

РЕСПУБЛИКА ШОШЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Тиб.63.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ

РЕСПУБЛИКА ШОШЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ

АСАДУЛЛАЕВ ДОННЕР РАВШАН ҲУГЛИ

БОЛАЛАРДА ХАЗМ ТИЗИМИ ЁТ ЖИСМЛАРИНИНГ ТАШХИСОТИ
ВА ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШИ

14.00.40 – Шошқинчи тиббиёт

ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БУЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (РФФ)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ

ТОШКЕНТ-2022

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Отглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

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

Асадуллаев Донийёр Равшан Угли
Болаларда хазм тизими ёт жисмларининг
ташхисоти ва даволашни такомиллаштириш..... 3

Асадуллаев Донийёр Равшан Угли
Оптимизация лечебно-диагностической тактики
при врожденных теллах пищеварительного тракта у детей..... 25

Asadullaev Doniyor Ravshan ugli
Optimization of treatment and diagnostic tactics
in patients with foreign bodies of the digestive tract in children 45

Эълои килинган ишлар рўйхати
Список опубликованных работ
List of published works 48

РЕСПУБЛИКА ШОИИЛЛИЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc-04/30.12.2019. ТЪ.63-01 РАКАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ

РЕСПУБЛИКА ШОИИЛЛИЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ

АСАДУЛЛАЕВ ДОНИЁР РАВШАН УГЛИ

БОЛАЛАРДА ХАЗМ ТИЗИМИ ЁТ ЖИСМЛАРИНИНГ ТАШХИСОТИ
ВА ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШИ

14.09.40 – Шоишлик тиббети

ТИББИЁТ ФАЙЛАРИ БУИРИА ФАЛСАФА ДOKTOPI (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯ АВТОРЕФЕРАТИ

Философия факультети доктори (PhD) диссертацияси билан: У. Абдулқадир, Республикани Республикани
Вазирлар Маҳкамаси Хурамати Олий ағъдасининг қарарига кўра: 2019.12.10. PhD/1030
решени билан ўқувдан олишти.

Диссертация Республикани олий таълим ва илмий таълим вазирлиги билан
Диссертация аннотацияси вакиллик (Философия, филология, тарих ва ҳуқуқ факультети) билан
сўрашди (www.studipoint.com) вакиллик (Философия, филология, тарих ва ҳуқуқ факультети) билан
www.studipoint.com

Илмий раҳбар: А.М. Хасанович, А.М. Хасанович
Филология факультети доктори, профессор

Рисолати таълимчилари: Хасанович Фархат Абдулқадир
Филология факультети доктори, профессор

Э.А.М. Хасанович, А.М. Хасанович
Филология факультети доктори, профессор

А.М. Хасанович, А.М. Хасанович
Филология факультети доктори, профессор

Диссертация ҳақида: Республикани олий таълим ва илмий таълим вазирлиги билан
2022 йил 12.10.19 (16.03.01) расмий қарор билан қабул қилинган. 2022 йил 12.10.19 (16.03.01)
қарор билан қабул қилинган. 2022 йил 12.10.19 (16.03.01) расмий қарор билан қабул қилинган.
2-сўраш (www.studipoint.com) вакиллик (Философия, филология, тарих ва ҳуқуқ факультети) билан
www.studipoint.com

Диссертация билан Республикани олий таълим ва илмий таълим вазирлиги билан
вакиллик (Философия, филология, тарих ва ҳуқуқ факультети) билан
сўрашди (www.studipoint.com) вакиллик (Философия, филология, тарих ва ҳуқуқ факультети) билан
www.studipoint.com

Диссертация аннотацияси билан: 2022 йил 10.10.19 (16.03.01) расмий қарор билан қабул қилинган.
2022 йил 10.10.19 (16.03.01) расмий қарор билан қабул қилинган.

А.М. Хасанович
Илмий раҳбарлар бергани олий таълим ва илмий таълим вазирлиги билан
Филология факультети доктори, профессор

Х.А.М. Хасанович
Илмий раҳбарлар бергани олий таълим ва илмий таълим вазирлиги билан
Филология факультети доктори, профессор

Б.К. А.М. Хасанович
Илмий раҳбарлар бергани олий таълим ва илмий таълим вазирлиги билан
Филология факультети доктори, профессор



КПРНИ (Философия доктори (PhD) диссертацияси билан)

Диссертация мавзусининг долзарблигини ва зарурлигини, Дунёда ошқон
ичак тизимининг (ОИТ) ёт жисмлари (ЕЖ) болалар жарроҳлиги ҳамда
гастропатологиялар туғилган келадиган энг мураккаб клиник муаммолардан
бири ҳисобланади. Адиёт маълумотларига кўра, «...болalarda ошқон ичак
tizimini ёт жисмлари билан қўриқиб, бунда ошқон ичак тизими ёт жисмлари
булган болалар таъкил қилинади. Қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари
келтириб чиқилган катталиклар, ошқон ичак тизими ёт жисмлари ҳамда
ларасида ёт жисмлар ушланган келиши вақтда ошқон ичак тизими ёт жисмлари
ривожланишига олиб келиши катгор ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан
Сўнгги йилларда, таркибидан маълумат қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари
қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан
тарқалиши билан боғлиқ равишда ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан
қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан
ташқиқотининг амалий усули динамик кузатиш орқиб берилган. Шу билан бирга, клиник
вақтда ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан
кузатиш ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан
аралашувига олиб келиши муаммолардан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан
технологияларнинг ривожланиши билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан
бўқотишга имкон бергани кўриб чиқилган патология билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан
даволашнинг янги усуллари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан
маълумотлардан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан
ташқиқоти ва даволашни таъкиқоти билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан
жарроҳликнинг долзарб муаммоларини ҳал этишни янги усул билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан
эмалий таъкиқоти билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан

Жаҳонда болalarda ҳам тизими ёт жисмларининг таъкиқоти ва
даволашни таъкиқоти билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан
этибор қаратилади. Бу билан болалар ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан
жисмларининг таъкиқоти ва тарқалиши билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан
ичак тизими ёт жисмларининг клиник-инструментал таъкиқоти, мураккаб
муаммолар, ёт жисм тури ва унинг анатомик жойлашиши, болalarda ошқон
ичак тизими ёт жисмларининг асратилган шакллари ва уларнинг халф
омиллари, ёт жисмларини олиб ташлашни тури усуллари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан
ва даволаш таъкиқоти билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмлари билан

Маълумотлар билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмларининг таъкиқоти билан
қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмларининг таъкиқоти билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмларининг таъкиқоти билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмларининг таъкиқоти билан
ташқиқоти билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмларининг таъкиқоти билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмларининг таъкиқоти билан қўриқиб ошқон ичак тизими ёт жисмларининг таъкиқоти билан

характеристики. 2017–2021 йилларда Ўзбекистон Республикасидаги ривожланишнинг бешик устувор бўлишини бўйича Ҳаракатлар стратегиясига мувофиқ аҳолига tibбий хизмат кўрсатиш даражасини янги bosqичга кўтаришда «...ихтисослаштирилган tibбий хизмат кўрсатиш кулайлиги ҳамда tibбятнинг янги, тез ва шовишли tibбий ёрдам тизимини янада ислох қилиш, нозирликнинг олдини олиш...»² каби назифалар кўйилган. Шундан келиб чиқиб ҳолда болаларда ҳам тизими ёт жисмларнинг ташхисоти ва даволашни таъминлашнинг долзарб атамий бўлишини бир бўлиб ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги 110–4947-сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида», 2017 йил 16 мартдаги 110–4985-сон «Шошилган tibбий ёрдам фойдали тизимини ташкил этиш ва модалар-техник базани ислоҳида муштахакимчи бўйича чора-тадбирлар тўғрисида», 2018 йил 7 декабрдаги 110–5590-сон «Ўзбекистон Республикасида соғлиқни сақлаш тизимини яқин таъминлаштириш бўйича комплекс чора-тадбирларни тўғрисида» ги Фармони, 2017 йил 20 июлдаги 110–3071-сон «Ўзбекистон Республикасида аҳолини 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган tibбий ёрдам кўрсатиши янада ривожлантириш чора-тадбирларни тўғрисида» ги қарорлари ҳамда маъмур фаолиятга тегишли бошқа маъмурий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган назифаларни амалга оширишга маъмур диссертация талаботи муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор бўлишининг асослиги. Маъмур тадқиқот республика фан ва технологиялари ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор бўлишини долзарбда баъжаришдан.

Муаммонини ўрашганлик даражаси. Ошқозон ичак тизими ёт жисмлари захарли моддаларни назорати бўйича Америка марказлар ассоциацияси маълумотларига кўра, педиатрида юнг тарқалган муаммо ҳисобланади, 116 000 ҳужжатлаштирилган ёт жисмлардан 75% 5 ёшгача бўлган болаларда кузатилади (O'zgarib-Yentis D., McAdams R.J., Roberts K.J., McKenzie J.B., 2015, 2019). ОНТда ёт жисмларни татиқ этиш йўллари шиммалар. Palla et al. маълумотларига кўра, 92% ҳолатда ёт жисмларни атайлаб юнги қатталар орасида кузатилади (Palla R., Sabota A., Vestmark A., Salama P., Simpson N., Laine L., 2019). Улардан фарқи ринида болалар ёт жисмларни 98% ҳолатда ўқлари биланган ҳолда юнги олиш, шу билан бирга бўлар ҳудуддаги фоблазиланинг осомлар бўлиб, улар тагга, тилга ташинишлар, ўйинчиқлар, магнит ва батареялар (Keeberly S.O., Jue T.L., Anderson M.A., et al., 2011). Ёт жисмлар ҳозир, турли болаларда, шунигиндек унинг бўлидаги физиологик бўлар бу нозирлик ОНТ дан бемалол ўқдан ёки маълум бир даражада уқданни юнги, 10–20% ҳолатда уларни эндоскопик ёки

жарроҳлик билан олиб ташлашга зарурат пайдо бўлади. Турли тадқиқотчилар маълумотларига кўра, 75% дан кўпроқ барча ёт жисмлар кизилуғтининг юнги учдан бир қисмига тикилади (Thompson M., Tingdai A., Dimpocsa J.M., et al., Rasolatik., 2017). Кичик ёшдаги болаларда анатомо-физиологик ҳусуниларни масоба олиб, кизилуғтининг ёт жисмлар тикилаши 8–10% ҳолатда ҳаффи саналади. Кизилуғтин дивертикулитининг жароҳатланиши 8–10% ҳолатда учрайди. Кизилуғтинда серот кобикларининг мавжуд эмаслиги, унинг дивертикулитини чуқур жароҳатланиши оқибатида перитонитга ёт билан асоратланиши, дивертикулит перфорацияси маълумоти, тери ости эндоскопига олиб келади. Оғир асорат ҳаффи ОНТ ЁЖ маълум турда, кизилуғтинда ёт жисмларни кайда этини даволашнинг сезиларли охири. ОНТ ёт жисмларини юнгиб қолганининг клиник кўрсаткичи, юнгидаги юнги билан бирга ёт жисмларини ринида кўриб бўлмайди, жисмларини, 35% ОНТ ЁЖ ринидаги негатиив ҳисобланади (Lauz B.F., Restrepo R., Lee E.Y., 2017). Шунинг ва шунида Уқдан нарсалар одагга ринидаги негатиив бўлади, шунинг учун кўшай қирқини унгиноқлар одаги ринидаги негатиив бўлади. Бошқа материалларни юнгиб, асарикат билан суякларини, ўсимлик материалларини (лазарот зарралари, тикан) ва одагга ринида негатиив бўлган алоаминий сингилари кўлаиб юнгидаги зарари нарсалар, умумий ринидаги негатиив бўлади. Жисмларнинг юнгиб қолгани ҳаффида ҳали асарикатини инфоқилмайди. Болаларини ринида негатиив бўлган жисмларини юнгиб қолган, детал шубҳа билан даволашда энг аниқроқ юнгиб қолганга юнгиб қолган берилди. КТ ёки ринида негатиив ёрдамида тасдиқини қирқини боланинг асоратта шубҳа қирқинга ҳолатда кўрсатма бўлиши мумкин, юнгиб қолганга юнгиб қолган одагга консерватив даволашнинг мумкин.

