и оценить его эффективность в ближайший и отдаленный периоды после хирургической коррекции порока;

уточнить структуру основных причин развития несостоятельности сфинктерного аппарата прямой кишки после коррекции АРМ;

изучить результаты усовершенствованной программы лечения детей с рецидивом АРМ.

Объектом исследования явились 679 детей с АРМ, из которых 601 ребенок пролечен во 2-клинике Самаркандского Государственного медицинского института за период с 1989 по 2015 год включительно, а остальные 78 - в хирургическом отделении Научного центра педиатрии и детской хирургии г. Алматы, Республика Казахстан.

Предмет исследования составил анализ результатов комплексного обследования и хирургического лечения больных с АРМ, с использованием дифференциального подхода к выбору хирургического лечения с учетом нейростоматологического состояния дистального конца прямой кишки.

Методы исследования. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы общеклинические, биохимические, инструментальные, морфологические и статистические методы.

Научная новизна исследований заключается в следующем:

уточнены сонографические особенности антенатальной верификации аноректальной мальформации и сопутствующих пороков развития у плода с определением чувствительности, специфичности и общей точности скрининг-диагностики;

раскрыты клинико-патогенетические аспекты, влияющие на результаты раннего хирургического лечения аноректальной мальформации у новорожденных, с учетом нейростоматологической структуры пораженного органа, тактико-технических особенностей оперативного вмешательства и реабилитационной программы;

систематизированы основные клинико-физиологические факторы, характеризующие проприоцептивные особенности аноректальной зоны после хирургической коррекции аноректальной мальформации для совершенствования шкалы балльной оценки результатов лечения по функциональному состоянию сфинктерного аппарата прямой кишки;

уточнены факторы риска развития несостоятельности сфинктерного аппарата прямой кишки после коррекции аноректальной мальформации с учетом тактико-технических особенностей хирургической коррекции порока и качества послеоперационной реабилитационной программы;

доказано морфометрическими исследованиями, что сохранение слизистой прямой кишки в зоне аноректального соустья способствует поддержанию объемной плотности ее нейрорецепторного аппарата и способствует восстановлению надлежащего мышечного тонуса и необходимого уровня моторики ректоанальной зоны.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

установлено, что ультразвуковая сонография в антенатальном периоде с гестационным возрастом 20-22 недели является информативным диагностическим методом выявления пороков развития аноректальной области и позволяет оптимизировать тактику ведения уже с первых минут жизни новорожденных;

оптимизированы тактико-технические аспекты раннего хирургического лечения аноректальной мальформации у новорожденных с совершенствованием программы пролонгированной послеоперационной реабилитации, позволившие снизить риск развития неудовлетворительных результатов и летальности;

усовершенствована шкала балльной оценки функционального состояния сфинктерного аппарата прямой кишки с учетом различных клинических признаков, позволившая оптимизировать систему котировки результатов хирургического лечения аноректальной мальформации;

уточнены основные причины рецидива аноректальной мальформации, позволившие оптимизировать тактико-технические аспекты повторной реконструктивно-восстановительной операции и программу комплексной послеоперационной реабилитации;

разработаны алгоритмы выбора оптимальной тактики лечения первичных и рецидивных форм аноректальной мальформации, позволившие снизить частоту послеоперационных осложнений и в комплексе с предложенной программой реабилитации улучшить отдаленные результаты хирургических вмешательств.

Достоверность результатов исследования. Достоверность результатов исследования подтверждена применением современных, широко используемых в практике клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные выводы и предложения имеют свою теоритическую значимость, которая вносит существенные вклад в разработку современных подходов к диагностике и лечению детей с АРМ, также изучены клинко-патогенетические факторы, влияющие на результаты раннего хирургического лечения этого порока у новорожденных, с учетом нейростологической структуры пораженного органа, тактико-технических особенностей оперативного вмешательства и реабилитационной программы.

Практическая ценность работы заключается в том, что основные выводы и рекомендации, содержащиеся в работе, могут быть использованы при диагностике и лечении больных с АРМ в медицинских учреждениях различного уровня, предложен оптимальный алгоритм лечебно-диагностических мероприятий, основанный на факторной оценке и современных позициях хирургического лечения этого вида порока развития, позволивший улучшить результаты операций и сократить сроки послеоперационной реабилитации.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования по улучшению диагностики и хирургического лечения детей с аноректальной мальформацией:

разработаны методические рекомендации «Диагностика, лечение и реабилитация детей с аноректальными мальформациями» (справка Министерства здравоохранения №8н-з/191 от 12 ноября 2019 года). Предложенные рекомендации позволили оптимизировать выбор тактики хирургического лечения аноректальных мальформаций;

полученные научные результаты по улучшению качества диагностики, лечения и реабилитации детей с аноректальными мальформациями внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности в отделение хирургии 2-ой клиники Самаркандского государственного медицинского института, детскую многопрофильную больницу Кашкадарьинской и Навоинской областей (справка Министерства здравоохранения №8н-з/191 от 12 ноября 2019 года). Внедрение результатов исследований позволило улучшить качество оказываемой помощи детям с аноректальной

мальформацией, сократить частоту послеоперационных осложнений с 50% до 25%, летальности с 26,4% до 11,4%, и в отдаленном периоде увеличить хорошие результаты с 49,2% до 77%.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 14 научно-практических конференциях, в том числе на 8 международных и бреспубликанских.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 23 научных работы, в том числе 7 журнальных статей, 4 из которых в республиканских и 4 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы. Объем текстового материала составляет 120 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

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

В первой главе диссертации «**Современные аспекты диагностики и лечения аноректальных мальформаций**» представлен обзор литературы, раскрывающий суть проблемы диагностики и лечения этого врожденного порока развития, его этиопатогенез, современные методы диагностики и лечения, а также актуальные вопросы ведения детей с данной патологией.

