

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
~~PhD.04/30.12.2019.Тиб.102.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ~~
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ**

УМАРОВ ҚОСИМЖОН МИРЗАҚУЛОВИЧ

**ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРДА НЕКРОТИК ЭНТЕРОКОЛИТНИ
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.35 – Болалар жарроҳлиги

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

САМАРҚАНД – 2021

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Content of dissertation abstract of the doctor of philosophy (PhD)

Умаров Қосимжон Мирзакулович

Янги туғилган чақалокларда некротик
энтероколитни ташхислаш ва даволашни
такомиллаштириш..... 3

Умаров Косимжон Мирзакулович

Совершенствование диагностики и лечения
некротизирующего энтероколита у
новорожденных..... 23

Umarov Kosimjon Mirzakulovich

Improvement of diagnostics and treatment
of necrotizing enterocolitis in
newborns..... 43

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works..... 47

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
PhD.04/30.12.2019.Tib.102.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ**

УМАРОВ ҚОСИМЖОН МИРЗАКУЛОВИЧ

**ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРДА НЕКРОТИК ЭНТЕРОКОЛИТНИ
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.35 – Болалар жарроҳлиги

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

САМАРҚАНД – 2021

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида №В2018.2.PhD/Tib708 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент тиббиёт академиясида бажарилган.

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

Илмий раҳбар: Абдусаматов Бобир Закирович
тиббиёт фанлари доктори

Расмий оппонентлар: Хамраев Абдурашид Журақулович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Ахмедов Юсуф Махмудович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот: Республика перинатал маркази

Диссертация химояси Самарқанд давлат тиббиёт институти ҳузуридаги PhD.04/30.12.2019.Tib.102.01 рақамли илмий кенгашнинг 2021 йил «15» май соат 13:00 даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: Самарқанд шаҳри, Амир Темур кўчаси, 18-уй. Тел./факс: (+99866) - 233-30-34, e-mail: ilmiyprorektori@sammi.uz).

Диссертация билан Самарқанд давлат тиббиёт институти Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (~~40772~~ рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: Самарқанд шаҳри, Амир Темур кўчаси, 18 – уй. Тел./факс: (+99866) 233-30-34.

Диссертация автореферати 2021 йил «10» май куни тарқатилди.
(2021 йил « » даги рақамли реестр баённомаси).



А.М. Шамсиев

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

Г.З. ШодикULOVA

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори

Ж.О. Атакулов

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

КИРИШ (фалсафа доктори диссертацияси (PhD) аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Бугунги кунда дунёда янги туғилган чақалоқлар орасида некротик энтероколитнинг учраш даражасининг ортиши унинг тиббий ва ижтимоий аҳамиятга эга эканлигини белгилаб беради. Кам вазнли чақалоқларни парваришидаги эришилаётган ижобий натижаларга қарамасдан некротик энтероколитни учраш частотасини ортиб бориши болалар жаррохлигида муҳим аҳамият касб этади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) томонидан тавсия этилган тирик туғилишнинг янги мезонларига ўтиш, некротик энтероколит билан хасталанган беморларни парвариш қилиш ва даволаш муаммосини долзарблигини кўрсатади «...1000 нафар тирик туғиладиган болаларга ўртача 1-5 нафар касалланиш тўғри келади, улар орасида 80-90% ни эрта туғилган чақалоқлар ва кам вазнли болалар... ҳомила/бола ривожланишининг дастлабки босқичларида ноадекват овқатланишнинг узок муддатли оқибатлари орасида ҳаётнинг ҳар қандай даврида касалликлар ва улардан ўлим хавфи 4-10 мартагача ортади...»¹. Некротик энтероколитни даволаш неонатолог ва неонатал хирургларга қўйилган энг оғир вазифалардан бири бўлиб, оптимал даволаш усулини танлаш амалий тиббиёт учун замон талаби бўлиб қолмоқда.

Жаҳон миқийёсида некротик энтероколитни эрта босқичда тасдиқлаш ва муқобил даво усулини танлаш, жаррохлик даво усулларини такомиллаштиришга йўналтирилган илмий тадқиқотларга алоҳида эътибор берилмоқда «...туғруқдаги тана вазни 500 г дан 1500 г гача ва гестация ёши <32 ҳафталик 7% гача бўлган беморлар некротик энтероколитни ўтказишади. Некротик энтероколитнинг жаррохлик босқичлари касал болаларнинг ўртача 50% да содир бўлади...»², касалланиш кўрсаткичининг ортиши, учрайдиган асоратларнинг кенг тарқалиши, жаррохлик даво усулларини такомиллаштириш бугунги кунда алоҳида аҳамият касб этади.

Мамлакатимизда аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини яхшилаш, жумладан, тиббий тизимни жаҳон андозалари талабларига мослаштириш, янги туғилган чақалоқлар орасида некротик энтероколит касаллигини ташхислаш, даволаш ва асоратларини олдини олишга қаратилган қатор вазифалар юклатилган. «...Ихтисослаштирилган тиббий хизмат кўрсатиш қулайлигини ҳамда сифатини ошириш, тез ва шошилишч тиббий ёрдам тизимини янада ислоҳ қилиш, ногиронликнинг олдини

¹ Hirst J., Villar J., Kennedy S., Bhutta Z. Being born stunted and/or wasted need not be inevitable/International Pediatric Association Newsletter Year 2015. Vol. 10; Issue 1: 9–14.

² Gonzalez-Hernandez J., Prajapati P., Ogola G., et al. /Predicting time to full enteral nutrition in children after significant bowel resection. //J Pediatr Surg. 2017 May;52(5):764-767.

олиш...»³ каби вазифалар белгиланган. Шундан келиб чиққан ҳолда, бугунги кунда янги туғилган чақалоқлар орасида некротик энтероколитни ташхислаш ва даволашни такомиллаштириш натижасида чақалоқлар ўлими ва учрайдиган ногиронлик кўрсаткичларини камайтириш бўйича илмий тадқиқот ишларини олиб бориш муҳим аҳамият касб этади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ–4947-сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида», 2017 йил 16 мартдаги ПФ-4985-сон «Шошилиш тиббий ёрдам фаолияти тизимини ташкил этиш ва моддий-техник базани келгусида мустаҳкамлаш бўйича чора-тадбирлар тўғрисида», 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлари тўғрисида» ги фармонлари, 2017 йил 20 июндаги ПҚ–3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида» ги Қарори ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялари ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналиши доирасида бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Замонавий жаҳон адабиётида янги туғилган чақалоқлардаги некротик энтероколит касаллиги дунёдаги тадқиқотчилар эътиборини тортадиган энг долзарб масалалардан биридир (Niño D.F., Sodhi C.P., Naskam D.J., 2016). 1964 йилгача бу патология нозологик шакл сифатида белгиланмаган ва турли хил ташхислар остида мавжуд бўлган: функционал ичак тутилиши, янги туғилган чақалоқларнинг некротик колити, ишемик энтероколит, янги туғилган чақалоқларнинг ичак инфаркти. «Некротик энтероколит» атамаси 1959 йилда эса Н. Rossier ва С. Schmid томонидан таклиф этилган (Holman R.C., Stoll B.J., Curns A.T. et al., 2006). Аниқлаш даражаси 1000 нафар тирик туғиладиган болаларда ўртача 1-5 нафарни ташкил этади, улар орасида 80-90% ни эрта туғилган чақалоқлар ва кам вазли (2500 г дан кам) болалардир. Соғлиқни сақлашни ривожлантиришнинг ҳозирги босқичида янги туғилган чақалоқларда НЭК муаммоси бўйича кўплаб тадқиқотлар ўтказилди, ташхис қўйиш ва патогенетик даволашнинг турли усуллари таклиф этилди.

³ Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ–4947 сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида» ги Фармони.

Бугунги кунга келиб, кўплаб жиҳатлар, хусусан, эрта диагностика мезонлари ва даволашнинг этиопатогенетик усуллари, реабилитацияни дастлабки операциядан кейинги даврида бошқариш билан боғлиқ қарама-қарши фикрлар мавжуд (Totonelli G, Tambucci R, Boscarelli A, et al., 2018). Бундан ташқари, асоратланган НЭКда, неонатолог ва неонатал хирургларда бахсли чегара ҳолати сифатида умумий ва маҳаллий патологик жараёнларнинг жиддий мезонлари етарлича аниқланмаган, бу эса патологик жараённинг оғирлигини ва жарроҳлик даволаш тактикасини аниқлашга имкон бермайди. Неонатал жарроҳликда НЭКнинг жарроҳлик босқичида орган дисфункцияси бўлган янги туғилган чақалоқларда жарроҳлик даволаш тактикасини аниқлаш бўйича тўлиқ келишув мавжуд эмас. НЭК жарроҳлик босқичида ташхис, операцион тактика ва операциядан кейинги реабилитация баъзи масалалар бўйича мунозарали бўлиб қолмоқда (Козлов Ю.А. Ковальков К.А., Чубко Д.М., 2016; Schat T.E., Schurink M., van der Laan M.E., Hulscher J.B., Hulzebos C.V., 2017).

Ўзбекистонда болалар хирургиясининг амалиётида ўткир ичак тутилиши, чақолоқлардаги турли нуқсонлар, некротик энтероколитнинг ультратовуш ташхисоти ва турли болалар жарроҳлик амалиётини амалга ошириш, болалар ҳаёт сифатини ошириш борасида илмий тадқиқотлар олиб борилган (Салимов Ш.Т., 2020; Шамсиев А.М., 2019, Алиев М.М., 2019, Эргашев Б.Б., 2019; Эргашев Н.Ш., 2018; Хамраев А.Ж., 2015; Шамсиев Ж.А., 2020; Абдусаматов Б.З., 2020), бироқ, янги туғилган чақалоқларда некротик энтероколитни ташхислаш ва даволашни самарали тартиби ва тизими етарлича ўрганилмаган.

Адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, ҳозирги вақтда болаларда НЭКнинг тактик, техник ва диагностик жиҳатлари замонавий болалар хирургиясининг энг долзарб ва ҳали ҳал этилмаган муаммоларидан бири ҳисобланади. Хирургик даволаш усулининг оператив тактикаси аспектида диагностик мезонларни муҳокама қилиш янги туғилган чақалоқларда НЭК кўрсаткичларининг бирлашишини анча мураккаблаштиради. Замонавий тиббий технологиялардан фойдаланишга қарамай, кўкрак ёшидаги болаларда НЭКни жарроҳлик даволашдан сўнг ҳам асоратлар ва ўлим частотаси жуда юқори бўлиб қолмоқда.

Тадқиқотнинг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Тошкент тиббиёт академиясининг илмий ишлар режасига мувофиқ №01.1800230 «Болалар орасида учрайдиган турли касалликларнинг кичик инвазив технологиялари асосида ташхислаш ва

даволашни такомиллаштириш» мавзусидаги хужалик илмий лойихаси доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади диагностик лапароскопия усулини қўллаш орқали янги туғилган чақалоқларда некротик энтероколитнинг жарроҳлик босқичида оператив даволаш самарадорлигини оширишдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

даволаш натижаларини ретроспектив таҳлил қилиш ва янги туғилган чақалоқларда асоратланган некротик энтероколитни жарроҳлик тактикаси учун кўрсатмалар ҳосил қилувчи омилларни ҳар томонлама баҳолаш;

жарроҳлик тактикани танлашда инструментал текширув усуллари кўрсаткичларининг диагностик аҳамиятини баҳолаш;

янги туғилган чақалоқларда некротик энтероколитнинг жарроҳлик босқичида эндовизуал радикал жарроҳлик тактикасининг аҳамиятини баҳолаш;

диагностик лапароскопия натижаларига қараб, янги туғилган чақалоқларда асоратланган некротик энтероколитни жарроҳлик йўли билан даволашнинг самарадорлигини баҳолашга қаратилган ёндашувларни асослаш ва клиник амалиётга жорий этиш;

янги туғилган чақалоқларда асоратланган некротик энтероколитни даволашда таклиф этилган алгоритмни самарадорлигини бевосита ва узоқ муддатли натижаларини қиёсий таҳлил қилиш асосида баҳолаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2014-2020-йилгача бўлган даврда Республика болалар кам инвазив ва эндовизуал хирургия илмий-амалий марказида даволанган хирургик босқичидаги некротик энтероколитнинг эрта ва кеч асоратлари бўлган 93 нафар янги туғилган чақалоқлар олинган.