Ўзбекистонда ошқозон ичак тизимининг турли хирургия касалликларини самарали ташхисоти ва даволаш алоамини татиқ таълиқ (Назирова А.М., 2015; Назирова Ф.Г., 2020; Шамиева А.М., 2017; Саймон Ш.Т., 2018; Аюпова Х.А., 2021; Собиров Д.М., 2020) қатор алоамини таълиқлар олиб қирқининг, бирок болаларда ҳам тизими ёт жисмларининг ташхисоти ва даволашнинг таъминлаштирилмаган.

Шундай қилиб, ошқозон ичак тизими ёт жисмларини кузатишган болаларини даволаш долзарб муаммолардан бири ҳисобланади, турли соҳа юнгиларини мунозарасини юзга келтирилади. Юзга келган алоамининг қирқининг шундай, ошқозон ичак тизими ёт жисмларини ташхисоти ва даволашга аниқ усуллар ишлаб чиқилган ҳолатда бўлиши мумкин бўлган алоаминларда асарикат, маълум даражада таълиқлар етарли эмас. Уқдан ташқари, ошқозон ичак тизимини ёт жисмларини эндоскопик олиб ташлашда турли методлардан фойдаланишнинг асарикатининг, кўп сонини таълиқларга қарамай, болаларда аниқроқ алоамини ўрта бўлишлари ёт жисмларини даволаш масаласи бўлганда қанда ҳам миллий зарур бўлган долзарб муаммолардан бирилади.

²Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги 110–4947-сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида» ги Фармони

Талкотикини диссертация бажаришга илмий талкоти мавзасисининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.

Диссертация талкоти Республика шонлигимиз тизмий ёрдам илмий марказининг илмий ишлари режасига мувофиқ 113-2018-090921394 «Шошдилик хирургияда болалар хазм тизмида турли ёт жисملарини асратилари олдини олиш ва орашнинг физиология тиклашга маргиласи амоний хирургия тизмига такомиллаштириш» мавзусидан (2018-2022 йй) ишлари режасига мувофиқ бажаришган.

Талкотикини мақсади болаларда ошқозон ичак тизми ёт жисملарининг ташхисоти ҳамда даволашнинг ишончлиги тизмисини такомиллаштиришдан иборат.

Талкотикини вазифалари:

замонавий босқичда болалар ошқозон ичак тизми ёт жисملарининг тузилиши ва тарқалганлик даражасини баҳолаш;

болалар ешга боғлиқликда ошқозон ичак тизми ёт жисملарининг клиник-инструментал тавсифи, касалликкага мувожад қолган муҳлати, ёт жисм тури ва унинг анатомик жойлашсини баҳолаш;

болаларда ошқозон ичак тизми ёт жисملарининг асратилган шакллари ва уларнинг хайф омилларини баҳолаш.

ошқозон ичак тизми ёт жисملарининг олиб ташлангани турли усуллари самардорлиги ва даволашнинг энг самарали усулини ташлаш ҳамда қиёсий таҳлил яшаш.

ёт жисملарининг ҳар хил тури учун ташхисот ва даволаш тadbирлари алгоритминин ишлаб чиқиш.

Талкотикини объекти сифатида Республика шонлигимиз тизмий ёрдам илмий маркази болалар шонлигимиз жарроҳлик бўлимида 2014 йилдан 2019 йилгача бўлган даврда даволанган бир ёлдан 18 ёшгача бўлган ошқозон ичак тизми ёт жисملари кузатишган 1046 нафар болалар олинган.

Талкотикини предмети сифатида болаларда хазм тизми ёт жисملарини самарали ташхислаш ва даволашда Уткир (ётга, сирга, турли михлар ва металллар), бўмток (тинга, тугмачалар ва х.), магнитлар, элекстр қувватлагичлар, мураккаб турдаги ёт жисملарнинг тавсифи, уларнинг жойлашсини эндоскопик ва жарроҳлик муолажалари материаллари олинган.

Талкотикини усуллари. Талкотида болаларда хазм тизми ёт жисملарининг ташхисоти ва даволашда инструментал, эндоскопик, клиник ва статистик талкоти усулларида қўйилган.

Талкотикини илмий инновация қўйилганлардан иборат:

болаларда ошқозон ичак тизмида ёт жисملарининг Уткир, бўмток ва мураккаб турларининг болаларнинг психология хусусиятларини хисобга аналитик-функционал хусусиятлари ва клиник намоён бўлиши, ёт жисмининг ҳамда шонлигимиз даражасига боғлиқлиги асосланган.

болаларда эндоскоп муолажаларининг оккоти доира қўйилсини инновация олинган холда ва қилдиришда илмий қавати қилдириш ва тешин

асратилари хисобга реентенология дифференциал-ташхисот тизмида ишотланган;

ошқозон ичак тизмида турли ёт жисملарининг эндоскопик тавсифи на улардан қилиб чиққан асратиларининг даражасини ишотланган.

ёт жисмининг хазм тизмида турли қилиш, шунингдек, интентика ишотда қилиб қилиш инновацияда эндоскопик жарроҳлик амалиёти тизмий тизилган.

Талкотикини амоний инновация қўйилганлардан иборат:

ошқозон ичак тизми ёт жисملарини қўйилган болаларининг реентенология текширувида танглани турли то амоний элекстр қувватлагичларга текшириш усули такомиллаштирилган.

очик жарроҳлик тadbирларини ўқашини тизмий қилдириш болаларда ошқозон ичак тизми турли ёт жисملарининг ринолашсини хайф омиллари баҳолашган.

ошқозон ичак тизмида ҳар хил жойлашган ёт жисملарини даволашнинг эндоскопик усуллари эндоскопик, бўлиқларга бўлиш ва сирга итарини самардорлиги баҳолашган.

ошқозон ичак тизми ёт жисملарини қўйилган беморлар учун ташхисоти ва даволаш алгоритминин ишлаб чиқилган.

талкоти тизмий асратиларининг ҳар бир босқичи клиник, самарали кам инновация ва эндоскопик усуллари билан қўйилган замонавий ташхисот усулларида қўйилган.

Талкоти инновациясини инновациясини. Талкотида қўйилган нафари едилуш ва усуллари олиб қилган муолажаларининг усуллий амоний едилушда, текширилган беморлар сонининг етарлиги, талкотида қўйилган замонавий ўзаро бир-бирини қўйилушчи инструментида, эндоскопик, эндоскопик, клиник ва статистик тизмий усуллари ёрдамида ишот берилганлиги, шунингдек, болаларда хазм тизми ёт жисملарининг ташхисоти ва даволашнинг такомиллаштириш инновациялари хазмат хамда маҳаллий тadbирлар билан талкотида қўйилган. Хулоса, олинган инновациясининг нақиллиги тadbирлар томонидан талкотида қўйилган билан асосланган.

Талкоти инновациясини илмий ва амоний ахамияти. Талкоти инновациясининг илмий ахамияти шундан, илмувчилардан олинган холда, хулоса ва талкотида болаларда ошқозон ичак тизми ёт жисملарини ташхисоти ва жарроҳлик билан даволашнинг замонавий қўйилушда ўз хиссасини қўйилган, болаларда ошқозон ичак тизми ёт жисملарини ҳар хил турларининг клиник намоён бўлиш хусусияти ва даражаси, шунингдек, уларини текширишнинг нақиллиги усуллариининг илмий ўрни, ошқозон ичак тракти шонлигимиз илмий қаватини ёт жисملарининг эндоскопик намоён бўлиш хусусиятларини очиб берилганлиги, ашотда инновация болаларда ошқозон ичак тракти ёт жисملарини пилотсини, клиникаси, дағностикаси ва жарроҳлик билан даволашга қўйилган муолажалари бўлишда маҳаллий клиник

ордиаторлар таълим дастурининг тузилishi ва мазмунини такомиллаштиришга имконият берганлиги била изохланди.

Ташхисот натижаларининг амалий аҳамияти болаларда ошқозон ичак тизимидан турли оғирлик ва мураккаблик даражасига боғлиқ бўлган ёт жисملарни таклиф қилган таъхисотини қўллаш ҳамда очик жаррохлик аргашууларини талаб қилувчи асоратлар риносклаиниш даражасини пайкайириш, боллар хаёт сифатини яхшилаш, болалар ногиронлик даражасини камайтиришга имкон берганлиги билан изохланди.

Ташхисот натижаларини жорий қилиниши. Болаларда хазм тизими ёт жисملарининг таъхисоти ва даволашни такомиллаштириши буйича олинган натижалар асосда:

болаларда хазм тизими ёт жисملарининг таъхисоти ва даволаши самардорлигини ошириш борасида «Ошқозон ичак тизимиде электр қувватлагичларни (батарейка) таъхислаш ва даволаш усуллари» услубий тавсияномаси тасдиқлаган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 6 октябрдаги 8н-д/322-сон маълумотномаси). Натижада ошқозон ичак тизимиде электр қувватлагичлар ва бошқа ёт жисملарни самарли эрта таъхислаш ва уларнинг салбий оқибатларини олдини олиш ва даволаш тактикасини танлаш ва беморларнинг хаёт сифатини яхшилаш имконини берган.

болаларда хазм тизими ёт жисملарининг таъхисоти ва даволашни такомиллаштиришга қаратилган ташхисот натижалари соғлиқни сақлаш амалиятини, жумладан, Республика шонлиқ тиббий ёрдам илмий марказининг Коррелативистон филиали ва Бухоро вилояти филиалларининг клиник амалий фаолиятга талбик этилаган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 14 декабрдаги 08.09/19740-сон маълумотномаси). Олинган натижаларнинг амалиётга жорий қилиниши болаларда хазм тизими ёт жисملарининг таъхисоти ва даволашнинг ўзинга хос имкониятларини касалхонага мурожаат қилгандан сўнг дастлабки 12 соатда ошқозонда доклин электр қувватлагичларни болаларни таъхислаш ва даволашни таклиф этилган тактикасини қўлаш асоратларни риносклаиниш сонини 19%дан 0%гича камайтириш, доклин электр қувватлагичларини ютиб юборилгандан сўнг дастлабки икки соатда эндоскопик ретракцияни бакарлиши, болаларни шифохоналарда бўлиш мулдатини 24 соатдан кейин мурожаат қилган болаларга инсбаган ўртача 4,5 кундан 2 кунгача кичкартириш имконини берган.