Во второй главе диссертации приведена «**Характеристика клинического материала и методы исследования**». Исследование основано на анализе результатов лечения 679 детей с аноректальными мальформациями. Первичные хирургические вмешательства были выполнены у 549 детей, 130 (19,1%) детей поступили с рецидивами заболевания в различные сроки после первичной операции. Согласно принятой тактике лечения 549 первично поступивших детей с АРМ были разделены на группу сравнения – 365 детей (1 группа), которая была поделена две подгруппы по хронологическим периодам (1а группа – 144 ребенка, пролеченных за 1989-1997 гг; 1б группа - 221 ребенок, пролеченный за 1998-2006 гг) и на основную группу (2 группа – 184 пациента). Пациенты, поступившие на повторное лечение, были также рандомизированы на основную группу (n=107) и группу сравнения (n=23) с учетом тактических аспектов хирургического лечения рецидивов АРМ после аноректопластик.

Дискретность сравниваемых групп (периодов) обусловлена различными подходами к первичному выявлению АРМ, организации перевода новорожденных с этим врожденным пороком из родильного комплекса в специализированные отделения, методам оценки типа, уровня и распространенности заболевания, выбору объема и сроков предоперационной инфузионной терапии и, самое главное, техническим особенностям выполнения аноректопластики. Распределение детей по виду АРМ проведено согласно международной классификации, принятой в г.Крикенбек (ФРГ) в 2005 году (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных с первично оперированными аноректальными мальформациями согласно Крикенбекской классификации

Группы	Число больных, абс. (%)
Большие клинические группы	514 (93,6)
Перинеальная фистула	164 (29,8)
Ректоуретральная фистула	44 (8,0)
простатическая	11 (2,0)
бульбарная	33 (6,0)
ректовезикальная фистула	11 (2,0)
вестибулярная фистула	80 (14,6)
Клоака	2 (0,4)
атрезия без фистулы	173 (31,5)
стеноз ануса	40 (7,3)
Редкие/локальные варианты	35 (6,4)
дивертикул прямой кишки	-
атрезия/стеноз прямой кишки	11 (2,0)
ректовагинальная фистула	14 (2,6)
Н-фистула	5 (0,9)
Другие	5 (0,9)

При ведении больных с АРМ мы всегда стремимся к возможно ранней хирургической коррекции выявленного порока, поэтому в наших наблюдениях преобладали дети неонатального возраста (342; 62,3%) и до 1 года (147; 26,8%). Только 60 (10,9%) больных были подвергнуты радикальной коррекции врожденного порока в возрасте старше 1 года.

Повторная хирургическая коррекция функции запирающего аппарата прямой кишки выполнена у 130 детей, перенесших в анамнезе первичные радикальные вмешательства по поводу АРМ. Мальчиков было 68 (52,3%),

девочек – 62 (47,7%). Дети были в возрасте от 6 месяцев до 15 лет, при этом практически половину больных (61; 46,9%) повторно оперировали в возрасте до 3 лет и только 17 (13,1%) детей были оперированы в подростковом возрасте. При этом выявлено, что, так называемые, большие клинические группы патологии составляли 118 (90,8%) случаев, тогда как редкие/локальные формы – всего 12 (9,2%).

В третьей главе диссертации «**Аntenатальная диагностика и раннее хирургическое лечение АРМ у детей**» представлены результаты первичной диагностики и лечения детей с этим пороком. Скрининговое ультразвуковое обследование беременных женщин выполняли в сроки гестации 20-22 недели. Прослежены результаты обследования 416672 беременных за период 2010-2015 гг. За указанные годы частота развития АРМ у плода составила 6,5 на 100.000 беременных (0,06%; 27), при этом в структуре всех антенатально выявленных пороков развития (1053 случая; 2,5%; 252,7 на 100.000) доля АРМ составила 2,6% (у 27 из 1053) и 16,6% - среди пороков развития живота и органов брюшной полости (163 случая; 0,39%; 39,1 на 100.000). Виды выполненных операций в группах сравнения приведены в табл. 2. Наши гистологические исследования по изучению иннервации указанных сегментов прямой кишки показали, что оптимальным в таких случаях является уровень резекции на 0,3-0,5 см выше от переходной границы свища, где объемная плотность рецепторного поля слизистого слоя анального канала составляла $23,4 \pm 2,6$ мкм³, тогда как у устья свища этот показатель был $5,3 \pm 1,4$ мкм³ (T=6,13; P<0,001).