Тадқиқотнинг предметини периферик қон ва унинг зардобида биокимёвий ва ичак тўқимаси морфологик текширувга олиш жараёнлари ташкил этади.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотда клиник, биокимёвий, инструментал – диагностик лапароскопия, қорин бўшлиғи рентгенограммаси ва УТТ ҳамда статистик тадқиқот усулларида фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги куйидагилардан иборат:

асоратланган некротик энтероколитда ошқозон-ичак тракти перфорация олди босқичида максимал радикал эндовизуал жарроҳлик амалиётини қўллаш самарадорлиги исботланган;

некротик энтероколит асоратлари перфорация олди босқичини эрта баҳолашда чегараланган некротик майдонни резекцияси ва «учма-уч» анастомоз қўйиш, ҳамда перфорация босқичида тешилган ошқозон қисмини

тикиш, икки танали алоҳида энтеро ёки колостома шакллантириш усулларининг самарадорлиги асосланган;

оқсил етишмовчилиги ва модда алмашинувининг бузилиши натижасидаги метаболик ўзгаришлар шаклланган беморларда энтеро ва колостомаларни ёпилиш муддатларига индивидуал ёндошиш зарурлиги аниқланган;

жарроҳлик босқичидаги некротик энтероколитни даволашда диагностик лапароскопиядан фойдаланиш натижасида жарроҳлик асоратларини камайтириш, жарроҳлик травмасини минималлаштириш ва оғир оқибатларни камайтириш орқали беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга асосланган босқичли алгоритм ишлаб чиқилган;

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

илк бор янги туғилган чақалоқларда асоратланган некротик энтероколитни жарроҳлик босқичида ўз вақтида диагностик лапароскопиянинг қўлланилиши мақсадга мувофиқлиги асосланган;

некротик энтероколитни II-B ва III-A жарроҳлик босқичларида диагностик лапароскопияни қўлланилиши хирургик тактикани визуал аниқлашга имкон бериши мақсадга мувофиқлиги асосланган;

диагностик лапароскопияни қўллаганда некротик энтероколитни эрта босқичида ичак деворидаги ишемик ва некротик ўзгаришларни визуал кўриш, перфорация ривожланиш эҳтимолини баҳолаш ва оптимал жарроҳлик тактикасини танлаш асосланган;

янги туғилган чақалоқларда некротик энтероколитни ташхислаш, даволаш тактикасини такомиллаштиришда диагностик лапароскопияни қўллаш амалий тавсияси ва беморларда энтеро-колостомаларни ёпилиш муддатларига индивидуал ёндошув зарурияти таклифлари ишлаб чиқилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Тадқиқотда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган текширувларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, текширилган беморлар сонининг етарлилиги, тадқиқотда қўлланилган замонавий ўзаро бир-бирини тўлдирувчи клиник, биокимёвий, клиник-инструментал ва статистик тадқиқот усуллари ёрдамида ишлов берилганлиги, шунингдек, янги туғилган чақалоқларда некротик энтероколитни ташхислаш ва даволашни такомиллаштиришда халқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққослангани, хулоса, олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти хирургик даволаш тактикаси алгоритми бўйича шакллантирилган илмий қоидалар, хулосалар ва таклифлар неонатал хирургия соҳасида илмий тадқиқотларни такомиллаштиришга салмоқли ҳисса

кўшиши, ноинвазив ва инвазив ташхисот мезонларини тасдиқлаш орқали янги туғилган чақалоқларда некротик энтероколитни ташхислаш, жарроҳлик даволаш тактикаси натижаларини такомиллаштириш орқали оғир асоратларни ривожланишини баҳолаш ҳамда жарроҳлик тактикасини танлашни оптималлаштириш имконини берганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти қорин аъзоларни лапароскопик кўришни жорий этиш, оптимал жарроҳлик тактикасини танлаш, янги туғилган чақалоқларда некротик энтероколитни жарроҳлик асоратларини ўз вақтида ташхисини яхшилаш, жарроҳлик даволаш ва реабилитация самарадорлигини ошириш, ўлим сонини камайтириш ва сезиларли даражада жарроҳлик босқичида некротик энтероколитга чалинган болалар ҳаёт сифатини яхшилаш имкони яратганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларини жорий қилиниши. Янги туғилган чақалоқларда некротик энтероколитни ташхислаш ва даволашни такомиллаштиришни баҳолаш бўйича олинган илмий тадқиқот натижалар асосида:

некротик энтероколитни эрта аниқлаш, муқобил даволаш усулини танлаш ва асоратларни бартараф этиш бўйича олинган илмий натижалар асосида «Янги туғилган чақалоқларда некротик энтероколитнинг жарроҳлик босқичларида даволаш тактикаси алгоритми» услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 30 ноябрдаги 8н-р/511-сон маълумотномаси). Илмий натижаларнинг жорий қилиниши янги туғилган чақалоқларда некротик энтероколитни лапароскопик самарали даволаш усулини танлаш имконини берган;

чақалоқларда жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш, операциядан кейинги даврни қисқартириш ва беморлар ҳаёт сифатини ижобий томонга ўзгартириш бўйича олинган илмий натижалар асосида «Янги туғилган чақалоқларда некротик энтероколитда энтеростомия усули» услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 7 январь 2021 йилдаги 8н-з/1-сон маълумотномаси). Илмий натижаларнинг жорий қилиниши некротик энтероколитда эндовизуал ташхислаш усулини амалиётда қўллаш орқали беморларда нохуш асоратларнинг камайиши, операциядан кейинги даврнинг қисқариши имконини берган;

янги туғилган чақалоқларда некротик энтероколитни ташхислаш ва даволашни такомиллаштиришга қаратилган тадқиқот натижалари соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Республика перинатал маркази қошидаги даволаш ва ўқув-услубий неонатал хирургия маркази, ҳамда Самарқанд давлат тиббиёт институти 2- клиникаси амалиётига тадбиқ этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 22 февралдаги 8н-з/39-сон

маълумотномаси). Олинган натижаларнинг амалиётга тадбиқ этилиши болаларда некротик энтероколитни дастлабки жарроҳлик босқичларида ташхислаш сифатини яхшилаш, даволаш жараёнида ихтисослашган юқори технологияли тиббий ёрдам кўрсатишни сезиларли даражада кенгайтирилиши жарроҳлик асоратлари ва операциядан кейинги ўлим даражасини 67,6% дан 35,1% гача камайтириш ҳамда болаларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 4 илмий-амалий анжуманларда, жумладан 2 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 14 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан, Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 5 та мақола, жумладан, 3 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 120 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисми ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва заруратини асослашга, текшириш мақсади ва вазифалари, объект ва предметларини тавсифлашга бағишланган, тадқиқотнинг Республика фан ва технологияларининг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилган. Тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиқ берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Некротик энтероколитни ташхислаш ва даволаш тактикасини танлашнинг замонавий талқини**» деб номланган биринчи бобида НЭКнинг эрта асоратларини даволаш учун ташхис қўйиш ва жарроҳлик усулларининг ҳал этилмаган муаммолари ҳақида маълумот берувчи бешта кичик бобдан иборат адабиётлар шарҳи келтирилган. НЭКнинг эрта асоратларини ташхислаш учун нур диагностика усулларининг жиҳатлари бўйича адабиётлар маълумотлари тизимли равишда кўриб чиқилган. НЭКнинг кеч асоратлари, уларнинг даражаси, диагностик тадқиқотлар ва жарроҳлик тузатиш усуллари ҳам ўрганилган. Даволаш тактикасини танлаш

билан боғлиқ муаммолар, шунингдек, кейинги ривожланишни талаб қилувчи мунозарали муаммолар аниқланди.

Диссертациянинг «**Қўлланиладиган усуллар ва материаллар клиник хусусиятлари**» деб номланган иккинчи бобида клиник материал ва тадқиқот усуллари умумий хусусиятлари берилган. Илмий иш 2014 йилдан 2020 йилгача Республика болалар кам инвазив ва эндовизуал хирургия илмий-амалий маркази, болалар жарроҳлиги ва интенсив жонлантириш бўлимида НЭЖ клиникали 93 нафар янги туғилган чақалоқларни ўрганиш ва даволаш натижалари таҳлили асосида бажарилган. 53 нафар ўғил болалар (57%) ва 40 нафар қизлар (43%) бор эди. Болаларнинг ёши 1-2 кундан 28 кунгача ўзгариб турди. Янги туғилган чақалоқларнинг кўпчилиги, яъни 67,7% (63 нафар бемор) вақтидан олдин туғилган эди. Янги туғилган чақалоқлар гестацион ёшга қараб бўлинди, кузатишларимиз кўрсатишича, кўп ҳолларда улар 32-35 ҳафталик бўлиб, ўртача тана вазни $1624,6 \pm 96,4$ грамм бўлган. Экстремал кичик тана вазни бўлган болалар (1000 гдан кам) 6 нафар (6,5%), жуда паст тана оғирлиги (1000-1500 г) – 23 нафар (24,7%), паст тана оғирлиги (1500-2000 г) -19 нафар (20,4%), (2000 -2500 г) 15 нафар (16,1%). 30 нафар -(32,3%) (2500 г ва ундан ортиқ) беморларнинг максимал тана вазни – 4200 г, энг кам тана вазни эса – 830 г бўлган.

Рентген-сонографик тадқиқотлар ва клиник-биокимёвий қон анализлари, урино-копрология НЭЖ билан оғриган барча чақалоқларда амалга оширилди. НЭЖ учун характерли рентгенологик белгилар қўйидагилар: ичак тутқичларининг кенгайиши (100% ҳолларда); газ тўлдирилувчанлиги камайиши ва ичак қовузлокларининг ассиметрик жойлашуви; ичаклар пневматози 91(98%); портал вена тизимида газ 14 (15,1%); пневмоперитонеум 37 (39,8%); қорин бўшлиғида суюқлик 71 (76,3%).

Клиник қон таҳлиллари натижаларига кўра - яллиғланиш реакцияси белгилари, 36,3% лейкоцитоз ёки 69,7% лейкопения, 36,3% нейтрофилёз ёки 57,6% нейтропения, 62,6% лейкоформулани чапга силжиши, 78,8% тромбоцитопения.

Қоннинг биокимёвий таҳлиллари кўра - яллиғланиш синдроми борлиги, гипонатремия, буйрақларнинг экскретор функциясининг бузилиш белгилари - мочевина, креатинин кўрсаткичларининг ошиши аниқланди.

Реконвалесценция босқичида ва олдиндан қўйилган ичак стомасини ёпиш учун операцияга тайёргарлик кўришда ичакнинг ўтказувчанлигини баҳолаш учун рентген контраст ўрганиш амалга оширилди.

Қорин бўшлиғини УТТ билан, айниқса, НЭЖни жарроҳлик босқичида текширганда, қорин бўшлиғида газ ёки суюқлик мавжудлигини, нишон симптоми, пневматоз, портал вена тизимида газ, гидрперитонеум ва

бошқаларни кўриш мумкин. Қорин бўшлиғи аъзоларини ултратовушли текширганда, ичак деворининг турли даражадаги қалинлашганлигини, ичак қовузлоқларининг ригидлиги ва кенгайиши, перисталтиканинг пасайишини визуал кўришимиз мумкин. Тадқиқотларнинг 80,8% да латерал каналларда ва тос бўшлиғида ичак қовузлоқлари орасидаги анэхоген, гомоген экссудат кўринади.

Патоморфологик текширув патологоанатом С.О. Ахмедов томонидан Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги патологик-анатомия марказида амалга оширилди. Жами 38 та текширув амалга оширилди, шу жумладан; - 19та (50%) ҳолатда ёнбош ичак, 6 та (15,8%) ҳолатда оч ичак, 7 та (18,4%) ҳолатда йўғон ичак ва 6 (15,8%) ҳолатда ошқозон.

Морфологик тадқиқот материаллари операция вақтида аниқланган некрозга учраган ва резекция қилинган жойлар эди. Ичаклар 10% формалин эритмасида, сўнгра стандарт ўтказгич ва парафин блокларида фиксацияланди. Препаратларнинг бўялиши гематоксилин ва эозин, пикрофуксин билан, флорани қўшимча бўяш Романовский бўйича амалга оширилди. Ишда 10, 20, 40 марта катталаштирилган «Olympus» фирмаси (Япония) СН-2 нинг ёруғлик микроскопидан фойдаланилди.

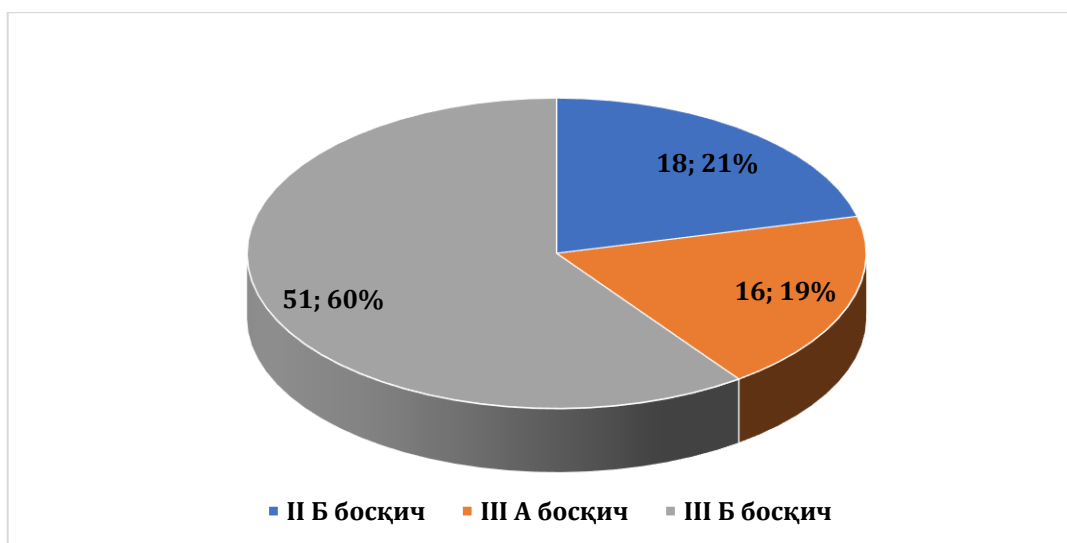
Ингичка ичак, йўғон ичак ва ошқозоннинг резекцияланган қисмларини морфологик жиҳатдан ўрганишдан мақсад НЭЖ жарроҳлик босқичида ичакда кечадиган деструктив жараёнлар мавжудлигини аниқлашдан иборат эди.

Гистологик материал таҳлили шуни кўрсатдики, зарарланиш чуқурлиги ва содир бўлган деструктив жараёнлар босқичи ичак тракти узунлигида бир хил эмас. Улар НЭЖнинг клиник босқичига боғлиқ бўлиб, бу муаммони янада чуқур ва мақсадли ўрганадиган тадқиқотчиларнинг илмий ишларида тасдиқланган.

Тадқиқот натижаларини статистик қайта ишлаш «MS Office» компьютер дастурлар пакети ёрдамида амалга оширилди. Ўртача қийматлар (M – арифметик ўртача ўлчов), ўртача (m) нинг стандарт хатолиги ва ўртача-квадрат (стандарт) оғиш (σ) аниқланди. Фарқларнинг аҳамияти t -ишончли коэффициенти (Стьюдент мезони) ёрдамида баҳоланди.

Диссертациянинг **«Янги туғилган чақалоқларда некротик энтероколитнинг жарроҳлик босқичида ташхислаш ва даволаш тактикаси»** деб номланган учинчи бобида 93 нафар НЭЖ билан хасталанган чақалоқларнинг 12 нафарида I-Б босқич, 14 нафарида II-А, 6 нафарида II-Б босқич; 16 нафарида III-А ва 45 нафарида III-Б босқич ўрнатилди. 26 нафар беморларда I- Б ва 14 нафари (14,1%) нафари II-А босқич, қолган 12 нафарида эса касаллик НЭЖнинг II-Б босқичига айланди. Умуман олганда

79-84,9% беморлар НЭКни жарроҳлик даволанишга зарурияти бор эди. НЭК жарроҳлик босқичидаги беморларни тақсимланиши 1-расмда кўрсатилган.