Ташхисот натижаларининг апробацияси. Маизур ташхисот натижалари 3 илмий-амалий анжуманларда, жумладан 2 та халқаро ва 3 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Ташхисот натижаларининг эълон қилиниши. Диссертация мазмун буйича жами 11 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан, Ўзбекистон Республикаси Олий ағдегани комиссиясининг докторлик диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 4 та мақола, жумладан, 1 таси республика ва 3 таси хорижий

журналларда нашр этилган. 1 та ЭВМ дастури буйича патент ва 1 та методик қўлланма.

Диссертациянинг тузилishi ва хажми. Диссертация таркиби илмий, турта боб, хулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг хажми 132 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

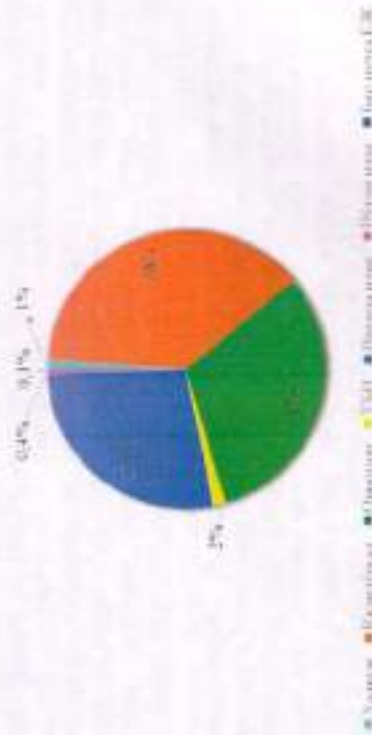
Кирини юзми ўтказилган ташхисотларнинг долзарблиги ва заруратини асослашга, текшириш мақсдан ва вазифаларини, объект ва предметларини таърифлашга бағинилган, ташхисотнинг Республика фан ва технологияларининг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилган. Ташхисотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари биди қилинган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиб берилган, ташхисот натижаларини амалиётга жорий қилиш, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилishi буйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «болаларда хазм тизими ёт жисملарининг таъхисоти ва даволашни такомиллаштиришнинг замонавий жихатлари» деб номланган биринчи бобда махлулий ва хорижий адабиёт маълумотларининг таъхисот келтирилган бўлиб, маизур тизимини оғир сашлаб, уни даволаш асорат ва ўлимнинг юкери даражаси билан бирга қилиниш кўрсатилган. Шунингдек, болаларда ОНТ ёт жисملарни тузилishi ва тарқалганлиги хақида маълумот келтирувчи уч киши бобдан иборат адабиётлар шарҳи берилган. Яна болаларда ОНТ ёт жисملарни паразитларни инвазияда биде-мунозараси масалаларга бағинилган адабиёт маълумотларини шарҳи қилинган. Даволаш тактикасини танлаш, шунингдек кейинчалик инвазиялар тилиб қилинган мунозарали вазифалар таъхисот этилган. Қасбалиқини даволашни такомиллаштириш тизимининг замонавий усуллари ва уларни даволашнинг мулдатлиқ бидеишуви ишлаб чиқилган.

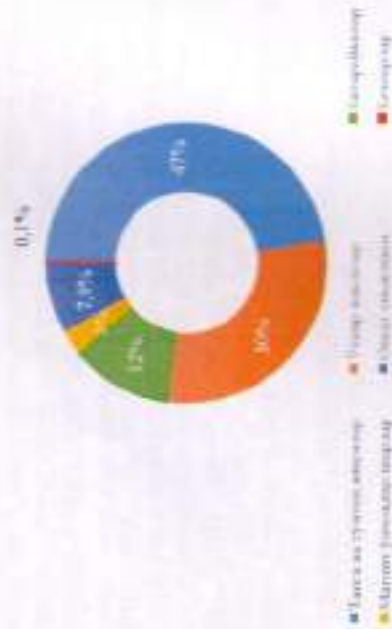
Диссертациянинг «болаларда хазм тизими ёт жисملарининг таъхисоти ва даволашни баҳолаш материал ва усуллари» деб номланган иккинчи бобда клиник материал таъхисоти ва қўлланилган ташхисот методлари хақида маълумот берилган, ташхисот материаллари ҳамда клиник материалнинг умумий таъхисоти берилган. Иш 2014-2019 йилларда Республика шонлиқ тиббий ёрдам илмий марказининг болалар шонлиқ жаррохлик бўлимида текширилган ҳамда даволанган 1 ойликдан 18 ёшгача бўлган ОНТ ЁЖ кузатишга 1046 бемор таъхисотга асосланди. Таъхисот мувофиқ, текширилган ОНТ ЁЖ кузатишга болалар орасида кўпроқ 5 йил болалар (60%) инвазияда. Уларнинг ўртача ёши 4,28±0,11 (n=1046) ни ташкил қилган. Қўлланча 1-3 ёшдан (43%) болалар мурожаат қилинган. Бўлимга келган вақтда аксерит болалар хилати 831 (79,8%) нафар ўрта оғир, 212 (20,2%) нафар болада кичкарли ва уч нафар (0,3%) болада оғир деб баҳоланган.

Шулларни ҳисобга ашиб, ёт жисмлар ОНТ нинг ҳар қайси бўлимида аниқлашни мумкин, объектив таҳлил учун анатомик жойлашнингга (ХКТ-10; Т18) асосланган стандарт таснифдан фойдаландик (1-расмга қаранг).

Мазкур тажриботда диагностика ва даволаш усуллариини стандартлаштириш мақсадида ОНТ ёт жисмлари қуйидаги топифларга ажратилди (2-расмга қаранг); тинглалар ва бошқа ўтмас нарсалар, ўтмас объектлар, батареялар (жумладан дисклар), магнитли ўйинчоқлар/шариклар, оваткатнинг тиканлиши, безларлар.



1-расм. ОНТ ла ёт жисмлар тақсимланиши



2-расм. Болларда ОНТ ёт жисмларининг турлари

1046 боладан қўнича турли тинглалар ва бошқа ўтмас нарсалар—497 нафар (47%), ўтмас нарсалар—310 (30%) нафар беморлар кузатилади. Жуда

кам ҳолатда магнит ўйинчоқлар/шариклар (29), оваткат туриб қолиши (85) ва безлар (1) аниқланди. 124 нафар болада (12%) асоратлар риноламинишда энг хавфли ҳолатлар кузатилди.

ОНТ ЕЖ га шубҳа қилинган бемор болларда ОНТ ёт жисмини даволаш ва диагностика қилиш бўйича "Шошқинчи тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича қўлланма"га (professor Халлабаев А.М. тахрири остида) мувофиқ текширилди.

ОНТ ЕЖ га шубҳа қилинган беморларга муружаат қилганда уларнинг шикоятлари, ёт жисм типифи, жисм қўйилган вақтни аниқлаш, муружаат ва бичиричи даволаш (эндоскопия ёки отик) ўрганилди.

Ёт жисм аниқланган болларнинг муружаатига болликликда урта тоифа аниқланди: **пошиллич муружаат** – клиник نامоён бўлиш вақтидан икки соғдан кам бўлмаган вақт; **кечкилирий ёрматидолин муружаат** – клиник نامоён бўлиш вақтидан 2-24 соат мулдатда; **кечкилирийдин муружаат** – клиник намоён бўлиш вақтидан 24 соғдан ортироқ мулдатда.

Протоколга кўра, ОНТ ёт жисмлар аниқланган боллар қуйидаги усулларида текширилад: **рентгенологик текширув** (кўкрак ва қорин бўшлиғи аъзолари рентгенографияси); ОНТ нинг **рентгеноконтраст текшируви**; **ОНТ ни эндоскопик текшируви** (эндоскоп-гастродуоденофиброскопия; колоноскопия); **мультиспирал компьютер томографияси**.

Рентгенология текшируви. Оқилози ичан эриктидаги ёт жисмнинг жойлашшини аниқлаш мақсадида эндоскопиянинг тур усуллари мажмуасидан фойдаланилди. ОНТга ёт жисмга сумон қилинган барча болларда ёт жисм жойлашшини аниқлаш мақсадида кўраги ва қорин бўшлиғи рентгенологик текширувдан ўтказилди. Текширув «Bifield» Flexvision (Япония) аппаратида амалга оширилди. Қўнгулданнинг ойуни ва ҳаққум соҳасида ёт жисмлар диагностикасида елка белбонига соя тасвири қўйилгангидан радиологикон рентгенография ўтказилди. Агар қаниқулган ёт жисми аниқланмаса суқла эриданган контрастдан фойдаланилди (Юнпекосо). Белларга шубҳа қилинганда, шунингдек эркин қорин бўшлиғида оқиб ўтганини аниқлаш учун магнитли ёт жисмларни олиб ташлангандан кейин, ёт жисм жойлашшини аниқлаш учун ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакни контрастланди. Суқла эриданган контрастда олиб борилди. Ёт жисм аниқланган барчи болларда ОНТ бўйича уларни аралашинини нақсрат қилиш учун динамика рентгенография ўтказилди (3 та расмга қара).

Эндоскопик радиологикон рентгенология (ЭЛРФ). ОНТ ни эндоскопик текшируви боллар жароҳатинда умумқабул қилинган тамойилларига мувофиқ олиб борилди. ОНТ ёт жисмлари қузалиган болларда **ЭЛРФ** «Репих» ЕРХ-5000 (d=6,0 мм 9,0 мм) (Япония) фирмасининг эндоскоп билан интубацион нарқот остида ўтказилди. Текширув вақтида қизилдўғач, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичан аниқлаш нарсасининг ранги, қорин мажмуалиги, фибрини, жусули, қон қатмини, эрички, ара, чандик ва бошқаларнинг

манжураги аниқланди. Эндоскопнинг биопсияси билан аниқланди. Бу ерда умуман кўришда керакли инструментлар киритилди. Яқин ёт жисмлар (ўйинчоқ ленталари) диатермик халка ёки "каламус тиши" да училаб олиб ташланди. Думалоқ ёт жисм (париклар) Дормна саватидан фойдаланиб олиб ташланди. ОНТ юқори бўлимлардан ёт жисм экстраинцидан кейин улар жойлашган ерда шиллик қаваат ҳолатини баҳолаш учун назоратли ЭДДСС бажарилади.

Колоскопик. Колоскопикта табириши ҳам болалар жарроҳлигида умумжабул қилинган тамойил бўйича олиб борилади. Болаларда таълиқот 11 мм ташки диаметри «Olympus» РСF – 140L. (Япония) эндоскоп фирмаси эндоскопиди нарқиз остида бажарилади. Бола белга ётган ҳолда текширув амалга оширилади ва йўқон ичак бўйлаб олиб бориш колоскопик ротацияи усулида бажарилади. Текширув вақтида кўнрақча инструментлар ёрдамида ёт жисм кўрилади, уни эндоскоп билан олиб ташланади. Думалоқ ёт жисм (шариклар) Дормна саватидан фойдаланиб олиб ташланади.