Таблица 2

Анатомические формы АРМ в сравниваемых группах, абс. (%)

Вид вмешательства	Группы больных		
	1а, n=144	1б, n=221	2-я, n=184
Проктопластика по Diffenbach	58 (40,2)	38 (17,2)	39 (24,8)
Проктопластика по Stoun-Benson	19 (13,2)	6 (2,7)	–
Проктопластика по Solomon	35 (24,3)	59 (26,7)	64 (40,7)
Проктопластика с иссечением ректоуретрального свища	8 (5,6)	1 (0,5)	1 (0,6)
Брюшно-промежностная проктопластика	7 (4,9)	–	–
Экстирпация Н-фистулы по Лёнюшкину	1 (0,7)	2 (1,0)	2 (1,2)
Бужирование	1 (0,7)	–	–
ЗСПР по А.Рена	–	68 (30,7)	36 (23,0)
БЗСАРП	–	7 (3,2)	2 (1,2)
Асцендостома	14 (9,7)	22 (9,9)	5 (2,7)
Сигмостома	1 (0,7)	18 (8,1)	35 (19,0)

После совершенствования тактико-технических аспектов хирургического лечения АРМ и коренного пересмотра протокола периоперационной терапии удалось достоверно снизить и частоту специфических послеоперационных осложнений (рис. 1).

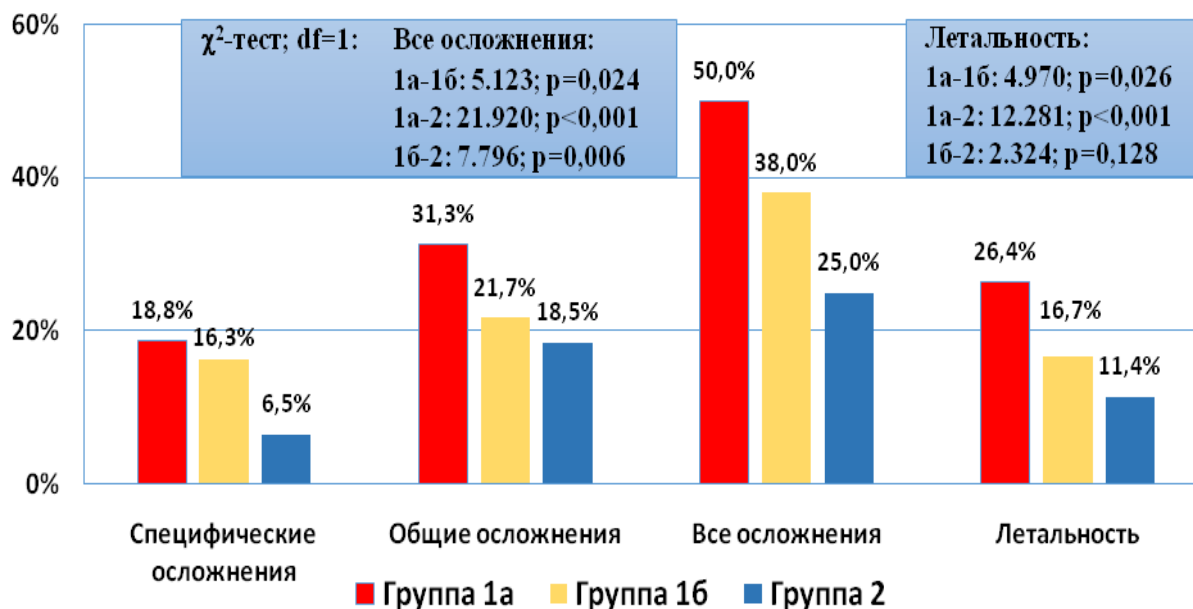


Рис. 1. Частота послеоперационных осложнений и летальности в группах сравнения

У прослеженных в отдаленном периоде больных проведена оценка отдаленных результатов по разработанной в нашей клинике балльной шкале. Предложенная шкала оценки функционального состояния сфинктерного аппарата прямой кишки включает использование 10 основных клинических признаков, характеризующих проприоцептивные особенности аноректальной зоны (число и частота дефекации, консистенция кала, чувство позыва акта дефекации, анальный рефлекс, анатомо-топографическая оценка ануса, степень развития дистального отдела позвоночника и волевой тонус сфинктера).

Каждый клинический признак оценивался по 2 балльной шкале, соответственно, максимальный балл по указанным 10 признакам в сумме составлял 20 единиц. Сопоставление суммы баллов и отдаленных результатов хирургической коррекции АРМ позволили сформулировать 3 градации прогноза течения заболевания: **14-20 баллов** - прогноз для удержания кала благоприятный, результат хороший, дальнейшее лечение не требуется, подлежит диспансерному наблюдению; **7-13 баллов** - умеренно благоприятный прогноз удержания кала, результат удовлетворительный, комплексное реабилитация (электростимуляция сфинктерального аппарата, бужирование, лечебное физкультура); **0-6 баллов** - неблагоприятный прогноз для удержания кала, результат неудовлетворительный, только оперативное лечение. В целом отдаленные результаты хирургического лечения АРМ изучены у 258 (57,0% от числа выписанных) детей с АРМ в сроки от 1 года до 25 лет, в том числе у 65 (61,3%) больных группы 1a, у 93 (50,5%)

пациентов группы 1б и у 100 (61,3%) – 2-й группы. Ограничение показаний к одномоментным проктопластикам (основной метод хирургического лечения в 1а группе) и расширение показаний к ЗСАРП и БЗСАРП (в 1б и 2-й группах) способствовали достоверному улучшению отдаленных результатов хирургического лечения АРМ у детей. Так, частота хороших анатомо-функциональных результатов возросло с 49,2% в 1а группе до 71,0% ($p<0.05$) и 77,0% ($p<0.01$) в 1б и 2 группах соответственно. Более чем в 2 раза уменьшилась частота удовлетворительных результатов (с 30,8% до 15,1 и 15,0%). Рецидив АРМ и неудовлетворительная функция сфинктерного аппарата прямой кишки во 2-й группе констатирована всего у 8,0% детей, тогда как в 1а и 1б группах этот показатель составлял 20,0% и 14,0%.