1-расм. Беморларни некротик этероколитнинг клиник босқичига қараб тақсимланиши

Хирургик босқичдаги беморлар орасида III-Б босқичидаги беморлар катта фарқ билан устун бўлиб, бу жойларда янги туғилган чақалоқларда НЭКни кеч ташхисланишидан далолат беради.

Янги туғилган чақалоқларни НЭК жарроҳлик босқичида тақсимланиши, уларнинг 18 нафари (22,8%) II-Б, 16 нафари (20,3%) – III-А ва 45 нафари (56,7%) III-Б босқичидаги беморлар сифатида таснифланган.

Даволаш даврига қараб жарроҳлик босқичида НЭКга чалинган беморлар (71 нафар янги туғилган чақалоқ) 2 та қиёсий гуруҳга бўлинди.

1-гуруҳ «солиштириш» 34 (47,9%) нафар янги туғилган чақалоқлар 2014-йилдан 2017-йилгача бўлган даврда клиникага қабул қилинди. Бу гуруҳдаги болаларнинг ўртача тана вазни 1265 ± 356 гр., гестация ёши 26-32 ҳафтани ташкил этди. Беморларнинг ушбу гуруҳида радикал жарроҳлик аралашуви «очик» усул билан амалга оширилди.

Беморларнинг 2 – «асосий» гуруҳи ўз ичига 37 нафар (52,1%) янги туғилган НЭКга чалинган чақалоқларни (2018 йилдан 2020 йилгача бўлган даврда) ўз ичига олиб, оператив даволаш стратегияси лапароскопик ташхисот натижаларига асосланган эди.

Солиштириш гуруҳидаги оператив даволаш тактикаси касалликнинг клиник босқичига боғлиқ эди. Қайд этиш керакки, неонатал жарроҳлик бўлими фаолиятининг дастлабки даврида деярли барча беморлар (82,4%) НЭКнинг III-А ва Б босқичларида ётқизилди.

Операциялар интубацион наркоз остида амалга оширилди. Қорин бўшлиғини пухта ревизиясини таъминловчи параректал лапаротомиядан

фойдаландик. Операциянинг кейинги кўлами қорин бўшлиғи ревизияси натижаларига, ошқозон-ичак трактида аниқланган ўзгаришлар (некроз, перфорациялар), уларнинг локализацияси ва зарарланган худуднинг қай даражада бўлишига боғлиқ эди. 1-жадвалда қорин бўшлиғи аъзоларини ревизияси натижалари асосида беморларнинг солиштириш гуруҳида амалга оширилган жарроҳлик аралашувларнинг асосий усулларини кўрсатади.

20,6% ҳолларда (7 нафар бемор) ичак стомаси билан янги туғилган чақалоқларда асоратлар кузатилди. Такрорий жарроҳлик аралашувлари 23,5% (8 нафар бемор) ҳолатларида амалга оширилди. Беморларнинг солиштириш гуруҳида ўлим 67,6% ҳолларда кузатилди. Беморларнинг назорат гуруҳида НЭЖли беморларнинг ўртача касалхонада қолиши $19,5 \pm 1,5$ ўрин жой кунини ташкил этди.

Жарроҳлик босқичли НЭЖга чалинган беморларнинг асосий гуруҳида (37 нафар чақалоқларда) оператив даволаш тактикаси клиник ва инструментал тадқиқотлар натижаларига асосланган эди, аммо операцион тактикани куришда асосий эътибор ДЛ натижаларига, айниқса II-Б и III-А босқичларидаги НЭЖга қаратилди. Хирургик даволаш (лапароцентезни ҳисобга олмаганда) ДЛ билан бошланган бўлиб, унинг натижалари хирургик даволашнинг кейинги тактикасига асосланган эди.

Ишимизда «Карл Шторз» (Германия) компаниясининг лапароскопик жамланмасидан фойдаландик. Видео оптика диаметри 3,0 мм гача.

Қорин олд деворини параумбиликал сохадан Вереш игнаси билан кирилиб газ босими 2-4 дан 8 мм/сим.ус. остида пневмоперитонем қўллашдан сўнг, ҚБ тафтиш амалга оширилди ва унинг асосида кейинги жарроҳлик тактикаси ҳал қилинди. Қўшимча ишчи портларни киритиш нуқталари меъда-ичак йўлининг қайси қисми ва қандай ҳажми патологик ўзгарганига (перфорация, некроз) қараб танланди.

1-жадвал

Беморларнинг солиштириш гуруҳида некротик энтероколитни жарроҳлик йўли билан даволаш натижалари

Кўрсаткичлар	Назорат гуруҳи n = 34		Ўлим сони	
	абс.	%	абс.	%
Лапаротомия – ёнбош ичак резекцияси – энтеростомия	3	8,8	2	5,9
	1	2,9		
Лапаротомия оч ичакни резекцияси – энтеростомия	7	20,6	4	11,8
	2	5,9		
Лапаротомия ёнбош ва оч ичакларнинг катта қисмининг резекцияси, энтеростомия	2	5,9	2	5,9
	1	2,9		

Лапаротомия йўғон ичак резекцияси, колостомия	5	14,7	3	8,8
	1	2,9		
Лапаротомия, ошқозон перфорациясини тикиш	7	20,6	3	8,8
	-	-		
Лапаротомия -бирламчи илеостомалар қўйиш	10	29,4	9	26,5
	2	5,9		
Лапароцентез ва қорин бўшлиғи дренажи	28	82,4	-	-
Жами	34	100,0	23	67,6
	7	20,6		

Ошқозон перфорацияси соҳасида кичик ўлчамли алоҳида перфоратив тешиклари (0,5 см гача) ва ичак девори перфорация атрофида бироз шиш мавжуд бўлганда, ичак бўшлиғининг торайишига олиб келмаслик учун кўндаланг йўналишда атравматик игна билан икки қаторли чоклар билан тикдик.

Биз ичак деворининг перфорацияси 5-6 см узунликда кузатганимизда, ёки ошқозон перфорацияси атрофида инфилтрация аниқланган бўлса, унда ичакни резекция қилиш соғлом тўқималар чегарасида амалга оширилди ва «учма-уч» ичак анастомози (ингичка ичакда) ёки икки танали энтеро ёки колостомиялар мирилапаротомия орқали шакллантирилди.

Лапароскопик ташхисот жарроҳлик травмани камайтириш имконини беради, агарда операция даволаш лапароскопия билан тугаса, кичик беморни сақлаб қолиш ва фаоллаштириш имконияти бир неча марта ортади, чунки тўлиқ маънода организмнинг ресурслари интраоператив йўқотишлар минималлашади. Операциядан кейинги жароҳат чоклари етишмовчилиги, ичаклар эвентрацияси, операциядан кейинги жароҳатни йиринглаши, ичак парези ва бошқалар каби операциядан кейинги ҳар қандай асоратлар истисно қилинади, уларни ҳар қайсиси НЭКни даволаш натижасида ҳалокатли хавфини оширарди.

Беморларнинг асосий гуруҳида лапароскопия қўлланилиши натижасида жарроҳлик босқичида касалликнинг бошқарув тактикасида олиб борилиши билан бир қаторда операциядан сўнги даврда жароҳат чокларининг етишмовчилиги, жароҳатдан ичак қовузлоқларини эвентрацияси, ичаклар парези ошиши ҳамда ўлим каби нохуш жарроҳлик асоратлари сезиларли даражада камайди.

Беморларнинг асосий гуруҳида, баъзи ҳолларда, операция мирилапаротомия орқали ошқозон перфорацияси лапароскопик чок билан яқунланди. Хирургик травма, айниқса 3 (8,1%) ҳолатда меъда перфорациялари билан минималлаштирилди. Бундан ташқари, биз турли стомаларни иложи

борича камроқ қўйиш тамойилига амал қилдик ва операцияни радикал аралашув билан тугатиш учун имкон қадар кўпроқ ҳаракат қилдик, айниқса НЭЖни 2-Б босқичида.

Лапароскопик ташхисотдан кейинги минилапаротомия орқали видео ассистентлаш билан операция 30 (81,1%) ҳолларда амалга оширилди.

Лапароскопик ташхисот - конверсияси 7 нафар беморда (18,9%) амалга оширилди - бу одатда 3-Б босқичидаги НЭЖ билан оғриган беморлар эди. Беморларнинг асосий гуруҳида ўлим даражаси 35,1%ни ташкил этди (13 нафар бемор).

Ичак стомаларини парвариш қилиш ота-оналар учун ҳам жиддий психоэмоционал травма бўлиб, биз энтеро ёки колостомияни имкон борича олдини олишга ҳаракат қилдик ва операцияни радикал бажардик (2-жадвалга қаранг).

2-жадвал

Лапароскопик ташхислашда ва кейинги минилапаротомиядан кейин амалга оширилган операциялар

Кўрсаткичлар	Асосий гуруҳ, n= 37		Ўлим сони	
	абс.	%	абс.	%
ДЛ – минилапаротомия видеоассистентлаш билан ошқозон перфорациясини тикиш	3*	8,1	-	
ДЛ – конверсия ошқозон перфорациясини тикиш	2	5,4	1	2,7
Лапароскопия резекция минилапаротомия орқали ёнбош ичакни «учма-уч» анастомози	8*	21,6	1	2,7
ДЛ минилапаротомия - ёнбош ичак резекцияси, стомани шакллантириш	9*	24,3	4	10,8
ДЛ кўндаланг чамбар ичакни қисман резекцияси, минилапаротомия орқали колостомани шакллантириш.	5*	13,5	2	5,4
ДЛ –тафтиш - конверсия лапаротомия қисман ёнбош ва оч ичакни резекцияси- энтеростома	7	18,9	4	10,8
ДЛ- минилапаротомия орқали колостомани шакллантириш.	3*	8,1	1	2,7
Жами	37	100	13	35,1

Изоҳ: * белгиси операция видеоассистент билан минилапаротомия орқали амалга оширилганлигини кўрсатади.

Шундай қилиб, 11 (29,7%) ҳолларда радикал жарроҳлик видеоассистентлаш билан минилапаротомия орқали амалга оширилди.

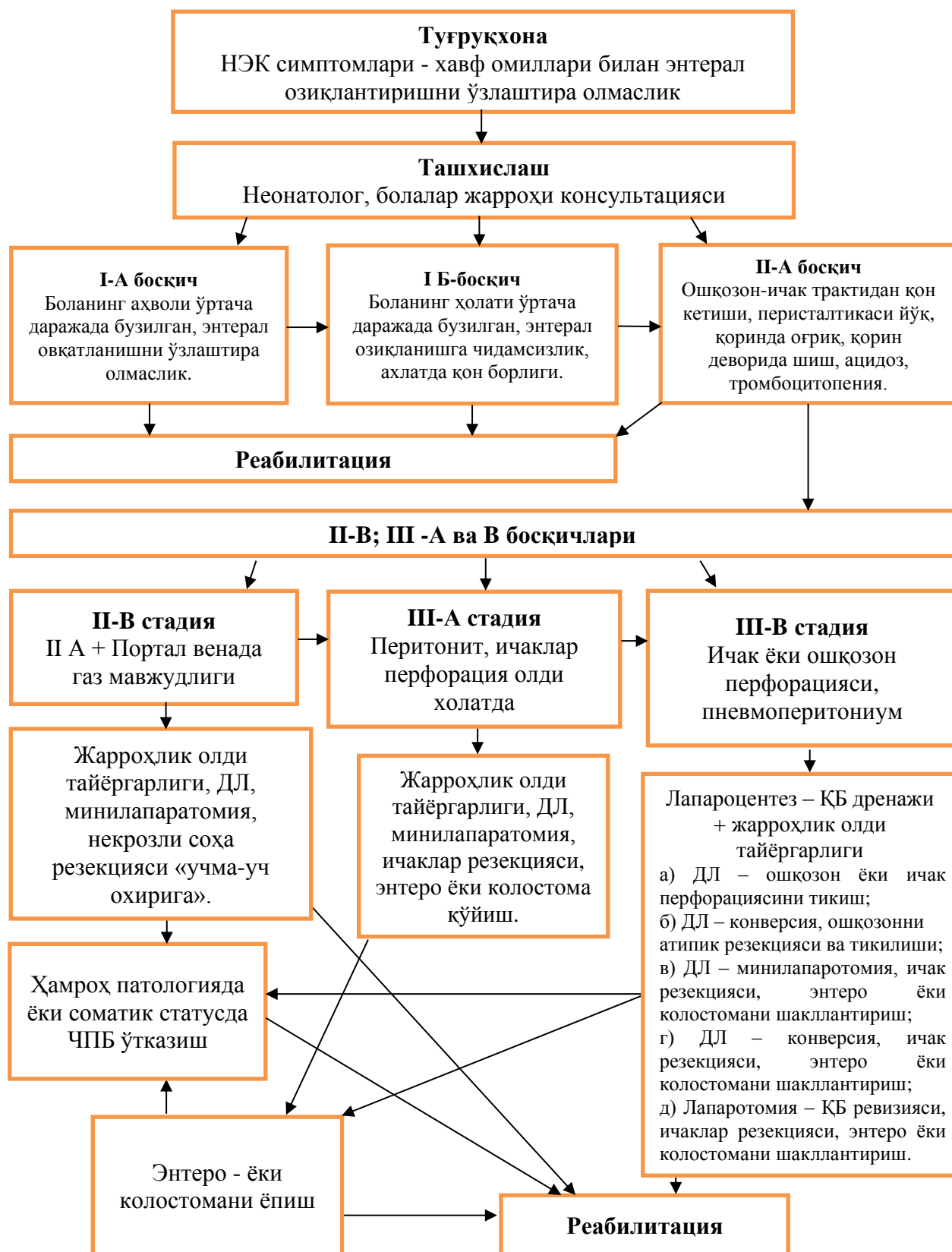
Минилапаротомия орқали энтеро ва колостомия шаклланиши - 8 (21,6%) ҳолларда ичак некротик соҳаларида резекция амалга оширилди.

13 нафар (35,1%) ҳолатда операциядан кейинги даврда лапароскопик ташхисот томонидан бажарилган операциялар ҳалокатли бўлган.