Мультиплексор компьютер томографияси. Маълум ёт жисмининг топография ҳолатини аниқлаш учун қабил вазиетларда қизқисш уйғотган соҳаларда (кўрра қифаси, қорин бўлиги) мультиплексор компьютер топография «Siemens Somatom representatives (Германия) ашаратида 1 мм қайта кўрилади тасвир қилинигида бажарилади.

Кўнрақча болаларда ОНТ ёт жисмлар кам нивали эндоскопик даволанади. Аксарият ҳолатларда ташлаш усули эндоскопик ретракция ҳисобланади. 684 нафар беморда бажарилади, ундан ташқари, 14 (1,3%) нафар беморда дистал бўлимларда эндоскопик итариш билан ва 13 (1,1%) нафар болда ёт жисм мийда бўлақлар бўлиди. 1-жазвалда ОНТ ЁЖ кўзатишган болаларда даволлаш усуллариининг беришган.

1-жазвалда ОНТдан ичак тизими ёт жисмларни кўзатишган болаларда бажариладан ариқлинувлар характерни

Даволаш тури	n (%)
Эндоскопик даволлаш	711 (68%)
Даволаш кузатиш	293 (28%)
Очак жарроҳлик даволлаш	42,4 (%)
Жами	1046 (100%)

Текширув ва даволлашдан олдинги патологияларнинг статистик таҳлили IBM SPSS Statistics (Version 23.0, SPSS Inc, Чикаго, Иллинойс) дастурий таъминотдан фойдаланиб ўтказилди. Микроскоп ўлғарувчилик меънада ва қаватлиларо диапазон туринда ифодаланди. Микроскоп ўлғарувчилик таққослаш Студент мезонга боғлиқ бўлмай ўтказилди. Бошқа параметрларга I-та ёт жисмларнинг маълум турларда асоратлар ривожланишини тулаш Пирсон корреляция коэффициентидан фойдаланиб бажарилади.

Диссертациянинг «Ошқозон ичак тизимида ёт жисмлар бўлган болаларни клиник-инструментал таълиқот патологиялари» деб номланган

учунчи бўли иккага клиник бошдан ташқил топган бўлиб, бу ерда умуман олганда ОНТдаги ЁЖ клиник намоён бўлиши ва тарқалиши бўйича таҳлил натижалари, тақдим этилган шунингдек болалардаги турли ОНТ ёт жисмларни клиник таҳлисиб Ушга ҳосилларини мийда қисмларга таҳлилин келтирилди. 1-адикотларга мис ҳолда 5 йиллик давр мобайнида ОНТда турли ёт жисмларни бўлган 1046 нафар болда мувожаат қилди. Тақдирга мис ҳолда ОНТ турли ЁЖлар болалар мувожаатларини сонини хар йили ўсиб бориши қайда этилади. Демас 2014 йилда қасалхонага ОНТдаги ёт жисмлар 134 нафар болалар ётқизилди. 2018 йилда келиб аса мувожаат қилган болалар миқдори 303 нафарга етди, шу билан улар 126%га ошди. ОНТдаги ёт жисмни жойлашши таҳлида қилинганда энг кўп ҳолларда улар қозилганга (38%), ошқозон (31%) ва ичакка (28%) тарқалиши аниқланди. Халқум, ўн ички бармоқ ичаклари ЁЖлар сезиларли даражада кам аниқланди. Аксарият беморларда ОНТ ЁЖлар яқин ҳолда учради. 17 нафар (1,6%) болаларда кўп сонли ЁЖлар аниқланди. Кўп сонли ОНТда 17 нафар болалар ичакда олиб бориладан текширишлардан ўткир прелазметлар (n=6) аниқланди. 4 нафар болалардаги текширишларда кўп сонли тағиллар аниқланди.

Кўп сонли ЁЖ (3,26±0,97 ёш) ва яқин ҳолдаги ОНТ ЁЖ (4,29±0,11) ин болалар билишга шунингдек фарқлар аниқланди. Бирок қайд этиладики, кўп сондаги ОНТ ЁЖлар беморлари орасида кўпроқ ўғил болалар сезиларли устуликка эга бўлади – 76%, булда ОНТ ЁЖларини яқин ҳолда учраган болалар гуруҳида бундай яқин намоён бўлган фарқлар аниқланди (ўғил болалар–59%, қиз болалар–41%). Бундан ташқари яқин ҳолдаги ЁЖларда фарқли равишда аксарият кузатишларда кўп сонли ЁЖлар ошқозонда (n=9; 53%) ва сезиларли даражада кам қизилганга (n=4; 23,5%) ҳамда ичакка ичкининг турли бўлимларда (n=4; 23,5%) учради. Қасалхонага мувожаатлар мурдларини бўйича болалар қуйидаги тартибда тақсимланди: биринчи қисмда 896 (85,5%) нафар беморлар, – биринчи хайфада 123 (11,7%) нафар, кейинги обда – 17 (1,6%), 12 ойгача – 8 (0,7%) ва иккинчи нафар беморлар (0,1%) бир йилдан кейин мувожаат қилдилар, булда аниқмаъ маълумотларига мис ҳолда бир нафар кузатишларда ёт жисмда ўБда 5 йилга сакланиб турди. Аксарият ҳолатларда болаларни ЁЖни ютуби юборганининг биринчи қисмда қасалхонага ётқизилган бўлишига қарамайдан, ЁЖни ОНТда узок муддат қозиб қетиши қайд этилган. Бу ўз навбатида бир қатор сабаблар билан боғлиқ бўлиб, улар орасини аниқлашди. Ошқозон болаларининг ёши, қасалхона клиник белгиларини намоён қилиши ва тарқалиш натижаларини ютуғри интерпретацияси ҳисобланади.

Тақдирлар гуноҳлик берилдики, ОНТ ЁЖ бўлган болаларда кузатиладиган дисфагия, кўнрақ айбини, қусиш, гиперсаливация, қориндаги отриклар каби симптомлар нақбатдан кўп учради, аммо намоҳсус бўлиб ҳисобланади. Жумладан, ОНТ ЁЖ тилларини уларнинг клиник белгиларини билан қорреляцион таҳлилин шунингдек қозилганга аниқланди. Аксарият, ОНТ ЁЖнинг клиник маъносидан кўп уларнинг аниқлашган ўрнига сезиларли боғлиқ бўлди ва гиперсаливация, дисфагия ва бошқа диспептика белгилар каби симптомлар ЁЖни аниқлашдан жойлашунинг қараганда қизилганга жойлашганда сезиларли даражада кўпроқ учради (r=0,7),

$p=0,0001$). ЕЖ илгичка ичакда жойлашган болалар учун кўпрок симптомларсыз кечиб хос бўлди. Шунингдек мазкур бодда мурожаат қилиш вақтидан касалликни клиник белгилари билан ЕЖнинг туюлгандай ташвири ўрганилган боғлиқлик тақдим этилган. Тахлиллар туюлган бердикс, ЕЖ ўламини касаллик симптомларини белгилей бермайдн, улар кўпичча уларнинг анатомик жойлашувини белгилей берди.

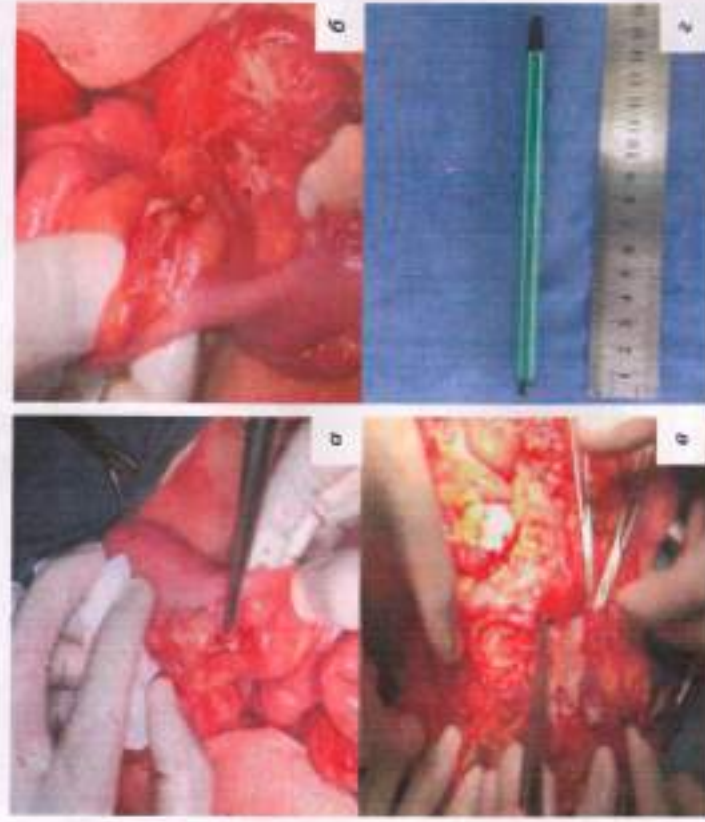
Бизнинг мураккабимизга 2014 йилдан 2019 йилларгача мурожаат қилган турли ОНТ ЕЖли 1046 нафар болалар орасида тангалар аксарият беморларда аниқланди ($n=365$, 35%). Талнокот натъжаларига мос холда, болаларда инсертдан кўпроқ ўчоми 2,5 см ва ундан юқори бўлган тигилар аниқланди ($n=159$; 43,6%), 75 (20,6%) нафар беморларда уларнинг ўчоми аниқланмади. Диаметри 2,5 см гира бўлган тангалар 131 нафар болаларда топилиди (35,8%). Тангалар кўпроқ кичилуғичда аниқланди. ОНТда тангалар бўлган болаларга кўпичча кечиктириб бўлмайдиган ва шонининг тиббий ёрдам кўрсатилди (мос холда 36,4 ва 45,2%). Бунда улар орасида кичилуғичнинг юқори 3 соҳасида танга аниқланган болалар устунликка эга бўлди ($n=116$), 67 (18,4%) нафар болалар касалхонага келиш намоён бўлиш вақтидан бошлай 24 соғлини кейинги муаммолари мурожаат қилган ва талнокотлар натъжаларига мос холда, уларнинг аксариятида тангалар ошқозонда аниқланди (74,6%).

Тахлилларга мос холда бизнинг култувларимиздаги 132 нафар болаларда турли тўмтоқ предметлар аниқланди. 132 нафар болалардан 36 нафаридан (27,3%) ўтказилган умумий ренттенографияда ЕЖ аниқланмади. Бундан келинларда бажаришган ОНТнинг кўпичча контраст ренттенографияси улардан 32 нафарда ЕЖнинг жойлашган ўрни ва тивсфини аниқлашга имкон берди. Бирок 4 нафар (3%) беморларда ренттенологик усул билан ЕЖни аниқлашга имкон бўлмади. Эндоскопик текширишлар 103 нафар болаларда бажарилиди. Аниқлаш ва эндоскопик кўриш ўтказилган усул натъжалари асосида қай этилдики, аксарият холатларда тўмтоқ предметлар кичилуғич ва ошқозонда жойлашди. Тўмтоқ ЕЖлар жуда кам холатларда халқумда ($n=1$), УБИда ($n=1$) ва фақат битта холатда йўгон ичакнинг ректосигмоида бўлиши даражасида аниқланди.