Проведенные исследования позволили предложить алгоритм выбора оптимального способа коррекции АРМ. Всем больным с АРМ в послеоперационном периоде должна проводиться комплексная реабилитация, включающая, наряду с общепринятыми методами реабилитации, схематическое бужирование, электростимуляцию прямой кишки и сфинктера, а также тонизирующие процедуры сфинктерного аппарата. Курс реабилитации можно начать через две недели после выписки больного.

В четвертой главе диссертации **«Хирургия поздних осложнений и рецидивов АРМ, развившихся после различных видов проктопластик»** представлен анализ повторных операций. После различных видов промежностной проктопластики было 117 (90,0%) пациентов. Рецидив АРМ наблюдали после чрезпромежностной экстирпации (6 случаев) и инвагинационной экстирпации по Лёнюшкину Н-фистулы (3 случая), а также брюшно-промежностной проктопластики (4).

Анализ причин, приведших к послеоперационной несостоятельности сфинктерного аппарата прямой кишки, показал, что у 82 (63,1%) детей были допущены диагностические и тактические ошибки, а также технические погрешности (33; 25,4%) в выполнении первичных операций. И только у 15 (11,5%) больных причиной рецидива АРМ стали послеоперационные гнойно-воспалительные осложнения.

При анальной манометрии у всех детей без патологических изменений со стороны прямой кишки и сфинктерного аппарата давление покоя составило в среднем $52,0\pm 0,22$ мм рт. ст., давление максимального сокращения – $107\pm 0,72$ мм рт. ст. Ректоанальный ингибиторный рефлекс вызывался в ответ на болюсное введение в среднем $35\pm 1,2$ мл воздуха в латексный баллон, расположенный в прямой кишке. При этом, у детей с рецидивом недержания кала отмечено существенное снижение тонуса прямой кишки и анального сфинктера, а также значительное угнетение ректоанального ингибиторного рефлекса ($p<0,001$). Так, $P_{\text{покоя}}$ составило в среднем $17,9\pm 0,4$ мм рт. ст., $P_{\text{сокращения}}$ незначительно повышалось до $25,9\pm 0,2$, а для достижения расслабления мышц наружного сфинктера приходилось ввести до $91\pm 0,32$ мл воздуха.

С целью временного выключения прямой кишки от каловых масс с 2009 года мы стали использовать наложение превентивной колостомы, которая наложена у 47 (36,2%) детей, подлежащих таким технически сложным реконструктивно-восстановительным операциям, как заднесагитальная реаноректопластика (у 33 (70,2%) больных), сфинктеролеваторопластика (9; 19,1%) и реимплантация анального канала (5; 10,6%). При наложении превентивной колостомы мы преимущественно использовали сигмостому – этот подход применен у 44 (93,6%) больных. Остальные 3 (6,4%) пациентов поступили с уже наложенными стомами.

Способ повторной хирургической коррекции сфинктерного аппарата ануса был различным в группах сравнения и зависел от характера рецидива АРМ. В первые годы освоения методов хирургического лечения рецидивных форм АРМ у 23 (17,7%) детей (группа сравнения) мы использовали брюшно-промежностную реаноректопластику (БПРАП) с демукозацией прямой кишки. Пороки у этих детей относились к низким и промежуточным формам. В частности, недержание кала, обусловленное коррекцией вестибулярного свища было обнаружено у 4 детей, перинеального свища – у 6, ректоуретрального свища в бульбарную уретру – у 5, рецидива ректовестибулярной Н-фистулы – у 1 ребенка, клоаки общим каналом <4 см – у 2, неперфорированного ануса – у 5 детей. Поэтому, при проведении БПРАП, в большинстве случаев, вмешательство дополняли операцией в модификации А.И.Лёнюшкина, которая заключается в выведении и фиксации низведенной прямой кишки за пределами анального кольца на 4-5 см с целью защиты кожной раны. Через 10-14 дней культю отсекали, а слизистую фиксировали к краю кожной раны.

Отличительной особенностью повторных операций в основной группе было применение модификации проктопластики без демукозации, а именно низведение предварительно мобилизованной слизистой прямой кишки в зону вновь сформированного неоануса (рис. 2). Этот технически несложный прием, предусматривающий мобилизацию слизистой прямой кишки всего на 0,5-0,7 см в проксимальном направлении от границы нормального участка, позволяет надежно укрыть линию шва и обеспечивает, тем самым, надежную профилактику рецидива стеноза.

Следует отметить, что все повторные операции условно можно отнести к сложнокорректируемым рецидивам АРМ, однако для объективности исследования в основной группе мы распределили виды операций не только по характеру, но и сложности вмешательства. Методпромежностной проктопластики без пересечения лонно-прямокишечной мышцы выполнен у 32 (24,6%) детей (табл. 3).