Шундай қилиб, жарроҳлик босқичида НЭКни жарроҳлик даволаш тактикасини лапароскопик даволаш натижасида, ичак стомасини шакллантириш учун кўрсатмалар ҳам нисбатан камайди, мос равишда 27-79,4% ва 24-64,8% га. Ўлим даражаси 67,6% дан -35,1% = 32,5% гача камайди. Бундан ташқари, гуруҳларни қиёсий таҳлил қилинганда беморлар шифохонада даволаниш вақти ўртача $19 \pm 1,5$ ў/ж кун дан $15,4 \pm 1,2$ ў/ж кун муддатлари қисқарди.

Беморларнинг асосий гуруҳида жарроҳлик жароҳатини минималлаштириш туфайли жарроҳлик босқичида НЭКни даволаш натижалари нисбатан яхшиланди.

Касаллик клиник босқичларига биноан шаклланган даволаш алгоритмидан фойдаланиб даволанган 2 та жарроҳлик босқичидаги беморларнинг гуруҳлари даво натижаларини таҳлили қилинганда биз қуйидаги хулосага келдик (2-расм).



2-расм. Янги туғилган чақалоқларда НЭКни даволаш тактикаси алгоритми

Қайд этиш лозимки, ўз вақтида ташхислаш ва НЭК жарроҳлик босқичида жарроҳлик аралашувларни амалга ошириш учун эндовизуал технологияларни

кенг жорий этиш орқали жарроҳлик аралашув натижаларини сезиларли даражада яхшилаш мумкин.

Шундай қилиб, яратилган ва синалган даволаш алгоритми касалликнинг жарроҳлик босқичида янги туғилган чақалоқларда даволаш ва диагностика тактикасининг асосий онларини акс эттиради, неонатолог, неонатал хирург ва реаниматор ишини тизимлаштиради.

Диссертациянинг **«Янги туғилган чақалоқларда некротик энтероколитнинг жарроҳлик босқичи билан анъанавий ва лапароскопик жарроҳлик аралашувлари натижаларини қиёсий таҳлил қилиш»** деб номланган тўртинчи бобида 2014-2020-йиллар давомидаги НЭЖнинг эрта ва кеч асоратлари, жарроҳлик амалиётининг натижалари ёритилган. Жарроҳлик босқичида НЭЖга чалинган 79 нафар янги туғилган чақалоқларнинг, операция олди тайёргарлик пайтида, ҳатто шошилишч лапароцентез ва ҚБ дренажидан кейин ҳам, биз 8 нафар (10,1%) болаларни ўтказилган интенсив даволаш ва реанимация қилишимизга қарамасдан кўпламчи аъзолар етишмовчилиги туфайли сақлаб қололмадик. Бу болалар РБКИЭХИАМга қабул қилинганидан кейин биринчи 3-12 соат ичида нобуд бўлишди, улар назорат ёки асосий гуруҳга ҳам киритилмади, чунки биринчи ёрдам ва реанимация тактикасида улар ўртасида ҳеч қандай фарқ йўқ эди. Болалар асосан чуқур чала туғилган, 3 нафари тана вазни 1000 г дан кам, 3 нафар-1500 г дан кам бўлиб, ЮТН, ҲИИ ташхиси билан ҳамроҳликда бўлган.

НЭЖга чалинган 34 нафар янги туғилган чақалоқларнинг назорат гуруҳида 23 нафари (67,6%) нобуд бўлди, қолган 11 нафари (32,4%) эса чақалоқлар патологияси бўлимига ўтказилди.

Асосий гуруҳдаги 37 нафар боладан 13 нафари (35,1%) нобуд бўлди ва 24 нафар бемор чақалоқлар патологияси бўлимига кейинги реабилитация учун ўтказилди.

Шундай қилиб, биз 71 нафар янги туғилган чақалоқдан қолган 35 нафарида (49,3%) даволаш натижаларини НЭЖнинг жарроҳлик босқичида хирургик даволашни узоқ муддатли натижаларини таҳлил қилдик.

Беморларнинг асосий гуруҳида 37 лапароскопик ташхисот амалга оширилди. НЭЖнинг жарроҳлик босқичида асосий гуруҳдаги лапароскопик ташхисот натижалари радикал жарроҳлик билан яқунланди. 8 (21,6%) ҳолатда ингичка ичакнинг зарарланган қисмини резекция қилиш минилапаротомия орқали «учма-уч» анастомози билан амалга оширилди, 19 та (63,4%) ҳолатда ичак стомаси қўлланилди ва 3 (10%) ҳолатда меъда перфорацияси минилапаротомия орқали чокланди.

Жадвалдан кўриниб турибдики, радикал жарроҳлик ёки ичак стомасининг шаклланиши НЭЖни II-Б ва III -А босқичининг барча ҳолатларида лапароскопик ташхисот олдин қилинган.

III- Б босқичда ДЛ 3 (8,1%) та ҳолатда, яъни ошқозон перфорациясида бажарилган бўлиб, у мирилапаротомия орқали видеоассистентлаш орқали тикилган.

8 (21,6%) ҳолатда лапароскопик ташхисот - мирилапаротомия, ёнбош ичак резекцияси, «учма-уч» анастомози қилиниб радикал операция ўтказилди. Мирилапаротомия орқали лапароскопик радикал мини-инвазив аралашувларнинг умумий сони 11 (29,7%) га етди.

Лапароскопия иштирокида ёнбош ичак радикал резекциясидан сўнг ичак анастомози чоклари етишмовчилиги НЭЖнинг II-Б босқичида 8 ҳолатнинг 1 тасида (12,5%) кузатилди. Бемор энтеростомани қўллаш билан релапаротомияни бошдан кечирди, аммо кўпламчи аъзолар етишмовчилигини операциядан кейинги эрта даврда бартараф қилиб бўлмади ва бемор нобуд бўлди.

Шундай қилиб, мирилапаротомия орқали радикал даволаш жарроҳлик аралашув ва операцияларга айлантирилган ДЛ натижасида беморларнинг асосий гуруҳида 1 (9,1%) ҳолатда ўлим кузатилди. 18,9% (7 нафар бемор) ДЛ лапаротомия конверсияси - анъанавий «очиқ» операция билан якунланди.

Шуни таъкидлаш лозимки, таққосланаётган гуруҳларда, асосий гуруҳда мирилапаротомия орқали операцияни бажаришдан ташқари, энтеро ёки колостомалар шакллантириш усуллари қўллашда фарқлар бўлмаган. Бундан ташқари, кўп ҳолларда, хусусан, энтеро ёки колостомия операцияларидан кейин юзага келадиган ҳар қандай асоратлар ўртасида сезиларли фарқлар йўқ. Лекин биз лапаротомия, ҚБни қайта кўриб чиқиш, ичакни некротик жойларини резекция қилишдан кейин анъанавий тактика билан, стома - контраппертура орқали кўпчилик тадқиқотчилар томонидан тавсия этилган усулда шакллантирилгани истисно тариқасида тушунтириб берамиз. Бунда операцион жароҳат узунлиги жуда ортади (лапаротом кесма + контраппертура орқали стомани шакллантирувчи кесма), бундай ҳолларда тўғри пропорционал равишда танадаги жарроҳлик травма ва тўлиқ организмнинг зўриқиши ортади, катта қон йўқотиш хавфини оширади, исталмаган асоратлар юзага келади.

Лапароскопияда мирилапаротомия кесмаси орқали стомани шакллантириш операцияси нисбатан минимал травма билан амалга оширилади. Шу билан бирга, қорин олд девори НЭЖни даволашда анъанавий тактикага нисбатан камида 2 марта кам шикастланади. Шунга кўра, йиринглаш ва жароҳат чоклар етишмовчилиги, ичак ковузлоклар

эвентрацияси каби асоратлар ривожланиш хавфи сезиларли даражада камаяди. Жарроҳлик травмасини минималлаштириш ичак перисталтикаси ва операциядан кейинги эрта даврда барча ижобий ўзгаришлар натижаси тез қайта тикланишини кафолатлайди. Шунинг учун, солиштирилган гуруҳларда ичак стомасини шакллантириш усуллари ўртасида фарқ йўқлигига қарамасдан, яқуний натижа беморларнинг асосий гуруҳида яхши (3-жадвалга қаранг).

Кўп ҳолларда стома асоратлари масалан, стома атрофидаги терининг мацерацияси, стома атрофи дермотити стомаларнинг парвариши билан боғлиқдир. Шунинг учун биз бу ҳолатларни ҳамроҳ сифатида кўриб чиқмадик, чунки улар инсон омили билан боғлиқдир ва биз жадвалда алоҳида бу асоратни ажратиб қўймасликка қарор қилдик. Стома реконструкция 2 (10%) нафар беморларда талаб қилинди, бошқа ҳолларда, асоратлар консерватив даволаш томонидан бартараф этилди.

3-жадвал

Беморларнинг таққосланган гуруҳларида энтеро ва колостомия шаклланигандан кейинги асоратлар (n= 20)

Стома асоратлари	Солиштириш гуруҳи n= 7		Асосий гуруҳ n=13		Жами	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Стома атрофидаги жароҳат четларининг очилиши –ичак эвентрацияси	1	14,3±14,3	1	7,7±7,7	2	10,0±6,9
Параколостомик абсцесс	2	28,6±18,4	-	-	2	10,0±6,9
Стома стриктураси	1	14,3±14,3	1	7,7±7,7	2	10,0±6,9
Периколостомик чурра	1	14,3±14,3	-	-	1	5,0±5,0
Жами	5	71,4±18,4	2	15,4±10,4*	7	35,0±10,9

Изоҳ * фарқларнинг аҳамияти назорат гуруҳидан олинган кўрсаткичларга нисбатан сезиларли даражада (P< 0,05)

Эрта операциядан кейинги даврда ички аъзолар етишмовчилиги белгиларининг ошиши, албатта, тананинг ички заҳираларига боғлиқ. Шунинг учун, тенг даволаш ва парваришда ҳам, кичик тана массали ва гестацион ёшли болалар нобуд бўлишди (4-жадвалга қаранг).

4-жадвал

Таққосланган гуруҳларда беморларнинг тана вазни ва гестация ёшига қараб ўлим даражаси

Тана вазни	Солиштириш гуруҳи, n=34	Асосий гуруҳ, n=37	Жами

	абс.	%	абс.	%	абс.	%
999 кам	-	-	2	5,4±3,8	2	2,8±2,8
	-	-	2	5,4±3,8	2	2,8±2,8
1000-1499	8	23,5±7,4	8	21,6±6,9	16	22,5±5,0
	7	20,6±7,0	5	13,5±5,7	12	16,9±4,5
1500-1999	7	20,6±7,0	9	24,3±7,2	16	22,5±5,0
	6	17,6±6,6	3	8,1±4,5	9	12,7±4,0
2000-2499	8	23,5±7,4	11	29,7±7,6	19	26,8±5,3
	4	11,8±5,6	2	5,4±3,8	6	8,5±3,3
2500 ва кўпроқ	11	32,4±8,1	7	18,9±6,5	18	25,4±5,2
	6	17,6±6,6	1	2,7±2,7*	7	9,9±3,6
Жами	34	47,9±6,0	37	52,1±6,0	71	100
	23	32,4±5,6	13	18,3±4,6*	36	50,7±6,0

Изох: суратда-бу беморларнинг сони, махражда (/белгиси билан ажратилган) ўлим сони ва фоизи * - фарқларнинг аҳамияти назорат гуруҳидан олинган кўрсаткичлар билан таққослаганда сезиларли даражада ($P < 0,05$)

4-жадвални таҳлил қилишда маълум бир муносабатлар яққол кўзга ташланади, «янги туғилган чақалоқнинг вақтидан олдин туғилиши қанча чуқур бўлса (кам тана вазни, гестацион ёши, туғма аномалиялар мавжудлиги, ҳамроҳ касалликлар), ўлим даражаси шунчалик юқори бўлади ва аксинча».

Беморларнинг асосий гуруҳида ўлим даражаси сезиларли даражада паст: солиштириш гуруҳида 67,6% ва асосий гуруҳда 35,1%, мос равишда – 32,5% фарқ аниқланди. Қиёсий таҳлил натижалари шунини кўрсатадики, эрта операциядан кейинги даврда беморларнинг асосий гуруҳида ўлим даражаси сезиларли даражада пасайган.

Шундай қилиб, биз уни солиштириш гуруҳи билан қиёсласак - (34/23-67,6%) : (37/13-35,1%) = 1,5 марта диагностика ва даволаш мақсадида эндовизуал технологиядан фойдаланган ҳолда НЭЖнинг жарроҳлик босқичини даволаш натижалари сезиларли даражада яхшиланди.

Шундай қилиб, асосий гуруҳ беморларида энтеро ва колостомиясиз радикал операция лапароскопик технология минилапаротомия орқали 29,7% (37 та бемордан 11 та) ҳолларда операциялар амалга оширилди. Операциялар нитажиси 1 ҳолатда, яъни 9,1% ҳолатда ҳалокатли натижа билан тугади. Бу шунини англатадики, агар биз ДЛни хирургик даволашнинг кейинги тактикасини белгиловчи диагностик усул сифатида кенгроқ жорий этсак ва ДЛ билан хирургик даволашни бошласак, жарроҳлик босқичидага НЭЖга чалинган болаларни даволашда муваффақиятга эришамиз.

ХУЛОСАЛАР

“Янги туғилган чақалоқларда некротик энтероколитни ташхислаш ва даволашни такомиллаштириш” номли тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертация иши натижаларига асосланган ҳолда қуйидагилар хулоса қилинди:

1. Ретроспектив таҳлил натижасига кўра некротик энтероколитда юқори ўлим кўрсаткичига сабаб бўлувчи омиллар бу хирургик босқични кечикиб аниқланиши, ичаклар некрози, ичаклар перфорацияси, перитонит ва сепсис экани аниқланди. Ичаклар перфорациясидан кейинги амалга ошириладиган лапаротомия кечиккан амалиёт хисобланиб, етарли даражадаги хирургик амалиётни бажариш имкониятини чегаралайди.

2. Некротик энтероколитда диагностик лапароскопия клиник белгиларни ва босқичларини системалаштириб, хирургларга оптимал хирургик амалиётни тизимлаш имкониятини беради.