ОНТда тўмтоқ ЕЖ бўлган болаларга энг кўп холларда кечиктириб бўлмайдиган ($n=53$; 40,2%) ва шонининг тиббий ёрдам ($n=56$; 42,4%) кўрсатилди. Бунда улар орасида кичилуғичнинг юқори 3 соҳасида тўмтоқ ЕЖли болалар устунликка эга бўлди. Клиник белгилар пайдо бўлган вақтидан 24 соғлини кўпроқ вақт ўтган мудалларда 23 нафар (17,4%) болалар мурожаат қилди ва ташнокот натъжаларига мос холда, уларнинг аксариятида тўмтоқ ЕЖлар ошқозонда аниқланди (52%).

ЭДФС бажаришган ОНТ тўмтоқ ЕЖ ли 103 нафар болалардан 91 нафарда (88%) мунафракитини эндоскопик ретракция ўтказилди, 11 нафар (11%) болаларда култувишлар ўчокидан ва бир холда (1%) ЕЖ ни олиб ташлашга бўлган уринишлар мунафракитуси бўлганда очик жаррохлик аришавуни ўтказилди. ЭДФС ўтказилган тўмтоқ ЕЖли қолган болалардан 28 холатда динамик кузатишлар ўтказилди, 1 холатда эса флюмастер билан йўгон ичакнинг ретросигмоида бўлиши тешвиши оймақтада перитонитни

ривожланиши билан боғлиқ холда жаррохлик усули билан даволаш бажаришди (3-расмга қаранг).



3-расм. Интраоперацион сурат: а, б – перифератив тешик ва йиринг-фиброзлик перитонит; в – тўмтоқ ёт жинс натъжасида йўгон ичакнинг тешилиши; г – 16×0,6 смли ўтказилди флюмастер

Бизнинг култувларимиздаги 124 нафар болалар (11,8%)нинг ОНТда турли кўришилган батаребикалар аниқланди, улардан 101 нафар болаларда ДБ аниқланди, улардан 18 нафарда интродурицион батаребикалар (ДБ) бўлди, 5 нафар беморларда батаребиканинг тури аниқланмади. Аксарият холларда батаребикалар яқка холда бўлди, фақат 5 нафар беморлар текширилганда кўп соғлини батаребикалар аниқланди (юқи ва ундан ортки). Агар 2014 йилнинг бошида ОНТда ЕЖли болалар текширилганда уларнинг 17 нафарда батаребикалар аниқланган бўлса, 2019 йилнинг бошида уларнинг соми икки мартага охиб -35 нафар болаларни ташкил эди.

Талнокотларга мос холда ДБнинг ўчоқлари сезиларсиз даражадаги кўп соғли болаларда диаметри 20 мм дан кам бўлди. Диаметри 20 мм дан кам бўлган диссиди электр култувишлар сезиларли даражада кўп ошқозонда ва

иптичка ичак префексияда аниқланди, бу вақтда қатта диаметри ДБни ЕЖ қизибунгада бўлди (2-жадвал).

2-жадвал
Болаларнинг ошқозон ичак тизими ёт жиемлари, яъни дискли ва цилиндрлик батареякаларнинг қисбей таснифи

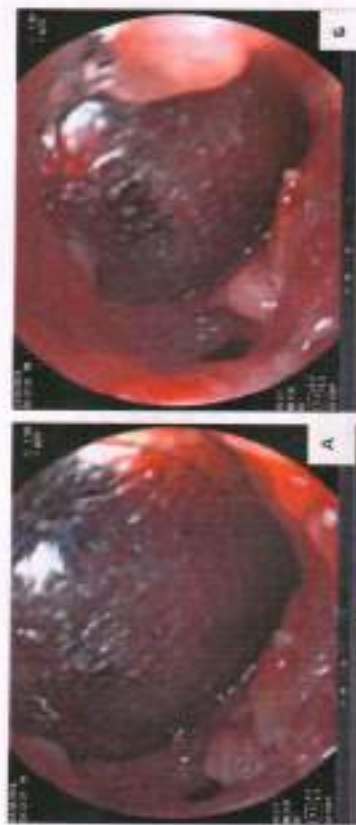
	2 елгача	2 смдан ортиқ
Дискли батареякалар, n %	61 (61%)	40 (39%)
Уртача ёш	2,52±0,26	2,32±0,29
Урпигуни	1,23±0,11*	3,72±0,78*
Анатомик жойлашуви		
кўрүнган, n (%)	4 (8%)	22 (55%)
ошқозон, n (%)	30 (59%)	13 (33,5%)
Нисбача ичак а, (%)	17 (33%)	5 (12,5%)
Цилиндрлик батареякалар		
Урпигуни	1	17
Анатомик жойлашуви		
кўрүнган, n (%)	—	1,23±0,13
ошқозон, n (%)	1 (100%)	10 (59%)
Узи, n (%)	—	1 (6%)
Нисбача ичак а, (%)	—	6 (35%)

Нисх. * - p=0,004

Булган ташқари, диаметри 20 мм дан катта бўлган ДБни болалар гуруҳида касалхонада даволаниш давомийлиги ишончли равишда юқори бўлди (p=0,004), бу ўз навбатида ДБни ОНТ нинг шиклик каитига тасирининг ривожланувчи оёбланиги билан боғлиқ бўлди, ЦБ узунлигининг ўзгариши 20 мм дан катта бўлишига қарамадан, улар кўпинча ошқозонда аниқланди. Бундан ташқари ЦБни болаларни касалхонада бўлиш давомийлиги, ДБни 20 мм дан кичик бўлган болаларни бўлиш давомийлигидан ишончли фарқ қилмади.

Кайд этишдики, ЦБ аниқланган болалар томонидан режалди мураккаблар бўлмади. Шу билан бир вақтда ДБни болалар 18% холларда 24 соат кезрок касалхонага мураккаб қилдилар. ОНТ да батареякалари бўлган болаларнинг умумий гуруҳида 75 (60,5%) холларда эндоскопик ретракция бажарилиди. 46 нафар (37,1%) болалар эл кузатишлар остида бўлди.

Уч нафар болаларда ошқозон жаррохлик амалиётлари бажарилиди, бу шу билан боғлиқ бўлдики, барча уч холларда ҳам ДБ 2 см дан катта бўлди ва қизибунгада ўртача 61 кун (3 кундан 120 кунгача) сакланди. Қизибунгаичинг шиклик каитига узоқ вақт ташқир этилиш натижаида барча болаларда оғир асоратлар кайд этишди (4-расмга қаранг). Тахлил натижалари кўрсатгани, 2 ёшдан кичик бўлган болаларда жаррохлик (ошик) амалиётининг талиб этувчи жиддий асоратларни ривожланиши хавфи, диаметри 2 см дан катта бўлган ДБни қизибунгада узоқ муддат жойлашувида 5 марта юқори бўлди.



4-расм. А, Б—2 ёш 9 ойли А жисмли беморнинг қизибунгаида 4 ой мудатда сакланган дискли батареяканинг эндоскопияси; В—шу беморнинг қизибунгаичининг йўлида жойлашган дискли батареяканинг интраоперацион амалиётининг тасвири

310 (29,6%) нафар болаларда турли ўткир объектлар аниқланди. Ўткир ёт жисмли УЕЖли болаларнинг ўртача ёши 4,5±0,28 ёш бўлиб, булар уларнинг аксарият қисми 3 елгача бўлган болалардир (n=193; 62,2%). Жуда кам холларда ОНТ да УЕЖ аниқланди (n=10; 3,2%), УЕЖлар орасида кўпинча игна ва игнасимон презиметлар (тўгноғич, стоматологик игна, сым ва х.к.лар) аниқланди, улар 92 нафар (29,7%) болаларда топилди. Тўгноғич, зирақлар 64 нафар болаларда (20,6%), соч тўгноғичлар 61 нафар (19,7%), миҳ, бурзиб қарувчи миҳлар 56 нафар (18%) болаларда аниқланди. Уйинчоқларнинг учини ўткир қисмлари, термометри ишга бўлган, еточи ва металл буюмлар камрок даражада аниқланди (n=18; 5,8%).

Юқорида кўрсатилган ЕЖ лардан ташқари, 7 нафар (2,3%) болаларнинг ОНТ да қалитлар топилди, уч нафариди (0,9%) усимликларни тиконли қисмлари ва 9 (2,9%) нафариди—учини ўткир девонхона буюмлари

тониди. 147 (47,5%) нафар болалар УЕЖ ютиб юборилган вақтдан бошлаб дастлаб 2 соат ичди, 135 (43,5%) нафар беморлар дастлаб 24 соат ичди ва 28 (9%) беморлар 24 соатдан кейин мурожат қилди. 121 (39%) нафар болаларда аниқланган симптомлар патологик бўлмади. ОИТ ЕЖларнинг бошқа турларида бўлган каби гиперсаливация (18,7%), кўнгил айниши (16,7%), кучиш (14,5%), дисфагия (10,3%) ва кам ҳолатда йўтил (8%), қоринда оғрик (3,8%), гипертермия (1,3%) ҳамда бир ҳолатда — тери ости эмфиземаси (0,3%) қайд этилди. Бирок ушбу симптомларнинг уларнинг анатомик жойлашуви билан корреляцияси ишончли кучсиз бўлди. ОИТ ЕЖ ли болалардан 173 ҳолатларда анатомик кузатишлар ўтказилди, 13 ҳолатда болаларда жарроҳлик амалиёти ўтказилди.

2014 йилдан 2019 йиллар даврида бизнинг клиникамизга магнитли ЕЖ ли 29 нафар болалар мурожат қилди. Аксарият кузатувларда магнитли ЕЖ ўғил болаларда аниқланди. Бунда мурожат вақтида рентгенологик текшириш натижаларига мос ҳолда МЕЖ ингичка ичакларда ва ошқозонда мос ҳолда 12 ва 11 ҳолатда кузатилди. Умуман кўп ҳолларда болаларга кечиктириб бўлмайдиган ва шоянанич тиббий ёрдам МЕЖ ютиб юборилгандан сўнг мос ҳолда — 13 (49%) ва 11 (38%) ҳолатларда кўрсатилди. МЕЖли клиник белгилар жуда суёт бўлди гиперсаливация (24%), дисфагия (21%), кўнгил айниши (28%) ва кучиш (31%) каби симптомлар қайд этилди. Яқка ҳолда учраган МЕЖли болаларда асоратлар қайд этилмади. 13 ҳолатда ОИТ органларнинг тешилиши ва МЕЖнинг турли даражасида ичаклар аро-оқма ярилар каби янгили асоратларни ринолактини окситатда очик жарроҳлик аралашувлари бажарилди.