Рис. 2. Этапы реконструкции мышечного комплекса с созданием неоануса

Таблица 3

Характер повторных операций при рецидивах АРМ (n=130)

Метод хирургической коррекции	Кол-во	
	Абс.	%
Основная группа: легкокорректируемые рецидивы (n=32)		
Промежностная проктопластика с иссечением стенозирующего кольца	32	24,6
Основная группа: сложнокорректируемые рецидивы (n=75)		
Заднесагитальная реаноректопластика	49	37,7
Сфинктеролеваторопластика	9	6,9
Передняя сагитальная реаноректопластика	7	5,4
Реимплантация анального канала	5	3,8
Передняя реаноректопластика при рецидивах Н-фистул	4	3,1
Иссечение Н-свища по Ленюшкину	1	0,8
Итого	107	82,3
Группа сравнения (сложнокорректируемые рецидивы; n=23)		
Брюшно-промежностная реаноректопластика с демукозацией прямой кишки	23	17,7

В группе больных, которые подверглись брюшно-промежностной реаноректопластике с демукозацией прямой кишки отмечалась достоверно более высокая частота послеоперационных осложнений. Существенному их сокращению способствовало также включение в протокол предоперационной

подготовки предварительного наложения противоестественного заднего прохода, что предотвращало инфицирование зоны репрктопластики каловыми массами. При сравнении именно сложнокорректируемых вмешательств в основной группе были также получены достоверно лучшие результаты. Так частота нагноения раны сократилась с 78,3% в группе сравнения до 19,6% в основной группе (до 22,7% среди сложнокорректируемых вмешательств; $p < 0,001$), а расхождение швов с 65,2% до 6,5% (до 8,0%; $p < 0,001$) соответственно.

Реабилитационная программа после повторных вмешательств соответствовала мероприятиям, предпринятым в группах исследования после первичной коррекции АРМ. При соблюдении предлагаемых нами подходов к хирургическому лечению детей с рецидивными формами АРМ удалось снизить частоту неудовлетворительных результатов с 60,9% до 7,1% ($p < 0,001$). При этом в группе детей, которым применяли малотравматичные методы реаноректопластики с сохранением слизистой прямой кишки, доля больных с хорошими анатомо-функциональными результатами повысилась 13% до 57,0%. Сводные результаты повторных операций у детей с АРМ в ближайший и отдаленный периоды приведены на рис. 3.

С целью оценки степени сохранности интрамурального нейрорецепторного аппарата прямой кишки в отдаленные сроки после выполнения двух видов реаноректопластики (с сохранением слизистой оболочки прямой кишки и с интраректальной демукозацией) проведена серия нейростологических исследований биоптатов, полученных через 6-18 месяцев после операции из слизистой оболочки дистальных отделов прямой кишки 74 оперированных больных.

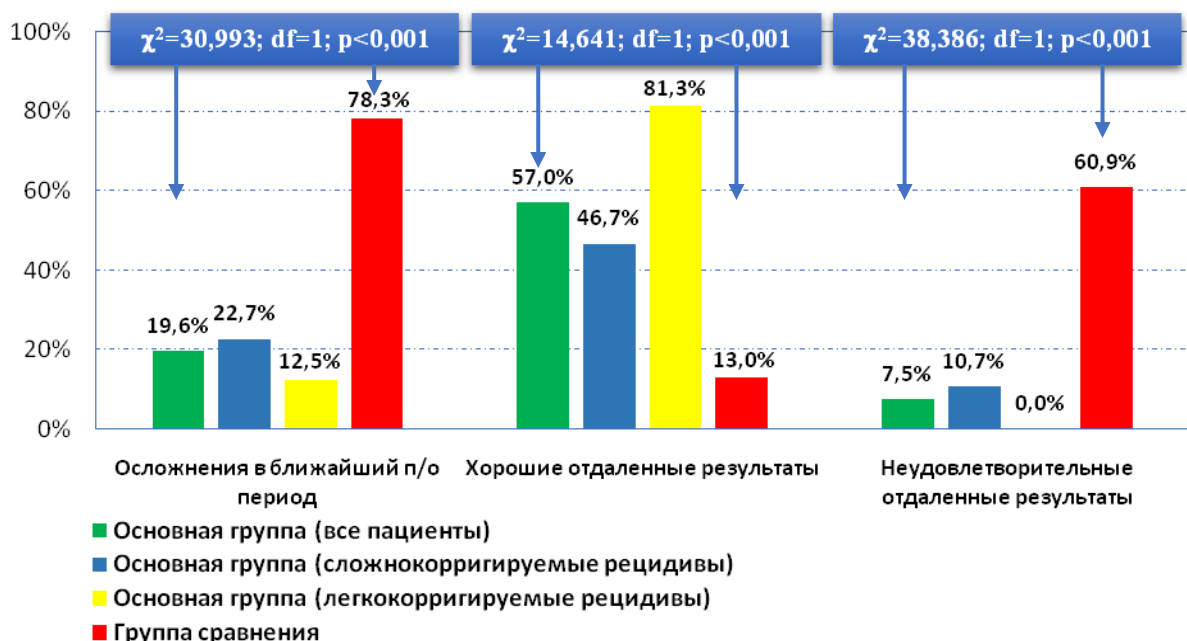


Рис. 3. Сводные результаты реаноректопластики у детей с рецидивами АРМ в группах сравнения, %

Морфометрические исследования показали, что в норме объемная плотность рецепторного поля слизистой слоя анального канала составляет $27,7 \pm 2,1$ мкм³, а у пациентов, перенесших реаноректопластику с сохранением слизистой прямой кишки этот показатель несколько уменьшается и составляет в среднем $20,3 \pm 2,6$ мкм³ ($p < 0,05$). Существенное (более 4-х кратное) снижение плотности рецепторного поля мы отмечали у детей, которым была выполнена брюшно-промежностная аноректопластика с демукозацией ($6,3 \pm 1,2$ против $20,3 \pm 2,6$ мкм³; $p < 0,001$).