3. Диагностик лапароскопия билан НЭК ни II Б босқичида ичаклар зарарланган қисмига баҳо берилиб минилапаротомия видеоассистентлаш орқали ичаклар зарарланган қисмини резекция қилиб анастомозлар қўйишга имкон беради.

4. Некротик энтероколитга 15,6% ҳолларда пневмоперитонеумни ошқозон перфорацияси сабаб бўлади. 60% ҳолларда ошқозон дефектини минилапаротомия видеоассистентлаш орқали тикиш мумкин.

5. Некротик энтероколитнинг III А ва Б босқичларида, минилапаротомия видеоассистентлаш орқали энтеро ва колостомия шакллантириш жарроҳлик травмасини камайтиради, янги туғилган чақалоқларни жарроҳлик даволашда якуний натижасига ижобий таъсир кўрсатади, айниқса ҳамроҳ патологияси ва асосий касаллик асоратлари бор беморларда.

6. Некротик энтероколитнинг хирургик босқичи билан азият чекаётган янги туғилган чақалоқларнинг асосий гуруҳ беморларида эндовизуал технологияларни ва яратилган алгоритмни қўлланилиши беморларни стационар даволаниши, исталмаган асоратларни ва операциядан кейинги ўлимни 32,5% га камайтириш имконини берди.

7. Некротик энтероколит сабаб бўлиб қўйилган стомани ёпилиши учун кўрсатмалар боланинг умумий ҳолатини чуқур баҳолаш ва ҳар бирига алоҳида ёндашувни талаб этади. Бемор организмнинг тикланиш вақти кўплаб объектив ва субъектив омилларга боғлиқ.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ ПО ПРИ СУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ
PhD.04/30.12.2019.Tib.102.01 ПРИ САМАРКАНДСКОМ
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ**

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

УМАРОВ КОСИМЖОН МИРЗАКУЛОВИЧ

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ**

14.00.35 – Детская хирургия

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

САМАРКАНД – 2021

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за номером B2018.2.PhD/Tib708.

Диссертация выполнена в Ташкентском медицинском академии.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.sammi.uz) и Информационно-образовательном портале "Ziyonet" (www.ziyonet.uz).

Научный руководитель: Абдусаматов Бобир Закирович
доктор медицинских наук

Официальные оппоненты: Хамраев Абдурашид Журакулович
доктор медицинских наук, профессор

Ахмедов Юсуф Махмудович
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация: Республиканский перинатальный центр МЗ РУз

Защита диссертации состоится «15» мая 2021 г. в 13⁰⁰ часов на заседании Научного совета PhD.04/30.12.2019.Tib.102.01 при Самаркандском Государственном медицинском институте. Адрес: 140100, г.Самарканд, улица Амира Темура, дом 18. Тел./факс:(+99866) 233-30-34, e-mail: ilmiyprorektori@sammi.uz.

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Самаркандского Государственного медицинского института (зарегистрирована за № ~~40719~~ Адрес: 140100, г.Самарканд, улица Амира Темура, дом 18. Тел./факс: (+99866) 233-30-34.

Автореферат диссертации разослан «10» мая 2021 года.
(реестр протокола рассылки № ___ от _____ 2021 года).



А.М. Шамсиев
председатель Научного совета по
присуждению ученых степеней, доктор
медицинских наук, профессор

Г.З. Шодикулова

ученый секретарь Научного совета по
присуждению ученых степеней, доктор
медицинских наук

Ж.О. Атакулов

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. В современном мире рост заболеваемости некротическим энтероколитом среди новорожденных определяет его медико-социальную значимость. Несмотря на положительные результаты, достигнутые в уходе за маловесным новорожденным, увеличение частоты возникновения некротического энтероколита играет важную роль в самочувствии ребенка. Переход на новые критерии живорождения, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), свидетельствует об актуальности проблемы ухода и лечения больных некротическим энтероколитом. «... В среднем будет диагностировано 1–5 случаев на 1000 родившихся живыми детей, среди которых 80–90% недоношенные дети и дети с недостаточным весом ... среди отдаленных последствий неадекватного питания на ранних стадиях развития плода/ребенка риск заболеваний и их смерти в любой период жизни возрастает в 4–10 раз ...»¹. Лечение некротического энтероколита является одной из сложнейших задач, возложенных на неонатолога и неонатального хирурга, выбор оптимального метода лечения остается современным требованием практической медицины.

В мире особое внимание уделяется научным исследованиям, направленным на раннюю диагностику некротического энтероколита в глобальном масштабе и выбор альтернативных вариантов лечения, совершенствование хирургических методов лечения. С учетом, что «... масса тела в родах колеблется от 500 г до 1500 г, а у пациенток с гестационным возрастом <32 недель 7% подвергаются некротическому энтерокоlitу. Хирургические стадии некротического энтероколита встречаются в среднем у 50% больных детей ...»², рост заболеваемости, широкое распространение осложнений, совершенствование методов хирургического лечения имеют сегодня особое значение.

В нашей стране обозначено ряд задач по повышению качества медицинской помощи, оказываемой населению, в том числе по адаптации медицинской системы к требованиям мировых стандартов, диагностике, лечению и профилактике осложнений некротического энтероколита у новорожденных, а также «... повышение удобства и качества специализированных медицинских услуг, дальнейшее реформирование системы скорой и неотложной медицинской помощи, профилактика

¹ Hirst J., Villar J., Kennedy S., Bhutta Z. Being born stunted and/or wasted need not be inevitable/International Pediatric Association Newsletter Year 2015. Vol. 10; Issue 1: 9–14.

² Gonzalez-Hernandez J., Prajapati P., Ogola G., et al. /Predicting time to full enteral nutrition in children after significant bowel resection. //J Pediatr Surg. 2017 May;52(5):764-767.

инвалидности ...»³. В связи с этим, актуально и важно проводить научно-исследовательскую работу по снижению показателей младенческой смертности и инвалидности в результате совершенствования диагностики и лечения некротического энтероколита у новорожденных.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указах Президента Республики Узбекистан № УП-4947 «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан» от 7 февраля 2017 года, № УП-4985 «О мерах по дальнейшему совершенствованию экстренной медицинской помощи» от 16 марта 2017 года, № УП-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7 декабря 2018 года, в Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-3071 «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017–2021 годы» от 20 июня 2017 года, а также в других нормативно-правовых документах принятых в данной сфере.

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

Степень изученности проблемы. В современной мировой литературе НЭК у новорожденных является одним из самых актуальных вопросов, привлекающих внимание исследователей по всему миру (Niño D.F., Sodhi C.P., Naskam D.J., 2016). До 1964 года эта патология не определена как нозологическая форма и были доступны при различных диагнозах: функциональная кишечная непроходимость, некротический колит новорожденных, ишемический энтероколит, инфаркт кишечника новорожденных. Термин «некротический энтероколит» был предложен в 1959 году Н.Россием и С.Шмидом (Holman R.C., Stoll B.J., Curns A.T. et al., 2006). Уровень выявления в среднем составляет 1–5 на 1000 живорожденных, из которых 80–90% составляют недоношенные дети с низкой массой тела при рождении (менее 2500 г). На современном этапе развития здравоохранения по проблеме НЭК у новорожденных было проведено множество исследований, предложены различные методы диагностики и патогенетической терапии.

Вместе с тем, на сегодняшний день существуют противоречивые взгляды на многие аспекты, включая критерии ранней диагностики и этиопатогенетические методы лечения, управление реабилитацией в

³ Указ Президента Республики Узбекистан № УП-4947 «О Стратегии действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017–2021 годах» от 7 февраля 2017 года.

начальном послеоперационном периоде (Totonelli G., Tambucci R., Boscarelli A. et al., 2018). Кроме того, при НЭК у неонатологов и хирургов-неонатологов недостаточно определены серьезные критерии общих и местных патологических процессов в качестве спорного пограничного состояния, что делает невозможным определение степени тяжести патологического процесса и тактики хирургического лечения. В неонатальной хирургии еще не достигнуто полного согласия в вопросах определения тактики оперативного лечения у новорожденных с органной дисфункцией при хирургической стадии НЭК. Остаются дискуссионными некоторые вопросы диагностики, оперативной тактики и послеоперационной реабилитации в хирургической стадии НЭК (Козлов Ю.А., Ковальков К.А., Чубко Д.М., 2016; Schat T.E., Schurink M., van der Laan M.E., Hulscher J.B., Hulzebos C.V., 2017).

В Узбекистане в практической детской хирургии проводились исследования по улучшению качества жизни детей с острой кишечной непроходимостью, различными дефектами у новорожденных, проведению ультразвуковой диагностики НЭК и различных педиатрических операций (Салимов Ш.Т., 2020; Шамсиев Ж.А., 2020; Алиев М.М., 2019; Эргашев Н.Ш., 2018; Хамраев А.Ж., 2015), однако новый эффективный порядок и система диагностики и лечения НЭК у новорожденных не были изучены должным образом.

Проведенный анализ литературы свидетельствует о том, что в настоящий период тактические, технические и диагностические аспекты НЭК у детей относятся к одной из актуальных и до конца нерешённых проблем современной детской хирургии. В аспекте оперативной тактики метода хирургического лечения дискуссии диагностических критериев в значительной мере затрудняют унификацию показателей НЭК у новорожденных. Несмотря на применение современных медицинских технологий – лечение хирургического НЭК у детей грудного возраста, частота нежелательных осложнений и летальность остается очень высокой.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательских работ Ташкентской медицинской академии № 01.1800230 на тему: «Совершенствование диагностики и лечения различных заболеваний у детей на основе малых инвазивных технологий»

Целью исследования является улучшение результатов оперативного лечения хирургической стадии некротического энтероколита у новорожденных путем внедрения диагностической лапароскопии.

Задачи исследования:

провести ретроспективный анализ результатов лечения и комплексную оценку факторов формирования показаний к хирургической тактике при осложненном некротическом энтероколите у новорожденных;

оценить диагностическую значимость показателей инструментальных методов исследования при выборе хирургической тактики;

оценить значение эндовизуальной радикальной оперативной тактики при хирургической стадии некротического энтероколита у новорожденных;

обосновать и внедрить в клиническую практику дифференцированные подходы, направленные на оценку эффективности хирургического лечения осложненного некротического энтероколита у новорожденных в зависимости от результатов диагностической лапароскопии;

оценить эффективность предлагаемого алгоритма лечения осложненного некротического энтероколита у новорожденных на основании сравнительного анализа ближайших и отдаленных результатов лечения.

Объектом исследования явились 93 новорожденных с ранними и поздними осложнениями хирургической стадии НЭК, получившие лечение в Республиканском научно-практическом центре малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста в период с 2014 по 2020 гг.

Предметом исследования в качестве объекта исследования была взята периферическая кровь и ее плазма для биохимического анализа и морфологического исследования тканей кишечника.

Методы исследований. В исследовании были использованы клинические, биохимические, инструментально-диагностическая лапароскопия, рентгенограмма органов брюшной полости, УЗД органов брюшной полости и статистические методы исследования.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

доказана эффективность применения максимальной радикальной эндовизуальной хирургии пред перфорационной стадии желудочно-кишечного тракта при осложненном некротическом энтероколите;

обоснована необходимость ранней оценки осложнений некротического энтероколита в стадии предперфорации и эффективность резекции ограниченного некротического участка с наложением анастомоза «конец в конец» или ушивание участка перфорации желудка, формирование двойной раздельной энтеро или колостомы;

установлено необходимость индивидуального подхода к срокам закрытия энтеро и колостом у пациентов с метаболическими изменениями в результате белковой недостаточности и нарушения обмена веществ;

разработан пошаговый алгоритм лечения некротического энтероколита, основанный на улучшении качества жизни больных за счет снижения

хирургических осложнений, минимизации хирургической травмы и уменьшения тяжелых последствий в результате применения диагностической лапароскопии на хирургическом этапе;

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

впервые обоснована целесообразность применения диагностической лапароскопии при хирургической стадии осложненного некротического энтероколита у новорожденных;

обосновано применение диагностической лапароскопии в II-В и III-А хирургических стадиях некротического энтероколита, которое основано на целесообразности оперативного вмешательства, позволяющего визуально уточнить хирургическую тактику;

обосновано своевременное использование диагностической лапароскопии, позволила визуально верифицировать ишемические и некротические изменения в стенке кишечника, оценить возможность развития перфорации и выбрать оптимальную хирургическую тактику на ранних стадиях НЭК;

разработаны практические рекомендации по применению диагностической лапароскопии с целью усовершенствования диагностики и тактики лечения некротического энтероколита у новорожденных, а также предложения о необходимости индивидуального подхода к срокам закрытия энтеро-колостом.

Достоверность полученных результатов. Объясняется подтверждением примененных теоретических подходов и методов, методологически правильностью проведенных исследований, достаточного количества обследованных больных, обработкой данных с помощью современных, взаимодополняющих клинических, биохимических, клинико-инструментальных и статистических методов, а также совершенствованием диагностики и лечения некротического энтероколита у новорожденных было сопоставлено с международным и местным опытом, заключение, выводы, полученные результаты были подтверждены компетентными органами.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость полученных результатов исследования обоснованы тем, что сформулированные научные положения, выводы и предложения по алгоритму тактики оперативного лечения, внесут значительный вклад в совершенствовании научных исследований в области неонатальной хирургии, диагностики некротического энтероколита у новорожденных путем подтверждения неинвазивных и инвазивных диагностических критериев, оценки развития тяжелых осложнений путем совершенствования результатов

хирургической тактики лечения и оптимизации выбора хирургической тактики.

Практическая ценность работы заключается в том, что позволила внедрить лапароскопическую визуализацию органов брюшной полости, выбора оптимальной хирургической тактики, улучшения диагностики хирургических осложнений НЭК у новорожденных, повышения эффективности хирургического лечения и реабилитации, снижения количества летальности и улучшения качества жизни детей, подвергшихся НЭК в хирургической стадии.