РШТЕИМга ОИТ ЕЖ ташхиси билан келиб тушган 85 нафар болаларни тахлил натижаларига мос ҳолда уларда турли оқат қолдиқлари топилди, болаларнинг ўртача ёши 4,18 йилни ташкил этди (1 ойликдан 17 ёшгача) ва асосан ўғил болалар устуликка эга бўлди. Болаларда сезиларли даражада кўп ҳолларда гиперсаливация (79%), дисфагия (80%), кўнгил айниши (78%) ва кучиш (66%) қайд этилди. Буни шу билан тушунтириш мумкинлиги, касалхонага мурожат қилган вақтда устуликка эга бўлган аксарият ҳолатларда ташхис бўлиб (n=79; 93%) айнан кизилуғиғида ЕЖ хисобланади. Қолган 6 ҳолатда болалар жойлашган ўрни номалълум бўлган ОИТ ЕЖсига шубҳа билан касалхонага ётқизилди. Бундан ташқари, 19 (22,3%) нафар беморларнинг кизилуғиғида овқатни тутиб қолини учун анатомик мойиллик бўлди. Бунда улардан 10 нафаридан бу ҳолат кизилуғиғича кудийдан кейинги стриктуралари билан боғлиқ бўлди. Шу билан бир вақтда 9 нафар болаларда кизилуғиғича кимёвий суёион ёки атрезияси сабабли болаларда овқатни тутиб қолини учун анатомик мойиллик бўлди. эзофагопластика жарроҳлик амалиётлари ўтказилгандан сўнг кизилуғиғича стенози бўлди. Узининг тузилшини бўйича хавфли бўлган хайвон суяклари ОИТ ЕЖ ли 19 нафар болаларда аниқланди. Бу гуруҳдаги болаларнинг ёши, мева данаклари ва овқатнинг қомшоқ бўлаклари бўлган болалар гуруҳига нисбатан ишончли равишда юқори, мос ҳолда, $p=0,002$ ва $p=0,02$ бўлди. 13 ҳолатда ОИТ дан хайвон суяклари ажратиб олинди, бундан 12

ҳолатда жарроҳлик аралашувлари бажарилди. Қолган 4 ҳолатда динамик кузатишлар ўтказилди, чунки ОИТ ning кўриш имкони бўлган юқори юксемларда ўтказилган эндоскопик текширишлар вақтида ЕЖ аниқланмади.

Диссертациянинг «Болалардаги ошқозон ичак тизими ёт жисмлари асорат преедикторларининг натижаларига» деб номланган туртинчи бобда даволашнинг эндоскопик усуллари, жарроҳлик аралашувлари, шунингдек динамик кузатиш натижалари ёритилган. Таъкидотлаш олинган натижалар асосида ОИТ ЕЖли болаларни даволашнинг ишлаб чиқилган алгоритми тақдим этилган. Тахлил натижаларига мос ҳолда 2014 йилдан 2019 йилларгача бўлган беш йиллик даврида динамик кузатишлар ОИТ ЕЖли болаларнинг учдан бир қисмида (n=293; 28%) ўтказилди. Даволашнинг эндоскопик усуллари 711 (68%) нафар болаларда қўлланилган ва 42 (4%) нафар беморларда очик жарроҳлик аралашувлари бажарилган. Аксарият ҳолатларда эндоскопик даволаш усуллари бажарилган, бунини шу билан тушунтириш мумкинлиги, аксарият кўп ҳолатларда болалар болаларга ЕЖ ютиб юборилгандан кейинги биринчи кунда мурожат қилдилар (n=896; 85,5%). Бундан ташқари, мурожат қилганлар орасида беморларнинг сезиларли қисмида солиб боришдан текширишларда ЕЖ кизилуғиғича (n=398; 38%) ва ошқозонда (n=327; 31%) даражасида бўлди, шу билан бир вақтда қандилар кам инвазив аралашувларсини динамик назорат ўтказилган болалар орасида ЕЖ ингичка ичак даражасида бўлди (n=284; 88%). Бундан ташқари, 42 нафар жарроҳлик аралашуви ўтказилган болалар орасида 6 нафариди (14%) ЕЖ кизилуғиғида жойлашган. Шу билан кизилуғиғида жойлашганин инвазив аралашувларга энг ахамиятган мезон каби белгиланди. Инвазив даволанишлар, айниқса очик жарроҳлик аралашувида кўрсатма шартлида, кам бўлмаган ахамиятта эга бўлган бошқа мезон бўлиб, ЕЖнинг тини хисобланди. 42 нафар жарроҳлик амалиёти ўтказилган болалар орасида аксарияти УЕЖли бўлишига қарамасдан (n=13), жарроҳлик аралашувининг эҳтимолини энг кўп сондаги (3,45%) ва ДБни ютган (2,42%) болалар орасида юқори бўлди. Анатомик жойлашуви ва ЕЖ тини каби ушбу параметрларини бирга келтиришда, очик жарроҳлик аралашувига энг ахамиятган мезон бўлиб, кизилуғиғида жойлашган ДБ бўлди, чунки кизилуғиғида жарроҳлик аралашуви ўтказилган 6 нафар болалар орасида 3 ҳолатда ДБ кизилуғиғида бўлди. Уш уч ҳолатдан иккитасидан УЕЖли болалар орасида ЕЖ, УБИ сохасида жойлашди, бу эҳтимоли органнинг анатомик тузилмаси ва уни қорин орти бўлишида жойлашгани билан боғлиқлиги, бу тас уни ОИТ ning бошқа барча органларидан ажратиб туради.

Очик жарроҳлик аралашуви бажарилган болаларнинг ўртача ёши эндоскопик даволаш ва динамик кузатишлар гуруҳидан ишончли фарқ қилмаслигига қарамасдан жарроҳлик амалиёти ўтказилган болалар орасидаги 70% ҳолатда болаларнинг ёши 3 ёшдан кичик бўлади. Бундан ташқари очик жарроҳлик усули билан даволашда унча кам бўлмаган ахамиятли преедиктор бўлиб болаларни ЕЖ ютиб юборилгандан кейин

муружат қилган мурдаги ҳисобланади. Динамик кузатишлар ёқул эндоскопик даволаш ўтказилган болаларга нисбатан, жарроҳлик усули билан даволаш бажарилган болаларнинг муружат мурдатлари нисбатан юқори (4682:3589,3 с) бўлди. Бундан ташқари, эндоскопик даволаш бажарилган болалар орасида 85,5% ҳолатда болалар биринчи кулдак муружат қилганлар, жарроҳлик амалиёти ўтказилган болалар орасида эса фақат икки нафар (16,6%) биринчи кун муружат қилганлар. Аммо шунга қарамай, таҳлиллар жарроҳлик амалиёти ўтказилган болалар орасида касалхонага муружат қилиш мурдатларининг кучсиз иккундй қорелляцияи алоқасини кўрсатди (3 - жадвалга қараат).

3-жадвал
Ошқозон ичак тизими ёт жисмлари тури ва болалардаги клиник-анатомик тавсифдан жарроҳлик аралашувиши бажаришини боғлиқлигини

Кўрсаткичлар	r	p
Еши	0,037	0,228
Касалликнинг анатомийлиги	0,341	0,0001
Ошқозон ичак тизими ёт жисмининг жойлашуви	0,019	0,515
Ёт жисмларнинг турлари		
Энокер қувиқчалар (бипарасивалар)	0,044	0,157
Ошқозон ичак тизими	0,009	0,777
Овқат бўлаклари типлиги	0,034	0,277
Матригллар	0,036	0,239
Тўғроқ жисмлар	0,019	0,639

1046 нафар бемордан ОИТ ЁЖ лари асорати билан кечувчи ва жарроҳлик амалиётини ўтказиш лозим бўлган ҳолатлар 42 нафар (4,01%) беморда ўтказилди. Бизнинг таҳлилларимизга асосан жарроҳлик амалиётига ўтқир ёт жисмлар кўпроқ сабаб бўлган. (4 - жадвалга қараат).

4-жадвал
Ошқозон ичак тизими ёт жисмдан жарроҳлик амалиёти ўтказилган болаларнинг тавсифи

№	Ёт жисмларининг турлари	сони	асорати
1	Тўғроқ востта (ДБ)	3	удов.
2	Ўтқир ёт жисм	13	удов.
3	Беморлар	1	удов.
4	магнитлар	13	удов.
5	мураккаб ёт жисмлар	12	удов.

Ишак, ДБ - анатомик бипарасива, ЎЖ - ўтқир ёт жисм

ОИТ ЁЖ ли болаларини даволашда болалар тўрлаган тажриба, жакон илмий алабийетларини обзори ва алабийет текшириш натижалари ОИТ ЁЖ ининг турли типларда болаларини даволаш усулларини танлаб олиш ва таххислашга детерминацияланган ёлдошунинг оптималлаштирилган алгоритминини шллаб чиқиш учун илкон берди (DGU 13247 сонли гувоҳнома).

2014 йилдан 2019 йиллардаги беш йиллик динамика кузатишларда болалар томонимиздан таххиф этилган асоратини куллаш, ОИТ ЁЖли учун бир ксим болаларда ўтказилди (n=293; 28%). Эндоскопик даволаш усуллари 711 (68%) нафар болаларда кулланилди ва 42 (4%) нафар беморларда очик жарроҳлик аралашувлари бажарилди. Аксарият кўп ҳолатларда эндоскопик даволаш усули қўлланилди, бунга аксарият кўп ҳолатларда болаларини болларга ЁЖ ни ютаиб юборганларидан сўнг биринчи кунларда муружат қилганликлари билан тушутириш мумкин (n=896; 85,5%). Бундан ташқари, муружат қилганлар орасида беморларни сезиларли ксимда ўтказилган текширишларда ЁЖ кимдунга (n=398; 38%) ва ошқозон (n=327; 31%) ларжасида бўлди. Шу билан бир вақтда кандайдир ким инвазив аралашувларсиз динамика назорат ўтказилган болалар орасида, аксарият ксимда ЁЖ ниғичка ичак даражасида (n=284; 27%) бўлди. Таххислаш алгоритмининг нури ва эндоскопик усулларини ксимга кет куллашга, ЁЖли болалардаги мураккаб турли юклари кимайтиришга бўлган кўрсаткичларини белгилабди, шунингдек ёт жисмларини жойлашган ўринини, ҳаракатланган динамикасини, ораганлар деворига шикастлантурувчи таххир таххифини ва асоратларини ривожланишини ҳисобга олиш билан даволаш тактикасини оптималлаштирилди.

Хулоса қилиб шунини таъкидлаш лозимки, иктисодий нуқтан назардан болалар таххиф этиш тактика беморлардаги 38%гача ҳолатларда ўринлар кунини киекертаришга имкон беради, улар рентгенология куллашсиз, уй шароитида ва амбулаторини тартибда кузатилади, тактика кулланилгандан сўнг беҳуда ўтказилган рентгенология текширишлар тўхтатилади. Касалхонага муружат қилишнинг детерминацияланган даволашнинг рационал усулларини ЁЖ типини ва боланинг ёшини асбоб-ускуналар билан текшириш орқали танлаб олиш, ОИТ ЁЖли болаларини даволашнинг муваффақият гарови бўлиб ҳисобланади.