На основании полученных результатов разработан алгоритм при проведении реаноректопластики. Выполнению технически сложных реконструктивно-восстановительных операций (заднесагитальной реаноректопластики, сфинктеролеваторопластики и реимплантации анального канала) должно предшествовать наложение превентивной колостомы с целью временного выключения прямой кишки от каловых масс. При рецидивах АРМ наиболее оптимальным сроком выполнения реаноректопластики является период от 1 до 1,5 лет после наложения превентивной сигмостомы или перенесенной первичной аноректопластики. При рецидиве АРМ с развитием ректоуретральных и ректовестибулярных свищей целесообразно выполнять заднесагитальную реаноректопластику.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Частота развития АРМ у плода по Самаркандской области за 6-летний период наблюдения составила 6,5 на 100.000 беременных (0,06‰; у 27 из 416672 беременных), при этом в структуре всех антенатально выявленных пороков развития (1053 случая; 2,5‰; 252,7 на 100.000) доля АРМ составила 2,6% (у 27 из 1053) и 16,6% - среди пороков развития живота и органов брюшной полости (163 случая; 0,39‰; 39,1 на 100.000).

2. Анализ диагностической ценности антенатального УЗИ в верификации сонографических признаков АРМ у плода в сроки беременности 20-22 недели показал, что при среднем значении чувствительности методики, составившей 57,1%, получена достаточно высокая информативность по специфичности – 98,8% и общей точности – 96,5%.

3. Совершенствование протокола периоперационного ведения детей с АРМ позволило сократить частоту послеоперационных осложнений с 50% в подгруппе 1а ($p < 0,001$) и 38% в подгруппе 1б ($p < 0,01$) до 25% в основной группе, а также показатель летальности с 26,4% ($p < 0,01$) и 16,7% ($p > 0,05$) до 11,4%. В свою очередь в отдаленном периоде достигнуто улучшение хороших результатов с 49,2% (подгруппа 1а) и 71% (подгруппа 1б) до 77% (основная группа), с сокращением доли рецидива заболевания с 20% и 14% до 8,0%.

4. В структуре причин несостоятельности сфинктерного аппарата прямой кишки после коррекции АРМ только у 11,5% больных определены гнойно-воспалительные осложнения, тогда как в 88,5% случаев выявлены тактико-технические ошибки (проктопластика промежностным доступом с нерадикальным устранением мальформации или неадекватной мобилизацией

прямой кишки для нивелирования натяжения при фиксации к неоанусу; формирование неоануса в нетипичном месте; неполноценная программа реабилитации).

5. Совершенствование тактико-технических аспектов повторных реконструктивно-восстановительных операций у детей с АРМ позволило сократить частоту ближайших послеоперационных осложнений с 78,3% в группе сравнения до 19,6% в основной группе ($p < 0,001$), обеспечить более полноценное восстановление нейрорецепторного аппарата прямой кишки с увеличением доли хороших отдаленных результатов с 13,0% до 57,0% ($p < 0,001$) и снижением неудовлетворительного исхода операции с 60,9% до 7,5% ($p < 0,001$).

**SCIENTIFIC COUNCIL 27.06.2017.Tib.49.01 AT THE
REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC AND PRACTICAL
MEDICAL CENTER OF SURGERY NAMED AFTER ACADEMICIAN
V.VAKHIDOV AND TASHKENT MEDICAL ACADEMY ON THE
ADMISSION OF SCIENTIFIC DEGREES**

SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE

SAIDOV MURODILLO SAYFULLOEVICH

**WAYS TO OPTIMIZE DIAGNOSTICS, TREATMENT AND
REHABILITATION OF CHILDREN WITH ANORECTAL
MALFORMATIONS**

14.00.35 – Pediatric surgery

**ABSTRACT OF DISSERTATION (PhD)
ON MEDICAL SCIENCES**

TASHKENT – 2019

Subject of dissertation (PhD) is registered in the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan for the № B2018.1.PhD/Tib531.

The doctoral dissertation carried out at the Samarkand state medical institute.

Abstract of the dissertation is available in two languages (Uzbek, Russian and English (abstract)) on the web page of the Scientific Council (www.rscs.uz) and Informational and Educational Portal «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Research leader:	Shamsiev Jamshid Azamatovich Doctor of medicine
Official opponents:	Ergashev Nasritdin Shamsitdinovich. Doctor of medicine, professor Akilov Khabibulla Ataullaevich. Doctor of medicine, professor
Leading organization:	Non-profit joint-stock company "Astana Medical University" Nursultan, Republic of Kazakhstan

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 center 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 center of surgery named after academician V. Vakhidov (Registration number №90), (Address 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str., 10. Phone: (99871) 227-69-10; fax (99871) 227-26-42).

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

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 dissertation)

The aim of the research work is to improve the results of treatment of anorectal malformations by improvement of the diagnostic and tactical and technical aspects of surgical interventions, as well as optimizing the rehabilitation program.

Research objectives were 679 children with ARM, of which 601 were treated in the 2nd clinic of the Samarkand State Medical Institute for the period from 1989 to 2015 inclusive, and the remaining 78 – in the surgical department of the Scientific Center of Pediatrics and Pediatric Surgery in Almaty city, the Republic of Kazakhstan.