Внедрение результатов исследования. На основании полученных научных результатов по совершенствованию диагностики и лечения некротического энтероколита у новорожденных:

На основе результатов по раннему выявлению некротического энтероколита, выбору альтернативных методов лечения и устранению осложнений утверждены методические рекомендации «Алгоритм тактики лечения при хирургических стадиях некротического энтероколита у новорожденных», (заключение № 8н-р/511 Министерства здравоохранения РУз от 30 ноября 2020 года). Внедрение научных результатов позволило выбрать эффективное лапароскопическое лечение некротического энтероколита у новорожденных;

на основе научных данных по улучшению результатов хирургического лечения новорожденных, сокращению послеоперационного периода и улучшению качества жизни пациентов, утверждены методические рекомендации «Метод энтеростомии при некротизирующем энтероколите у новорожденных» (заключение № 8 н-з/1 Министерства здравоохранения РУз от 07 января 2021 года). Внедрение научных результатов позволило уменьшить неблагоприятные осложнения у пациентов и сократить послеоперационный период за счет практического применения метода эндовизуальной диагностики при некротическом энтероколите;

полученные научные результаты по улучшению диагностики и лечения НЭК у новорожденных внедрены в практическое здравоохранение, в частности, в лечебный и учебно-методический неонатальный хирургический центр при Республиканском перинатальном центре, а также в отделение детской хирургии 2-детской больницы Самаркандского Государственного медицинского института (заключение № 8 н-з/39 Министерства здравоохранения РУз от 22 февраля 2021 года). Внедрение результатов в практику позволило улучшить качество диагностики некротического энтероколита у детей на ранних этапах хирургического вмешательства, значительно расширить оказание специализированной

высокотехнологичной медицинской помощи в процессе лечения, снизить хирургические осложнения и послеоперационную летальность с 67,6% до 35,1%, а также повысить качество.

Апробация результатов исследования. Результаты данной работы доложены на 4 научно-практических конференциях, в том числе на 2 международных и 2 республиканских научно-практических конференциях.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации всего опубликовано 14 научных работ, в том числе 5 журнальных статей, из них 3 в республиканских и 2 в зарубежных изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов докторских диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 120 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновываются актуальность и востребованность проведенного исследования, дается характеристика объекта и предмета исследования, показано соответствие диссертационной работы приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрываются научная и практическая значимость и внедрение в практику результатов исследования, сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации «**Современные взгляды диагностики и выбор метода лечения некротического энтероколита**» приведен обзор литературы, состоящий из пяти подглав, в которых приводятся сведения о нерешенных проблемах диагностики и хирургических методов лечения ранних осложнений НЭК. Проведен систематический обзор литературных данных, посвященный аспектам лучевых методов диагностики ранних осложнений НЭК. Изучены поздние осложнения НЭК, их уровень, диагностические исследования, и методы хирургической коррекции. Определены проблемы связанные с выбором тактики лечения, а также дискуссионные задачи, требующие дальнейших разработок.

Во второй главе диссертации «**Клинические особенности применяемых методов и материалов**» приведена общая характеристика клинического материала и методов исследования. Работа основана на анализе результатов исследования и лечения 93 новорожденных с клиникой НЭК, находившихся на лечении в период с 2014 по 2020 годы в Республиканском научно-практическом центре малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского

возраста, в отделениях детской хирургии и ОРИТ. В этот период по гендерному различию мальчиков было – 53 (56,9%), девочек – 40 (43,1%). Возрастной ценз детей варьировал от 1-2 дней до 28 дней. Большая часть новорождённых 67,7% (63 пациента) были недоношенными. Новорожденные были разделены по срокам гестации, как показали наши наблюдения, в большинстве случаев это были недоношенные, со сроком гестации 32–35 недель, со средней массой тела $1624,6 \pm 96,4$ грамм. Детей с экстремально низкой массой тела (менее 1000 г) было 6 (6,5%), с очень низкой массой тела (1000–1500 г) – 23 (24,7%), с низкой массой тела (1500–2000 г) – 19 (20,4%), (2000–2500 г) – 15 (16,1%), 30 – (32,3%) (2500 г и больше) максимальная масса тела больных была – 4200 г, минимальная – 830 г.

Рентген-сонографические исследования и клинико-биохимические анализы крови, урино-копрология проводилась у всех исследуемых новорожденных с НЭК. Характерные рентгенологические признаки для НЭК были: расширение кишечных петель (100% случаев); снижение газонаполненное и асимметричное расположение кишечных петель; пневматоз кишечника (98%); газ в системе воротной вены (15,1% при тотальном поражении); пневмоперитонеум 37 (39,8%); жидкость в БП 71 (76,3%).

По результатам клинических анализов крови – признаки воспалительной реакции, лейкоцитоз 36,3% или лейкопения 69,7%, нейтрофилез 36,3% или нейтропения 57,6%, сдвиг лейкоцитарной формулы влево 62,6%, тромбоцитопения 78,8%.

По данным биохимических анализов крови было установлено наличие воспалительного синдрома, гипонатриемии, признаки нарушения экскреторной функции почек (повышены показатели мочевины, креатинина).

В стадии реконвалесценции и при подготовке к оперативному вмешательству по закрытию ранее наложенной кишечной стомы, для оценки проходимости кишечника выполняли рентген-контрастное исследование.

При УЗИ БП, особенно в хирургической стадии НЭК, также можно визуализировать наличие газа или жидкости в БП, симптом мишени, пневматоз, газ в системе воротной вены, гидроперитонеум и др. При УЗИ ОБП, также возможно визуализировать утолщение кишечной стенки разной степени выраженности, ригидность и расширение петель кишки, снижение перистальтики. В 80,8% исследованиях в латеральных каналах и полости малого таза визуализировался анэхогенный, гомогенный выпот между петлями кишечника.

Патоморфологические исследования были выполнены в НИИ патологической анатомии МЗ РУз врачом-патологоанатомом к.м.н. доцент

С.О.Ахмедовым. Всего было выполнено 38 исследований в том числе: подвздошной кишки у 19 (50%), тощей кишки в 6 (15,8%), толстой кишки в 7 (18,4%) и желудка 6 (15,8%) случаях.

Материалом морфологического исследования явились участки кишечника и желудка, резецированные во время операции по поводу осложненных форм НЭК. Резецированный участок органа фиксировался в 10%-м растворе формалина с последующей стандартной проводкой и изготовлением парафиновых блоков. Окраска препаратов производилась гематоксилином и эозином, пикрофукеином с дополнительной окраской на флору по Романовскому. В работе использовался световой микроскоп фирмы “Olympus” (Япония) СН-2, с увеличением 7×10 , 10×40 раз.

Целью морфологических исследований резецированных отделов желудка, тонкой и толстой кишки было констатация наличия деструктивных процессов, происходящих в кишечнике при НЭК хирургической стадии.

Анализ гистологического материала, свидетельствовал о том, что глубина поражений и стадия деструктивных процессов, произошедших не одинаково по протяженности кишечного тракта. Они зависят от клинической стадии НЭК, что нашло свое подтверждение в научных работах исследователей, более глубоко и целенаправленно изучающих эту проблему.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакета компьютерных программ “MS Office”. Определяли средние величины (M – средняя арифметическая величина), стандартную ошибку среднего (m) и среднеквадратическое (стандартное) отклонение (σ). Достоверность различий оценивали с помощью t -доверительного коэффициента (критерий Стьюдента).

В третьей главе диссертации «**Диагностическая и лечебная тактика при хирургической стадии некротического энтероколита у новорожденных**» проанализированы результаты лечения 93 новорожденных с диагнозом НЭК, из них у 12 была установлена I-Б стадия, у 14 – II-2-А, у 6 – II-Б; у 16 – III-А и у 45 – III-Б; из 26 больных I-Б и II-А стадии 14 (14,1%) были вылечены консервативным путем, у остальных 12 болезнь трансформировалась во II-Б стадию НЭК.

В общей сложности 79–84,9% больных нуждались в оперативном лечении НЭК. Распределение больных хирургической стадии НЭК смотрите рисунок 1.

Среди больных хирургической стадии с большим отрывом преобладали пациенты III-Б стадии, что указывает на позднюю диагностику НЭК у новорожденных в нашем регионе.

При распределении новорожденных с НЭЖ соответственно хирургической стадии 18 (22,8%) из них были квалифицированы как больные II-Б, 16 (20,3%) – III-А и 45 (56,7%) III-Б стадии.

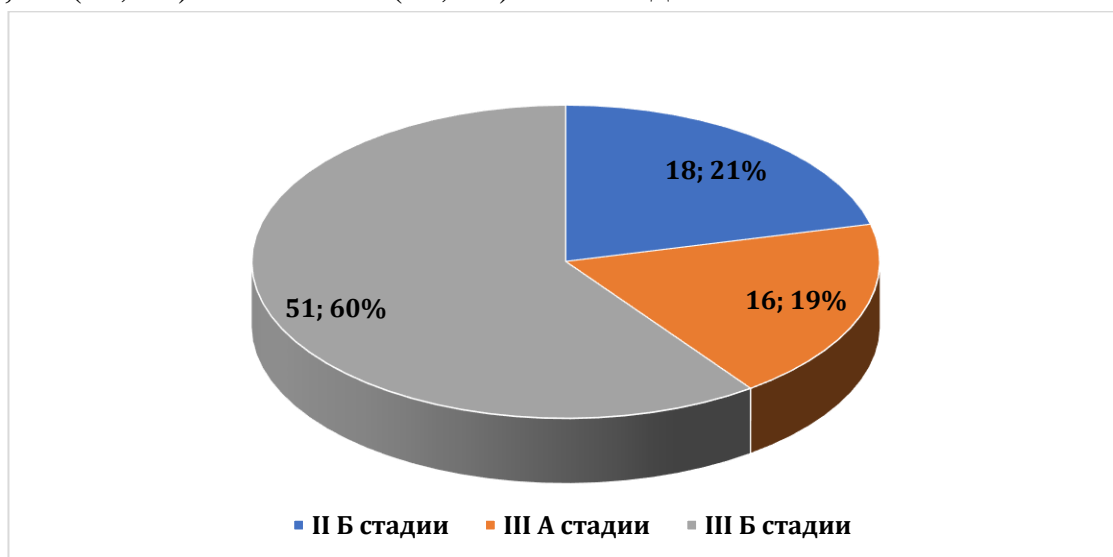


Рис. 1. Распределение больных в зависимости от клинической стадии НЭЖ.

В зависимости от периода лечения больные, страдающие НЭЖ хирургической стадии (71 новорожденных) были разделены на 2 сравнительные группы.

1-я группа «сравнительная» состояла из 34 (47,9%) новорожденных, поступивших в клинику в период с 2014 по 2017гг. Средняя масса тела у детей этой группы была равна 1265 ± 356 гр., гестационный возраст 26–32 недель. В данной группе больных радикальные оперативные вмешательства выполнялись «открытым» доступом.

Во 2-ю «основную» группу больных были включены 37 (52,1%) новорожденных в период с 2018 по 2020 гг. страдающих НЭЖ, оперативная тактика лечения в которой строилась по результатам ДЛ.

Оперативная тактика лечения в контрольной группе зависела от клинической стадии болезни. Необходимо отметить, что на начальном периоде деятельности отделения хирургии новорожденных, практически все больные (82,4%) поступали в III-А и Б стадии НЭЖ.

Операции выполнялись под интубационным наркозом. Использовали параректальную лапаротомию, обеспечивающую тщательную ревизию БП. Дальнейший объем операции зависел от результатов ревизии БП, выявленных изменений (некроз, перфорации) в ЖКТ их локализации, протяженности зоны поражения. В таблице № 1 отражены основные методы выполненных оперативных вмешательств в контрольной группе больных по результатам ревизии ОБП.

Осложнения у новорожденных с кишечной стомой мы наблюдали в 20,6% случаев (7-больных). Повторные оперативные вмешательства были

выполнены в 23,5% (8-больных) случаях. Летальность в контрольной группе больных наблюдалась в 67,6% случаев. В контрольной группе больных среднее пребывание больных с НЭК в стационаре было $19,5 \pm 1,5$ к/дней.

В основной группе больных (37 новорожденных) страдающих НЭК хирургической стадии, оперативная тактика лечения строилась также в зависимости от результатов клинических, инструментальных исследований, но основной акцент в построение оперативной тактики делался по результатам ДЛ, особенно во II-Б и III-А стадии НЭК. Оперативное лечение (не считая лапароцентез), начинали с ДЛ, по результатам которой строилась дальнейшая тактика оперативного лечения.

В своей работе мы использовали лапароскопические стойки фирмы «Карл Шторц» (Германия) с видео оптикой диаметром до 3,0 мм.

После прокалывания передней брюшной стенки параумбиликально, иглой Вереша, наложения пневмоперитонема под давлением газа от 2-4 до 8 мм/рт.ст. Проводили ревизию БП по результатам, которой решалась дальнейшая оперативная тактика. Точки введения дополнительных рабочих портов выбирались в зависимости от того, какая часть и какой объем ЖКТ паталогически изменен (перфорация, некроз).

Таблица 1

Хирургическое лечение НЭК в сравнительной группе больных

Показатели	Сравнительная группа (n=34)		Летально	
	абс.	%	абс.	%
Лапаротомия – резекция подвздошной кишки – энтеростомия	3	8,8	2	5,9
	1	2,9		
Лапаротомия резекция тощей кишки – энтеростомия	7	20,6	4	11,8
	2	5,9		
Лапаротомия резекция большей части подвздошной и тощей кишки, энтеростомия	2	5,9	2	5,9
	1	2,9		
Лапаротомия резекция толстой кишки, колостомия	5	14,7	3	8,8
	1	2,9		
Лапаротомия ушивание перфорации желудка	7	20,6	3	8,8
	-	-		
Лапаротомия – наложение первичной илеостомы	10	29,4	9	26,5
	2	5,9		
Лапароцентез и дренирование брюшной полости	28	82,4	-	-
Итого	34	100,0	23	67,6
	7	20,6		

Примечание: знаменатель означает повторные вмешательства вследствие технических осложнений оперативного лечения.

При наличии отдельных перфоративных отверстий небольших размеров (до 0,5 см) и умеренного отека кишечной стенки в области язвы мы производили их зашивание двухрядными швами атравматической иглой в поперечном направлении, чтобы не вызвать сужения просвета кишки.

Мы наблюдали дефекты до 5-6 см длиной с расплавлением кишечной стенки, или если вокруг язвы определялась инфильтрация, то выполнялась резекция кишки в пределах здоровых тканей и образование кишечного анастомоза «конец в конец» (на тонкой кишке) или формировалась двухствольная энтеро или колостома через мини лапаротомию.