ХУЛОСАЛАР

«Болаларда ҳам тизими ёт жисмларининг таххисоти ва даволаш тактикаларини» мавзусидаги тиббий фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) илмий даражасини олиш учун бажарилган диссертация иши натижалари бўйича қуйидаги хулосалар берилди:

1. Болалар томондан ЁЖ ларни ютиб юбориш кўпича икки-беш ёшлар ўртасида ютади келади. Шахсий таххилларга мос ҳолда ОИТ ЁЖли текширилган болалар орасида кўпича Уғил болалар устуналикка эга бўлади (60%). Беморларининг ўртача ёши 4,28±0,11 ни таъкидла элди. Энг кўп

АСАДУЛЛАЕВ ДОННЕР РАВШАН УҒЛИ

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ
ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

14.00.40 – Экстренная медицина

АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ
ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (РФД) ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ

ТАШКЕНТ – 2022

1-3 ёшлик болалар мурожаат қилдилар (43%). Бундан ташқари 2014 йилдан 2019 йилгача бўлган даврда ОИТ ЁЖли болалар миқдорини 126%га ортишни қайд этилди. Беш йил давомида баъзилар олиб борган кузатишларимизда энг кўп ҳолларда ОИТда турли қийматга эга бўлган таниқлар ва бошқа тўтук предметлар билан ЁЖли беморлар энг кўп – 497 (47%) мурожаат қилдилар. Уттир буюмлар 310 (30%) болаларда аниқланди. Сениларни қан ҳолатларда 3%гача, магнитли уяничоклар/ширеклар аниқланди. Асоратларни ривожланиш эҳтимолида 12%гача энг хавфли бўлиб баъарейкалар хисобланди.

2. Кичик ёшдаги беморларда қизилуңғичда жойлашган ёт жисмлар турларидан, вактдан, физик- кимёвий хусусиятларидан қатий назар ўта хавфли асоратларга олиб келади ва очик жаррохлик аралашувлари баъжарилишига сабаб бўлади.

3. ОИТ ЁЖнинг клиник манифестацияси уларнинг анатомик жойлашуви билан сезиларли даражада боғлиқ бўлди. Ёшга боғлиқ бўлмаган ҳолда айниқса болаларда очик жаррохлик аралашувларини таллаб эгали. ЎБИИдаги ёт жисмларнинг 80%гачаен бу-ўттир предметларлар. Бунда 17% ҳолатларда жаррохлик корреляциясини таллаб этувчи асоратлар ривожланиши мумкин. Ёшнинг кузатишларимиз кўрсатдики, икки ва ундан ортик миқдордаги ОИТ ЁЖ жаррохлик аралашувини таллаб эгали.

4. Жаррохликда ОИТ ЁЖли болалар учун эндовизуал технологияни жорий этилиши ичакларни шикастланиш тавсифи ва касалликни ташхислаш ҳамда даволани шифатини ахшилашга имкон беради ва бу билан жаррохлик амалиётидан кейинги маҳсул асоратлар сонин 20%дан 19,9% гача камайтиради, яхши натижалар улушини 73,2%дан 98,2%гача оширади. Самаралорини 98%ни ташқил этгай, ОИТ ЁЖли болаларни эндоскопик даволани энг афзали бўлиб хисобланади. Болалардаги ОИТ ЁЖда даволаниниг эндовизуал жаррохлик фаоллигини ошириш, анъанавий усуллар улушини 25,3%гача кескин камайтирганда олтимал усулни таллаб олишга тактик эндовизуал тузилмасини ўзгартиришга имкон беради.

5. Ишлаб чиқилган алгоритм беморни ёши, ОИТда ёт жисмини тури ва жойлашган жойи рационал даво эндовизуви таллаб олишга имконини беради. Болалардаги ОИТ ЁЖда даволаниниг эндовизуал жаррохлик фаоллигини ошириш, анъанавий усуллар улушини 25,3%гача кескин камайтиргали.

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за номером №ВР-2019-4-РФ/07-ГВ-1050.

Диссертационная работа выполнена в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи

Авторский сертификат на двух языках (узбекский, русский, английский) (резюме) размещен на веб-странице научного совета: (www.elpm@elpm.uz) в информационно-областном портале «E-uzinfo» (www.elpm.uz)

Научный руководитель:

Ахмед Халибова Атауллович
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Хаджибаев Фарид Абдухамитович
доктор медицинских наук, профессор

Эргинев Бахтиёр Бердиалиевич
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация:

Анжлийский государственный медицинский институт

Защита состоится 20.09.2022 г. в 14 часов на заседании Перечисленного совета ДК 04-20-12.2019 (13.63.01) при Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи (Адрес: 100113, Ташкент, Батальонный район, Катаньская бульв.2. Тел.: (+99878) 150-46-00; факс: (+99878) 150-46-05; e-mail: elpm@elpm.uz).

С диссертацией можно ознакомиться в информационно-ресурсном центре Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (зарегистрирована за №63). Адрес: 100112, Ташкент, Басиларский район, ул. Катаньская бульв. 2. Тел.: (+99878) 150-46-00; факс: (+99878) 150-46-05.

Авторский сертификат размещен на elpm 2022 года
(веб-страница портала elpm по elpm 2022 года)



А.М. Халибова
Председатель научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

А.Х. Атапов
Ученый секретарь научного совета по присуждению ученых степеней, доктор философии по медицинским наукам (PhD)

Б.К. Арипов
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. Исходные тела (ИТ) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) являются одной из наиболее сложных клинических проблем, с которыми сталкиваются детские хирурги, гастроэнтерологи. По литературным данным, ИТ ЖКТ у детей встречаются достаточно часто, при этом основную группу составляют пациенты до 5 лет¹. Большинство ИТ в ЖКТ, вне зависимости от способа их происхождения, проходят пищеварительный канал беспрепятственно, без осложнений. В то же время задержка ИТ на любом уровне ЖКТ может привести к развитию тяжелых осложнений. В последние годы, в связи с широким распространением бытовой электроники, содержащей мелкие источники питания и магнитных конструкторов, увеличилось количество ИТ, оказывающих выраженное патологическое воздействие на органы ЖКТ. Современные методы диагностики ИТ позволяют значительно сократить время динамического наблюдения и своевременно оказывать специализированную помощь. В то же время результаты клинических наблюдений свидетельствуют о том, что отсутствие четких алгоритмов действий при ИТ ЖКТ могут приводить либо к несвоевременной выжидательной тактике и, как следствие, к возникновению осложнений, либо к неоправданно расширенному хирургическому вмешательству. Развитие передовых технологий в медицине привело к поиску новых способов лечения детей с рассматриваемой патологией, позволяющих избежать ИТ, не прибегая к травматичным операциям.

В настоящее время в мировой практике экстренной медицины целенаправленно проводится множество исследований по изучению клинико-диагностических характеристик и лечебных аспектов у детей с ИТ ЖКТ. На современном этапе развития отечественного здравоохранения проводится множество мер, направленных на улучшение результатов лечения детей с острой абдоминальной хирургической патологией за счет внедрения современных технологий диагностики и лечения. В этом направлении, в частности, улучшение качества диагностики, инвазивных и мининвазивных методов хирургического и эндоскопического лечения детей с ИТ ЖКТ, достигнуты положительные результаты. Тем не менее, для совершенствования системы экстренной медицинской помощи требуются научно обоснованные результаты применения новых малоинвазивных методов хирургического и эндоскопического лечения ИТ ЖКТ у детей.

В стратегическом плане приоритетным направлением развития Республики Узбекистан на 2017–2021 годы включены задачи по развитию и совершенствованию системы медико-социальной помощи уязвимым категориям населения для обеспечения их полноценной жизнедеятельности².

¹ Kozlov R.E., Lerner D.G., Liu T et al. Management of ingested foreign bodies in children: a clinical report of the NASRCP/AN Gastroscopy Committee. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2015; Apr; 60(4):562-74. doi: 10.1097/MPG.0b000000000000029; PMID: 25611037

² Указ Президента РФ от 07.02.2017 г. № УП-967 «О стратегии действий по достижению целей устойчивого развития Республики Узбекистан (См. также www.uzstat.gov.uz)»

Реализация данных задач, в том числе путем факторного анализа осложнений при ИТ ЖКТ у детей и совершенствования тактических аспектов профилактики, диагностики и ведения осложнений, является одним из актуальных направлений ввиду высокой клинической значимости этой патологии в детской хирургии.

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

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики № VI «Медицина и фармакология».

Степень научности проблемы. Иностранные тела ЖКТ являются распространенной проблемой в педиатрии, согласно данным Американской ассоциации центров по контролю жалобных веществ, 75% из 116 000 документированных ИТ приходится на детей до 5 лет. Путь внедрения ИТ в ЖКТ разнообразен. Согласно данным Palla et al., умышленное заглатывание ИТ в 92% случаев наблюдается среди взрослых. В отличие от них дети заглатывают ИТ в 98% случаев спонтанно, при этом в основном это объекты ежедневного обихода, такие как монеты, ювелирные изделия, игрушки, магниты и батарейки. В зависимости от вида, размера ИТ, а также физиологических особенностей на его пути эти предметы могут свободно проходить по ЖКТ или задерживаться на определенном уровне, и в 10-20% случаев появляется необходимость в эндоскопическом или хирургическом извлечении их. Согласно данным различных исследователей, более 75% всех ИТ внедряются в верхнюю треть пищевода.

Учитывая анатомо-физиологические особенности детского возраста, повреждения пищевода ИТ представляются наиболее опасными. Ранения стенки пищевода встречаются в 8-10% случаев ИТ. Вследствие отсутствия серозной оболочки в пищеводе глубокое ранение его стенки быстро осложняется перифорацией, а перфорация стенки приводит к медиастиниту, подкожной эмфиземе. Риск грозных осложнений значительно повышается при определенных типах ИТ ЖКТ и длительности фиксации ИТ в пищеводе.

Клинические проявления внедрения ИТ ЖКТ могут быть разнообразными и неспецифичными, при этом симулировать дыхательные, диспепсические расстройства. С другой стороны, они могут быть абсолютно бессимптомными, и пациенты обращаются в стационар только из-за

предположений или визуального свидетельства сопровождающего лица в проглатывании ИТ ребенком.

Современное выявление и локализация заглатываемых ИТ важно для определения соответствующего лечения, так как некоторые из видов проглатываемых ИТ требуют срочного удаления, тогда как другие можно лечить консервативно. В частности, дисковые батарейки в пищеводе несут высокий риск травмы пищевода или нервного, несколько проглоченных магнитов могут притягиваться друг к другу через стенки кишечника и вызывать перфорацию кишечника и образование свища, острые предметы обычно вызывают осложнения при прохождении через ЖКТ. Соответственно, эти проглоченные ИТ требуют агрессивного клинического лечения, и поэтому рентгенологи и детские хирурги должны быть знакомы с методами их визуализации и способами экстракции. Проблема в том, что не все ИТ рентгенопозитивные, в частности, 35% и более ИТ ЖКТ являются рентгено-негативными. Пластиковые объекты и аналогичные предметы, как правило, рентгено-негативные, поэтому большинство маленьких игрушек невозможно увидеть на обычных рентгенограммах. Другие материалы, в том числе многие потенциально вредные объекты, такие как большинство рыбьих костей, растительный материал (дерево, осколки, шишки) и даже алюминий, обычно рентгено-негативные. Следовательно, отсутствие ИТ на обзорной рентгенограмме не означает, что пациенту ничего не грозит. При ведении детей с подозрением на проглатывание рентгено-негативного ИТ руководствуются прежде всего клиническими сингтомами. Дополнительная оценка изображений с помощью КТ или рентгеноскопией может быть указана в случаях подозрения на осложнения, но бессимптомные пациенты обычно могут получать лечение консервативно.