The scientific novelty of the research consists of the followings:

sonographic features of antenatal verification of anorectal malformation and concomitant malformations in the fetus were clarified with the determination of sensitivity, specificity and general accuracy of screening diagnostics;

clinical and pathogenetic aspects are revealed that affect the results of early surgical treatment of anorectal malformation in newborns, taking into account the neurophysiological structure of the affected organ, the tactical and technical features of the surgical intervention and rehabilitation program;

the main clinical and physiological factors characterizing the proprioceptive features of the anorectal zone after surgical correction of anorectal malformation are systematized to improve the scale for scoring the treatment results according to the functional state of the sphincter apparatus of the rectum;

the risk factors for the development of sphincter apparatus of the rectum after correction of anorectal malformation are specified taking into account the tactical and technical features of surgical correction of the defect and the quality of the postoperative rehabilitation program;

it was proved by morphometric studies that the preservation of the rectal mucosa in the area of the anorectal anastomosis helps maintain the bulk density of its neuroreceptor apparatus and helps to restore proper muscle tone and the required level of motility of the rectoanal zone.

Introduction of the research results. According to the results of a scientific study to improve the diagnosis and surgical treatment of children with anorectal malformation:

methodological recommendations were developed “Diagnosis, treatment and rehabilitation of children with anorectal malformations” (certificate of the Ministry of Health № 8n-z/191 from November 12, 2019). The proposed recommendations made it possible to optimize the choice of tactics for surgical treatment of anorectal malformations;

the computer program “A program for diagnosing and evaluating the retention function of the sphincter apparatus of the rectum and anal pulp after repeated surgical interventions for anorectal malformations in children” was developed (certificate of the Ministry of Health № 8n-z/191 from November 12, 2019). The proposed program made it possible to optimize the range of diagnostic measures to evaluate the result of surgical correction of anorectal malformation in children;

the scientific results obtained to improve the quality of diagnosis, treatment and rehabilitation of children with anorectal malformations have been introduced into the practice of healthcare, in particular, in the surgery department of the 2nd clinic of the Samarkand State Medical Institute, the multidisciplinary hospital for children of Kashkadarya and Navoi regions (certificate of the Ministry of Health № 8n-z/191 from November 12, 2019). The introduction of research results has improved the quality of care for children with anorectal malformation, reduced the incidence of postoperative complications from 50% to 25%, mortality from 26,4% to 11.4%, and in the long-term period increased good results from 49,2% to 77%

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

**СПИСОК ПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
НАШР ҚИЛИНГ АНИШЛАР РЎЙХАТИ
LIST OF PUBLISHED WORKS**

I бўлим (I часть; part I)

1. Шамсиев А.М., Саидов М.С., Атакулов Д.О., Юсупов Ш.А., Шамсиев Ж.А. Хирургическое лечение анаректальных пороков у детей. // Журнал «Вестник хирургии имени И.И.Грекова». г. Санкт-Петербург. № 2, 2011 г. Стр. 40-44. (14.00.00. №26)

2. Шамсиев А.М., Саидов М.С., Атакулов Д.О., Юсупов Ш.А., Аипов Р.Р. Хирургическое лечение недержание кала при свищах в половую систему у девочек. // Журнал «Российский вестник детской хирургии анестезиологии и реанимации». г. Москва. № 2, 2014 г. Стр. 25-29. (14.00.00. №121)

3. Шамсиев А.М., Саидов М.С., Атакулов Д.О., Юсупов Ш.А., Аипов Р.Р. Выбор метода повторных операции при анаректальных аномалиям у детей. // Научно-практический журнал теоретической и клинической медицины г. Ташкент. № 6, 2015 г. Стр. 72-74. (14.00.00. №3)

4. Шамсиев А.М., Саидов М.С., Атакулов Д.О., Юсупов Ш.А., Аипов Р.Р. Новые подходы к вопросу классификации анаректальных мальформаций у детей. // Журнал “Проблемы биологии и медицины”. г. Самарканд № 1 (93), 2017.– Стр. 205-207. (14.00.00. №19)

5. Шамсиев А.М., Саидов М.С., Атакулов Д.О., Аипов Р.Р. Состояние нейрорецепторного аппарата слизистой прямой кишки после повторных операций по поводу анаректальных аномалий. // Научно-практический журнал теоретической и клинической медицины г. Ташкент. № 2, 2017 г. Стр. 94-97. (14.00.00. №3)

6. Shamsiev J.A., Saidov M.S., Aipov R.R., Atakulov D.A. Rehabilitation of children after repeated surgical interventions regarding anorectal malformations.// European science review. – № 3 – 4, 2017. P 70-73.(14.00.00. №19)

7. Шамсиев А.М., Саидов М.С., Шамсиев Ж.А., Шарипова М.К. Антенатальная ультразвуковая диагностика анаректальных мальформаций у детей. // Научно-практический журнал им. Ю.Ф.Исакова «Детская хирургия». г. Москва. №1, 2019 г. Стр. 20-22. (14.00.00. №44)

II бўлим (II часть; part II)

8. Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А, Саидов М.С. Диагностики, лечения и реабилитация детей с анаректальными мальформациями. новорожденных. // Методические рекомендации. – Ташкент, 2018. – стр.36.