ДЛ позволяет минимизировать операционную травму, а в случае, если операция заканчивается собственно лечебной лапароскопией, то несколько раз увеличивается шанс на спасение и более раннюю активизацию маленького пациента, т.к. минимизируются и интраоперационные потери ресурса

организма в полном смысле этого слова. Исключаются такие послеоперационные осложнения как несостоятельность швов послеоперационной раны, последующая эвентрация, нагноение послеоперационной раны, минимизируется парез кишечника и др., каждый из которых увеличивает риск летального исхода лечения НЭК.

В результате внедрения лапароскопии в основной группе больных, изменения тактики ведения новорожденных с НЭК хирургической стадии, значительно сократились случаи нежелательных хирургических осложнений особенно, таких как несостоятельность швов раны и эвентрация кишечных петель из раны, летальность.

В основной группе больных в ряде случаев операция заканчивалась лапароскопическим ушиванием перфорации желудка через мини лапаротомию. Минимизировалась операционная травма, особенно при перфорациях желудка в 3 (8,1%) случаях. Кроме того, мы придерживались принципа как можно реже ставить различные стомы и максимально старались заканчивать операцию радикальным вмешательством, особенно во 2-Б стадии НЭК.

ДЛ – с последующей мини лапаротомией, операция с видео-ассистированием была выполнена в 30 (81,1%) случаях.

ДЛ – конверсия выполнена у 7 (18,9%) пациентов – это были больные, как правило 3 –Б стадии НЭК. Летальность в основной группе больных составила 35,1% (13 –пациентов).

Ношение кишечных свищей является серьезной психоэмоциональной травмой, как для родителей, поэтому интраоперационно по возможности мы старались максимально избегать наложение энтеро или колостомы стомы, и выполнить операцию радикально (таблица 2).

Таким образом, в 11 (29,7%) случаях радикальная операция была выполнена посредством мини лапаротомии с видео-ассистированием.

В 8 (21,6%) выполнена операция резекция некротизированных участков кишки – формирование энтеро и колостомы через мини лапаротомию.

В 13 (35,1%) случаях операции, выполненные посредством ДЛ в послеоперационный период, завершились летальным исходом.

Таким образом, в результате лапароскопической коррекции тактики оперативного лечения НЭК хирургической стадии, относительно сократились и показания стомированию кишки 27 – 79,4% и 24 – 64,8% соответственно. Летальность сократилась с 67,6% до 35,1% = на 32,5%. Кроме того, сократились и сроки госпитального периода лечения новорожденных в сравниваемых группах $19 \pm 3,2$ и $15,4 \pm 1,2$ к/дней соответственно.

Вследствие минимизации операционной травмы в основной группе больных, относительно улучшились и результаты лечения НЭК хирургической стадии.

На основании сравнительного анализа полученных результатов лечения 2-х групп больных, страдающих НЭК хирургической стадии, мы пришли к следующему заключению, которое отобразилось в построении алгоритма тактики лечения детей в зависимости от клинической стадии течения болезни (рис. 2).

Таблица 2

**Операции, выполненные после диагностической лапароскопии и
последующей мини лапаротомии**

Показатели	Основная группа (n=37)		Летально	
	абс.	%	абс.	%
ДЛ – мини лапаротомия ушивание перфорации желудка с видео-ассистированием	3*	8,1	-	
ДЛ – конверсия ушивание перфорации желудка	2	5,4	1	2,7
Лапароскопия резекция подвздошной кишки анастомоз «конец в конец» через мини лапаротомию	8*	21,6	1	2,7
ДЛ мини лапаротомия – резекция подвздошной кишки, формирование стомы	9*	24,3	4	10,8
ДЛ частичная резекция поперечно-ободочной кишки, формирование колостомия через мини лапаротомию	5*	13,5	2	5,4
ДЛ – ревизия и конверсия Лапаротомия резекция части подвздошной и тощей кишки – энтеростомия	7	18,9	4	10,8
ДЛ наложение колостомы через мини лапаротомию	3*	8,1	1	2,7
Итого	37	100	13	35,1

Примечание: * – указывает, что операция была выполнена через мини лапаротомию с видео-ассистированием.

Можно отметить, в случае своевременной диагностики и выполнения оперативных вмешательств при НЭК хирургической стадии, возможно значительно улучшить результаты оперативных вмешательств, посредством широкого внедрения эндовизуальных технологий.

Таким образом, созданный и апробированный алгоритм лечения отражает основные моменты лечебно-диагностической тактики у новорожденных хирургической стадии болезни, систематизирует работу хирурга неонатолога и реаниматолога.

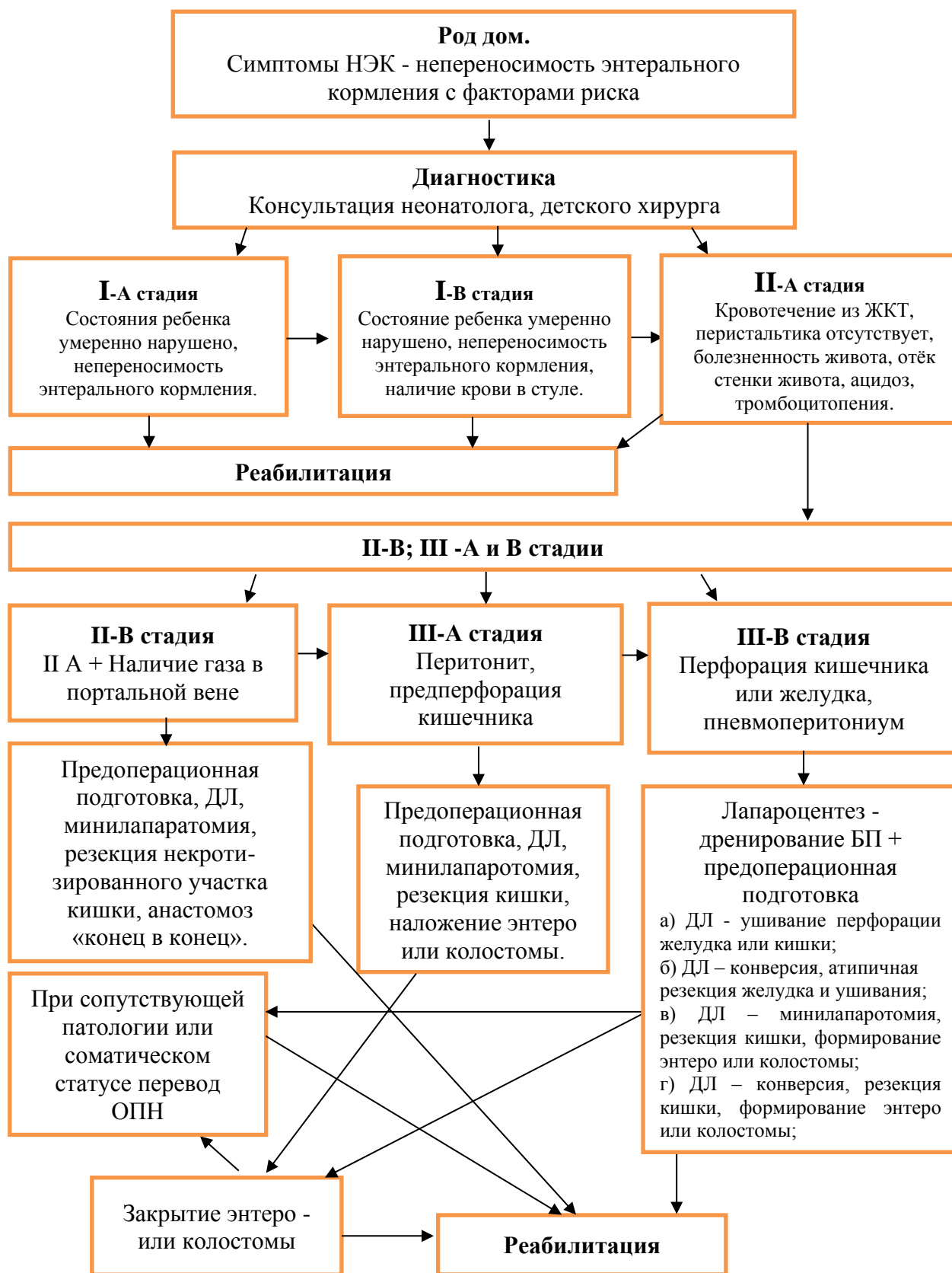


Рис. 2. Алгоритм тактики лечения НЭК у новорожденных.

В четвертой главе диссертации «Сравнительный анализ результатов традиционного и лапароскопического оперативного вмешательства у

новорожденных с хирургической стадией НЭК» освещены результаты операций ранних и поздних осложнений НЭК, выполненных в период с 2014 по 2020 гг. Из 79 новорожденных страдающих НЭК хирургической стадии, еще в период предоперационной подготовки после экстренно выполненного лапароцентеза и дренирования БП, мы потеряли 8 (10,1%) детей, из-за ПН, которую не удалось купировать интенсивной терапией и реанимацией. Эти дети экзетировали в течении первых 3–12 часов после поступления в ОРИТ РНПЦМиЭХДВ, они не были включены ни в контрольную, ни в основную группу т.к., в тактике оказания первой помощи, реанимации, между ними не было каких-либо отличий. Дети были в основном глубоко недоношенными, 3 из них с массой тела менее 1000 гр, 3 – менее 1500 гр., с сопутствующим диагнозом ВПС, ВУИ.

В контрольной группе из 34 новорожденных, страдающих НЭК, мы потеряли 23 (67,6%), в ОПН были переведены оставшиеся 11 (32,4%).

В основной группе из 37 детей экзетировало 13 (35,1%), 24 больных были переведены в отделение патологии новорожденных для дальнейшей реабилитации.

Таким образом, отдаленные результаты оперативного лечения НЭК в хирургической стадии мы анализировали по результатам лечения оставшихся 35 (49,3%) новорожденным из 71.

В основной группе больных было выполнено 37 ДЛ. Результаты ДЛ в основной группе больных в хирургической стадии НЭК – закончившиеся радикальной операцией отображены в данной работе. В 8 (21,6%) случаях была выполнена резекция пораженной части тонкой кишки с наложением анастомоза «конец в конец» через мини лапаротомию, 19 (63,4%) наложена кишечная стома, в 3 (10%) случаях ушита перфорация желудка через мини лапаротомию.

Как видно из таблицы – ДЛ предшествовала радикальной операции или формированию кишечной стомы во всех случаях II-Б и III-А стадии НЭК.

В III-Б стадии ДЛ была выполнена в 3 (8,1%) случаях перфорации желудка, которая зашита через мини лапаротомию с видео-ассистированием.

В 8 (21,6%) случаях выполнена радикальная операция ДЛ – мини лапаротомия резекция подвздошной кишки, анастомоз «конец в конец». Общее количество радикальных мини-инвазивных вмешательств посредством лапароскопии через мини лапаротомию достигло 11 (29,7%).

Несостоятельность швов кишечного анастомоза после радикальной резекции подвздошной кишки с лапароскопическим участием наблюдалась в 1 (12,5%) случае из 8 во II-Б стадии НЭК. Больному была выполнена

релапаротомия, с наложением энтеростомы, однако ПН в ранний послеоперационный период купировать не удалось – больной экзетировал.

Таким образом, в основной группе больных в результате ДЛ, трансформированных в радикальные лечебные оперативные вмешательства и операции через мини лапаротомию летальность наблюдалась в 1 (9,1%) случае. В 18,9% случаях (7 больных) ДЛ завершилась конверсией лапаротомией – традиционной «открытой» операцией.

Необходимо отметить, что в сравниваемых группах между методиками наложения, энтеро или колостомы, кардинальных отличий не было кроме выполнения операции через мини лапаротомию в основной группе. Более того в большинстве случаев нет достоверных отличий между, конкретно какими-либо осложнениями, которые встречаются после операций наложения энтеро или колостомии. Но есть исключения, которые мы объясняем тем, что при традиционной тактике, после лапаротомии, ревизии БП, резекции некротизированных участков кишки, стома накладывалась как рекомендуют большинство исследователей через контраппертуру. При этом длина операционной раны значительно увеличивается (лапаротомный разрез + разрез через контраппертуру для формирования стомы), в таких случаях прямо пропорционально увеличивается операционная травма и нагрузка на организм в целом, увеличивается риск большей потери крови, возникновения нежелательных осложнений.

При лапароскопии – операция формирования стомы через мини лапаротомию разрез, выполняется с относительно минимальной травмой. При этом передняя брюшная стенка как минимум в 2 раза меньше повреждается по сравнению с традиционной тактикой лечения НЭК. Соответственно в разы уменьшается риск развития таких осложнений как нагноение и несостоятельность швов раны, эвентрации кишки у стомы. Минимизация операционной травмы гарант скорого восстановления перистальтики кишечника и всех вытекающих из этого положительных сдвигов в динамике раннего послеоперационного периода. Поэтому, несмотря на то что различия между методами формирования кишечных стом в сравниваемых группах нет, конечный результат все-таки лучше в основной группе больных (таблица 3).

Таблица 3

Осложнения после формирования энтеро и колостом в сравниваемых группах больных (n= 20)

Осложнения стом	Сравнительная группа (n= 7)	Основная группа (n=13)	Всего
-----------------	-----------------------------	------------------------	-------

	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Расхождение краев раны вокруг стомы - Эвентрация кишки	1	14,3±14,3	1	7,7±7,7	2	10,0±6,9
Параколостомический абсцесс	2	28,6±18,4	-	-	2	10,0±6,9
Стриктура стомы	1	14,3±14,3	1	7,7±7,7	2	10,0±6,9
Периколостомическая грыжа	1	14,3±14,3	-	-	1	5,0±5,0
Итого	5	71,4±18,4	2	15,4±10,4*	7	35,0±10,9

Примечание: * – достоверно по сравнению с показателями с контрольной группы (P<0,05).

Некоторые осложнения стомы, такие как мацерация кожи брюшной стенки вокруг стомы, перистомальный дерматит, считаем не объективными т.к. они зависят сугубо от качества ухода за стомой. Поэтому эти осложнения нами не рассматриваются как конкурирующие, в этом случае все зависит от «человеческого фактора». Реконструкция стомы потребовалась 2 (10%) больным, в остальных случаях осложнения были устранены консервативной терапией.

Нарастание симптомов ПН в ранний послеоперационный период, естественно зависит и от внутренних резервов организма. Поэтому при равносильной терапии и уходе, все-таки чаще экзетировали дети с меньшей массой тела и гестации (таблица 4).

Таблица 4

Летальность в зависимости от массы тела и сроков гестации в сравниваемых группах больных (n=71)

Масса тела	Сравнительная группа n=34		Основная группа n=37		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Менее 999	-	-	2	5,4±3,8	2	2,8±2,8
	-	-	2	5,4±3,8	2	2,8±2,8
1000–1499	8	23,5±7,4	8	21,6±6,9	16	22,5±5,0
	7	20,6±7,0	5	13,5±5,7	12	16,9±4,5
1500–1999	7	20,6±7,0	9	24,3±7,2	16	22,5±5,0
	6	17,6±6,6	3	8,1±4,5	9	12,7±4,0
2000–2499	8	23,5±7,4	11	29,7±7,6	19	26,8±5,3
	4	11,8±5,6	2	5,4±3,8	6	8,5±3,3
	11	32,4±8,1	7	18,9±6,5	18	25,4±5,2

2500 и выше	6	17,6±6,6	1	2,7±2,7*	7	9,9±3,6
Итого	34	47,9±6,0	37	52,1±6,0	71	100
	23	32,4±5,6	13	18,3±4,6*	36	50,7±6,0

Примечание: числитель – это количество больных, в знаменателе число летальных случаев и процент летальности * – достоверно по сравнению с показателями с контрольной группы (P<0,05).

При анализе таблицы наглядно прослеживается некоторая взаимосвязь, «чем глубже недоношенность новорожденного (меньше масса тела, сроки гестации, наличие врожденных аномалий, сопутствующие заболевания), тем выше показатель летальности и наоборот». В основной группе больных значительно ниже показатель летальности 67,6% контрольная и 35,1% основная группа соответственно – разница 32,5%. Результаты сравнительного анализа показывают, что в ранний послеоперационный период, в основной группе больных летальность значительно сократилась.

Таким образом, если сравнить с контрольной группой, то получится (34/23–67,6%):(37/13–35,1%) = 1,5 раза улучшились результаты лечения НЭК хирургической стадии при использовании эндовизуальной технологии с диагностической и лечебной целью.

Таким образом, всего с помощью лапароскопической технологии через мини лапаротомию, радикально без энтеро и колостомии в основной группе выполнено 29,7% операций (11 больных из 37), при этом с летальным исходом в 1 случае, т.е. 9,1% случаев. Значит, если мы будем шире внедрять ДЛ как диагностический способ, определяющий дальнейшую тактику оперативного лечения и чем раньше мы начнем оперативное лечение с ДЛ, тем больше шансов на успех в лечении детей, страдающих НЭК в хирургической стадии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенных исследований диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам на тему «Совершенствование диагностики и лечения некротизирующего энтероколита у новорожденных» представлены следующие выводы:

1. По результатам ретроспективного анализа выявлено, что высокая летальность при некротизирующем энтероколите у новорожденных обусловлена поздней диагностикой хирургической стадии осложнением некроза кишечника, перфорацией, перитонитом и сепсисом. Лапаротомия после развития перфорации кишки является запаздывающим вмешательством и ограничивает возможность выбора адекватной хирургической тактики.

2. Диагностическая лапароскопия при некротическом энтероколите позволяет систематизировать клинические признаки и стадии для выбора хирургами оптимальной тактики оперативного вмешательства.

3. Во II-Б стадии НЭК при диагностической лапаротомии визуально оценивается состояние пораженного участка кишки, мини лапаротомия позволяет наложить анастомозы путем резекции пораженного участка кишечника с помощью мини лапаротомии с видео-ассистированием.

4. В 15,6% случаях некротического энтероколита пневмоперитонеум может быть вызван перфорацией желудка. В 60% случаях перфорацию желудка можно ушить через мини лапаротомию с видео-ассистированием.

5. В III-А и Б стадиях некротического энтероколита формирование энтеро и колостом через мини лапаротомию с видео-ассистированием, минимизирует оперативную травму и благоприятно сказывается на конечный результат хирургического лечения новорожденных, особенно у больных с конкурирующими патологиями и осложнениями основного заболевания.

6. Использование эндовизуальной технологии и разработанного алгоритма в основной группе новорожденных, страдающих хирургической стадией некротического энтероколита, позволило сократить сроки стационарного лечения, нежелательных осложнений и послеоперационную летальность на 32,5%.

7. Показания к закрытию стомы, наложенного некротическим энтероколитом требуют оценки общего состояния ребенка, индивидуального подхода в конкретном случае. Сроки восстановления организма больного зависят от ряда объективных и субъективных факторов.

**SCIENTIFIC COUNCIL NUMBER ON AWARDING
THE SCIENTIFIC DEGREE PhD.04 / 30.12.2019.Tib.102.01 AT
SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE**

TASHKENT MEDICAL ACADEMY

UMAROV KOSIMJON MIRZAKULOVICH

**IMPROVEMENT OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF
NECROTIZING ENTEROCOLITIS IN NEWBORNS**

14.00.35 - Pediatric surgery

**ABSTRACT OF THE DISSERTATION
OF THE DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD) IN MEDICAL SCIENCES**

SAMARKAND – 2021

The theme of the dissertation of a Doctor of Philosophy (PhD) was registered in the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under No. B2018.2.PhD/Tib708

The dissertation was prepared at the Tashkent Medical Academy.

The abstract of the thesis in three languages (Uzbek, Russian, English (resume)) is posted on the website of the Scientific Council (www.sammi.uz) and the Information and Educational Portal "Ziyonet" (www.ziyonet.uz).

Supervisor: **Abdusamatov Bobir Zakirovich**
Doctor of Medical Sciences

Official opponents: **Khamraev Abdurashid Zhurakulovich**
Doctor of Medical Sciences, Professor

Akhmedov Yusuf Makhmudovich
Doctor of Medical Sciences, Professor

Lead organization: **Republican Perinatal Center**

The defense of the dissertation will be held on "15" MAY 2021 at 13⁰⁰ at the meeting of the Scientific Council PhD. 04/30.12.2019. Tib .102.01 at the Samarkand State Medical Institute (Address: 18 Amir Temur Street, 140100 Samarkand. Tel./Fax: (+99866) 233-30-34, e-mail: ilmiyprorektori@sammi.uz).

The dissertation can be found at the Information Resource Center of the Samarkand State Medical Institute (registered under No. 40712). (Address: 18 Amir Temur Street, 140100 Samarkand. Tel./Fax: (+99866) 233-30-34).

The abstract of the dissertation was distributed on "10" MAY 2021.
(Registry protocol № ___ of "___" _____ 2021).



A.M. Shamsiev

Chairman of the Scientific council on award of scientific degrees, Doctor of Medical Sciences, professor

G.Z. Shodikulova

Scientific secretary of the Scientific council on award of scientific degrees, Doctor of Medical Sciences

J.O. Atakulov

Chairman of the scientific seminar of the
Scientific council on award of scientific degrees,
Doctor of Medical Sciences, professor

INTRODUCTION (abstract of PhD dissertation)

The aim of the study is to improve the results of surgical treatment of the surgical stage of necrotic enterocolitis in newborns by introducing diagnostic laparoscopy.

The object of the study was 93 newborns with early and late complications of the surgical stage of NEC, who received treatment at the Republican Scientific and Practical Center for Minimally Invasive and Endovisual Surgery of Childhood in the period from 2014 to 2020.

The scientific novelty of the study is as follows:

the positive results of the maximum radical endovisual surgical practice in the pre-perforation stage of the gastrointestinal tract in patients with complicated NEC are substantiated;

the necessity of early assessment of complications of necrotic enterocolitis at the stage of pre-perforation, resection of a limited necrotic site and the imposition of an end-to-end anastomosis or suturing of the site of gastric perforation and the formation of a double separate entero or colostomy is proved;

it is established that individual approaches are required for the closure of entero and colostomy, while negative changes in the state of health of patients, the general condition of patients, in most cases after the formation of the stoma, as a result of protein deficiency and impaired metabolic changes are proved;

it is proved that as a result of the use of diagnostic laparoscopy in the treatment of necrotic enterocolitis at the surgical stage, a step-by-step algorithm has been developed based on improving the quality of life of patients by reducing surgical complications, minimizing surgical trauma and reducing severe consequences;

Implementation of the research results. Based on the obtained scientific results on improving the diagnosis and treatment of necrotic enterocolitis in newborns:

the methodological recommendations "Algorithm of treatment tactics in surgical stages of necrotic enterocolitis in newborns" were approved (conclusion No. 8n-r/511 of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan dated November 30, 2020).

The methodological recommendations "The method of enterostomy in necrotizing enterocolitis in newborns" (conclusion No. 8 n-z/1 of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan dated January 07, 2021) were approved. The introduction of scientific results made it possible to choose a method of laparoscopic effective treatment of necrotic enterocolitis in newborns;

The obtained scientific results on improving the diagnosis and treatment of NEC in newborns have been implemented in practical healthcare, in particular, in

the medical and educational neonatal surgical center at the Republican Perinatal Center, as well as in the Department of Pediatric Surgery of the 2nd Children's Hospital of the Samarkand State Medical Institute (conclusion No. 8 n-z/39 of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan dated February 22, 2021). The introduction of scientific results made it possible to reduce undesirable complications in patients, to shorten the postoperative period, using the method of endovisual diagnosis in necrotic enterocolitis in practice.

The structure and scope of the thesis. The dissertation research consists of an introduction, a literature review, a chapter devoted to the materials and methods of research, three chapters of our own research, conclusions, practical recommendations and a list of references. The textual material is 120 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Умаров К.М., Абдусаматов Б.З., Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш. Результаты оперативного лечения новорожденных с некротическим энтероколитом Россия «Журнал теоретической и практической медицины». – 2019, № 5. – С. 199.

2. Абдусаматов Б.З., Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш., Умаров К.М., Рустамова М.Ш. Результаты оперативного лечения перфораций желудка у недоношенных новорожденных // Вестник ТМА. 2020, № 1. – С. 78–81.

3. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Вахидов А.Ш., Умаров К.М., Элмурадов Ш.Х. / Опыт лечения перфорация желудка и кишечника новорожденных в Узбекистане // «Детская хирургия» Москва., 2021, № 1.– С. 68–73.

4. Умаров К.М., Абдусаматов Б.З., Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш., Элмурадов Ш.Х., Азизов Ш.Ф. Диагностика и тактика оперативного лечения при некротическом энтероколите 2-б стадии у новорожденных // Журнал «Тиббиётда янги кун». – Бухара, 2020, № 4. – С. 146–150.

5. Рустамова М.Ш., Салимов Ш.Т., Салихова К.Ш., Абдусаматов Б.З., Умаров К.М. Цитокиновый статус недоношенных новорожденных с некротизирующим энтероколитом // Журнал «Педиатрия» – 2020, № 3. – С. 141–143.

II бўлим (II часть; II part)

6. Абдусаматов Б.З., Салимов Ш.Т., Умаров К.М., Вахидов А.Ш., Элмурадов Ш.Х. Метод энтеростомии при некротическом энтероколите у новорожденных // 2021 г. Ташкент. Методические рекомендации для врачей.

7. Умаров К.М., Абдусаматов Б.З., Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш., Элмурадов Ш.Х. Алгоритм тактики лечения НЭК хирургической стадии у новорожденных // 2020 г. Ташкент. Методические рекомендации для врачей.

8. Абдусаматов Б.З., Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш., Рустамова М.Ш., Умаров К.М. Результаты оперативного лечения осложненного некротического энтероколита у новорожденных / Материалы VII всероссийской научно-практической конференции с международным участием «неотложная детская хирургия и травматология», посвящённой 100-летию со дня рождения академика АМН СССР С.Я.Долецкого – 14-16 февраля 2019, Москва. – С. 7.

9. Абдусаматов Б.З., Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш., Рустамова М.Ш., Умаров К.М. Результаты оперативного лечения перфораций подвздошной кишки при некротическом энтероколите у новорожденных // 66 годичная научно-практ. конференция ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием: «Роль и место инновационных технологий в современной медицине» / Симпозиум «ХИРУРГИЯ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ». 23-24 ноября 2018, Таджикистан, Душанбе. Статья в сборнике С. 282–284.

10. Абдусаматов Б.З., Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш., Умаров К.М., Рустамова М.Ш., Азизов Ш.Ф. Результаты оперативного лечения перфораций подвздошной кишки при некротическом энтероколите // VIII Всероссийская научно-практическая конференция «Неотложная детская хирургия и травматология» 2020, Москва, 14-16 февраля – С. 9.

11. Абдусаматов Б.З., Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш., Умаров К.М., Рустамова М.Ш. Результаты оперативного лечения перфораций желудка при некротическом энтероколите у новорожденных // I Съезд детских хирургов стран Центральной Азии с международным участием 13-14 июня 2019, Алматы (Республика Казахстан) – С. 19.

12. Абдусаматов Б.З., Салимов Ш.Т., Умаров К.М., Рустамова М.Ш. Оперативное лечение пневмоперитонита при осложненном некротическом энтероколите у новорожденных // Материалы IV съезда ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана 13-14 сентябрь 2018, Ташкент. – С. 156.

13. Абдусаматов Б.З., Умаров К.М., Рустамова М.Ш. Диагностика некротического энтероколита и его осложнений у новорожденных // Респуб. науч-практ. конфер. «Современные технологии в хирургии детского возраста» 1-2 июня 2018, Ташкент. – С. 9.

14. Абдусаматов Б.З., Умаров К.М., Рустамова М.Ш. Результаты лечения осложненного некротического энтероколита у новорожденных // Респуб. науч-практ. конфер. «Современные технологии в хирургии детского возраста» 1-2 июня 2018, Ташкент. – С. 9.

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



M U H A R R I R I Y A T V A N A S H R I Y O T B O ' L I M I

Разрешено к печати: 20 апреля 2021 года
Объем – 2,35 уч. изд. л. Тираж – 50. Формат 60x84. 1/16. Гарнитура «Times New Roman»
Заказ № 0971 - 2021. Отпечатано РИО ТМА
100109. Ул. Фароби 2, тел: (998 71)214-90-64, e-mail: rio-tma@mail.ru