9. Шамсиев А.М, Шамсиев Ж.А, Атакулов Д,О, Саидов М.С, Муталибов А.И. Программа для диагностики и оценки удерживающей функции сфинктерного аппарата прямой кишки и анального жома после повторных оперативных вмешательств при анаректальных мальформациях у

детей. Агенство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан, 2017. № DGU 2017 0123

10. Шамсиев А.М., Саидов М.С., Шамсиев Ж.А., Атакулов Д.О. Причины осложнений и рецидивов аноректальными мальформациями, развившихся после различных видов проктопластики. // Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы детской хирургии, травматологии и ортопедии». Журнал «Вестник экспериментальной и клинической хирургии». г. Воронеж. №3, 2018. Стр.66-67.

11. Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А, Атакулов Д.О, Саидов М.С, Эгамова С.С. Причины осложнений и рецидивов аноректальными мальформациями, развившихся после различных видов проктопластики. // Журнал «Тенденции и перспективы развития науки и образования в условиях глобализации». г Переяслав- Хмельницкий. №32, 2018г, стр.485.

12. Атакулов Д.О., Саидов М.С., Рузиев Ж.А. Реабилитация больных после коррекции аноректальных пороков. // Материалы научно-практической конференция Международным участием «Актуальные проблемы медицинской реабилитации, физиотерапии и спортивной медицины». Журнал «Проблемы биологии и медицины». г. Самарканд. №4, 2014 г. Стр-278.

13. Атакулов Д.О., Саидов М.С., Аипов Р.Р., Тогаев И.У., Юсупов Ф.Ч. Оценка результатов повторных операций при аноректальных аномалиях у детей. // Новые технологии в детской хирургии. Сборник научных трудов, посвященный 100-летию медицинского образования в Пермском крае, 95-летию со дня рождения профессора А.А. Лишке. г. Пермь, 2014 г., Стр. 273-278.

14. Атакулов Д.О., Саидов М.С., Аипов Р.Р. Результаты реаноректопластик при аноректальных аномалиях у детей. // Материалы научно-практической конференции «Новые технологии в детской хирургии, урологии, анестезиологии и реаниматологии». Журнал «Проблемы биологии и медицины». г. Самарканд №3, 2012 г. Стр 75-76.

15. Атакулов Д.О., Саидов М.С., Суванкулов У.Т., Садуллаев Х.Л. Лечение аноректальных пороков у детей. // X Российский Конгресс «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии». г. Москва, 2011 г. Стр 433-434.

16. Атакулов Д.О., Саидов М.С., Шамсиев Ж.А., Юсупов Ш.А. Хирургическое лечение средних форм аноректальных пороков у детей. // Материалы научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы медицины» посвящённая 80-летию Самаркандского государственного медицинского института. г. Самарканд. 2010 г. Стр. 93-94.

17. Атакулов Д.О., Саидов М.С., Шамсиев Ж.А. Хирургическая тактика при лечении аноректальных пороков у детей. // «Клинические и морфологические аспекты хирургических болезней детского возраста».

Материалы международной дистанционной научно-практической конференции. г. Пермь. 2009 г. Стр. 113-114.

18. Атакулов Д. А., Саидов М.С., Суванкулов У.Т., Юсупов Ш.А., Шамсиев Ж.А. Выбор тактики хирургического лечения аноректальных пороков у детей. // VI съезд педиатров Республики Узбекистан. Сборник тезисов. г.Ташкент. 2009 г. Стр. 97.

19. Атакулов Д.О., Саидов М.С., Юлдашев Б.А., Раджабов А.М. Заднесагитальная аноректопластика в лечении аноректальных пороков. // «Гнойная хирургическая инфекция у детей» Материалы Республиканской научно-практической конференции с международным участием. г. Самарканд. 2005 г. Стр. 101.

20. Атакулов Д. А., Саидов М.С., Юсупов Ш.А. Выбор хирургической тактики при свищевых формах аноректальных пороков у девочек. // Актуальные вопросы детской колопроктологии. Материалы Всероссийского симпозиума детских хирургов. г. Нижний Новгород. 2005 г. Стр. 6-17.

21. Атакулов Д. А., Саидов М.С., Юсупов Ш.А. Хирургическая коррекция врожденной патологии ануса и прямой кишки у детей. // «Актуальные проблемы хирургии, анестезиологии-реанимации, травматологии и нейрохирургии детского возраста». Научно-практическая конференция. г.Ташкент. 2004 г. Стр. 47.

22. Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Саидов М.С. Результаты хирургического лечения аноректальных пороков у детей. // Достижение и перспективы детской хирургии. г. Санкт-Петербург. 2002 г. Стр. 52.

23. Атакулов Д.О., Саидов М.С. Хирургическое лечение аноректальных пороков со свищами в половую систему у девочек. // Материалы третьего Российского форума "Хирургия 2001, Достижения современной хирургии». г. Москва. 2001г. Стр. 364-365.

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси» журнали
тахририятида тахрирдан ўтказилди « » 2019 йил

Босишга рухсат этилди: . . .2019 йил
Бичими 60x45 1/16 , «Times New Roman»
гарнитурда рақамли босма усулида босилди.
Шартли босма табағи 5. Адади: 100. Буюртма: № _____.

Ўзбекистон Республикаси ИИВ Академияси,
100197, Тошкент, Интизор кўчаси, 68

АКАДЕМИЯ НОШИРЛИК МАРКАЗИ»
Давлат унитар корхонасида чоп этилди.