Таким образом, лечение детей с ИТ ЖКТ является одной из актуальных проблем, с которой сталкиваются детские хирурги, гастроэнтерологи, радиологи. Сложность ситуации заключается еще в том, что в литературе недостаточно проспективных, мультицентровых исследований, которые могли бы дать основание для разработки конкретных методов диагностики и лечения ИТ ЖКТ. Кроме того, несмотря на многочисленные исследования, обоснованность выполнения различных методов эндоскопического удаления ИТ из ЖКТ, вопрос лечения ИТ средних отделов тонкой кишки у детей остается открытым.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Целью исследования является изучение клинических и диагностических характеристик с различными типами инородных тел ЖКТ у детей и разработка рациональной тактики лечения.

диагностических методов с доказанной клинической эффективностью и на эффективных малоинвазивных и эндоскопических методах.

Достоверность результатов исследования подтверждена современными, широко используемыми и практичные клиническими, рентгенологическими, эндоскопическими и статистическими методами исследований. Полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

Научная и практическая значимость результатов исследований:

Научная значимость результатов исследования заключается в том, что полученные заключения, выводы и предложения вносят существенный вклад в современные достижения диагностики и хирургического лечения ИТ ЖКТ у детей. Определены особенности клинических проявлений и частота различных видов ИТ ЖКТ у детей, а также предложены наименее травматичные методы их верификации. Изучены особенности эндоскопических проявлений поврежденной слизистой ИТ ЖКТ. Отдельные результаты работы дадут возможность усовершенствования содержания и структуры программы обучения мастеров, клинических ординаторов и курсантов по тематикам, посвященным патогенезу, клинике, диагностике и методам хирургического лечения ИТ ЖКТ у детей.

Практическая ценность работы заключается в том, что применение предложенной тактики диагностики и лечения ИТ ЖКТ у детей позволит снизить частоту развития осложнений, требующих открытых хирургических вмешательств, тем самым позволит улучшить качество их жизни и уменьшить частоту инвалидизации детей.

Внедрение результатов исследования:

По результатам научного исследования по улучшению диагностики и хирургического лечения детей с ИТ ЖКТ:

разработаны методические рекомендации: «Батарейки в желудочно-кишечном тракте у детей. Метод диагностики и лечения» (закрепление Министерства здравоохранения 8 н-д-322 от 06 октября 2021 года). Предложенные рекомендации позволили улучшить качество диагностики дисковых и цилиндрических батареек в ЖКТ у детей, выявить пациентов с высоким уровнем осложнений, требующих открытых хирургических вмешательств;

полученные научные результаты по диагностике и лечению детей с дисковыми и цилиндрическими батарейками в ЖКТ внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в Бухарской и Каракалпакской филиалы РНЦЭМП (закрепление Министерства здравоохранения 08/09/19740 от 14 декабря 2021 года). Примененные предлагаемой тактики обследования и лечения детей с Дб в желудке в первые 12 часов после обращения в стационар позволяет уменьшить частоту развития осложнений с 19% до 0%. Выполнение эндоскопической ретрографии в первые два часа после проглатывания Дб

Задачи исследования:

изучить распространенность и структуру ИТ ЖКТ у детей на современном этапе.

изучить клинико-инструментальные характеристики ИТ ЖКТ в зависимости от возраста детей, сроков обращения в стационар, типа ИТ и их анатомической локализации;

изучить осложненные формы ИТ ЖКТ у детей и определить их факторы риска;

провести сравнительный анализ эффективности различных способов удаления ИТ ЖКТ и выбрать наиболее эффективный метод лечения;

разработать алгоритмы диагностических и лечебных мероприятий для различных видов ИТ.

Объектом исследования явились 1046 детей с ИТ ЖКТ в возрасте от 1 месяца до 18 лет, обследованные и пролеченные за 2014–2019 гг. в отделении экстренной хирургии детского возраста Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Предмет исследования – структурные характеристики инородных тел ЖКТ, их анатомическое расположение, методы исследования и результаты эндоскопического и хирургического лечения.

Методы исследования. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы исследований: инструментальные (рентгенологические, УЗИ), эндоскопические, компьютерно-томографические и статистические.

Научная новизна исследования:

определены частота и раскрыты характер и анатомо-функциональные особенности и клинические проявления определенных видов ИТ ЖКТ у детей, детализированы рентгенологические дифференциально-диагностические критерии дисковых батареек у детей; впервые на большом клиническом материале проведено изучение эндоскопических характеристик патологического воздействия различных ИТ на органы ЖКТ и вызванных ими осложнений;

сформулирована концепция и разработан алгоритм лечебно-диагностических мероприятий для ИТ ЖКТ у детей.

Практические результаты исследования заключаются в следующем: усовершенствована методология верификации дисковых батареек от монет при рентгенологическом исследовании у детей с ИТ ЖКТ; определены факторы риска развития осложнений при различных ИТ ЖКТ у детей, требующих выполнения открытых хирургических вмешательств;

определена эффективность эндоскопических методов лечения (эндоскопической фрагментации и проталкивания) при различных типах ИТ и их различной локализации в ЖКТ;

разработан и предложен в практическое здравоохранение диагностический и лечебный алгоритм для пациентов с ИТ ЖКТ. Каждый этап предложенного алгоритма будет основан на использовании современных

позволяет сократить сроки пребывания в стационаре детей в среднем с 4,5 суток до 2 дней относительно детей, которые обращаются позже 24 часов.

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

Публикации результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 11 научных работ, в том числе 4 журнальных статьи, 1 из которых – в республиканских и 3 – в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов диссертаций, а также 7 тезисов, 1 патент на программу для ЭВМ, 1 сборник методических рекомендаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, выводов, списка цитированной литературы. Объем текстового материала составляет 132 страницы.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснована актуальность и востребованность диссертационной работы, сформулированы цель и задачи исследования, приводятся научная новизна и научно-практическая значимость результатов, представлены сведения об апробации и опубликованных результатах работы, объеме и краткой структуре диссертации.

В первой главе «**Проблема диагностики и выбора метода лечения инородных тел ЖКТ у детей**» приведен обзор литературы, состоящий из трех подглав, в которых приводятся сведения о распространенности и структуре инородных тел ЖКТ у детей. Также изложен обзор литературных данных, посвященный спорным вопросам при определенных вариантах ИТ ЖКТ у детей. Представлен выбор тактики лечения, а также дискуссионные задачи, требующие дальнейших исследований.

Во второй главе «**Клиническая характеристика материала и использованных методов исследования**» приведена общая характеристика клинического материала и методов исследования. Работа основана на анализе проведенных исследований у 1046 детей с ИТ ЖКТ в возрасте от 1 месяца до 18 лет, обследованных и пролеченных за 2014–2019 гг. в отделении экстренной хирургии детского возраста Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Согласно анализу, среди обследуемых больных ИТ ЖКТ чаще отмечались среди мальчиков (60%). Средний возраст пациентов составил $4,28 \pm 0,11$ (n=1046). Наиболее часто дети обращались в возрасте 1–3 лет (43%). При поступлении в отделение состояние у большинства больных 831 (79,5%) расценено как средней тяжести, у 212 (20,2%) – у детей отягощенное и только у троих (0,3%) – как тяжелое.

Учитывая тот факт, что ИТ могут быть обнаружены в любом отделе ЖКТ, мы для объективного анализа применили стандартную классификацию, основанную на анатомической локализации (МКБ-10; T18) (Рис. 1).

С целью стандартизации диагностики и методов лечения в данном исследовании ИТ ЖКТ были разделены на следующие категории (рис. 2): монеты и другие тупые предметы; острые объекты; батарейки (в том числе и дисковые); магнитные игрушки/шарики; задержка слюны; беззубы.



Рис. 1. Распределение инородных тел в ЖКТ

Рис. 2. Виды инородных тел ЖКТ у детей

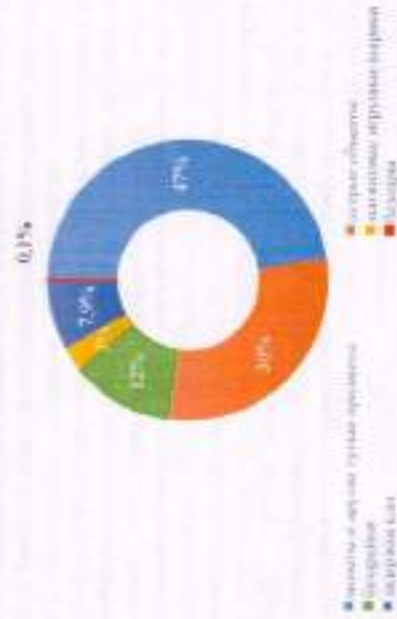


Рис. 2. Виды инородных тел ЖКТ у детей

У 1046 детей наиболее часто встречались монеты различного достоинства и другие тупые предметы – 497 (47%) обследованных и острые предметы – 310 (30%) больных. Значительно реже отмечались магнитные игрушки/шарики (29), задержка слюны (85) и беззубы (1). Наиболее опасные в плане развития осложнений – батарейки выявлены у 124 детей (12%).

Дети, поступившие с подозрением на ИТ ЖКТ, обследовались согласно клиническому протоколу «Руководство по оказанию экстренной медицинской помощи» (под редакцией профессора Халджибасва А.М.) по диагностике и лечению ИТ ЖКТ у детей.

При обращении детей с подозрением на ИТ ЖКТ изучали жалобы, характерности инородного тела, определение времени с момента проглатывания до момента обращения и перичного лечения (эндоскопического или открытого).

В зависимости от времени обращения детей ИТ в стационар определены три категории: менее двух часов с момента клинических проявлений – **неотложное обращение**; от 2 до 24 часов с момента клинических проявлений – **экстренное обращение**; более 24 часов с момента клинических проявлений – **медленное обращение**.

Согласно протоколу, детям с ИТ ЖКТ выполнены следующие методы исследования: **рентгенологические исследования** (рентгенографии органов грудной и брюшной полости; рентген-контрастное исследование ЖКТ); **эндоскопические исследования** ЖКТ (эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия), **мультипланарная компьютерная томография**.

Рентгенологические исследования. С целью определения локализации инородного тела желудочно-кишечного тракта был применен комплекс лучевых методов диагностики. Всем детям с подозрением на инородное тело ЖКТ выполнялись рентгенологические обследования органов грудной и брюшной полости. Исследование проводили на аппарате «Shimadzu FlexaVision (Япония). При диагностике инородных тел желудка и тонкого отдела пищевода проводили полипозиционную рентгенографию из-за проекционного наложения тени плечевого пояса. Если инородное тело пищевода не выявлялось при нативном исследовании, применяли контрастный барийный контраст (Юнигескол). Контрастирование желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) выполняли для уточнения локализации ИТ, при подозрении на безбар, а также после удаления магнитных ИТ для определения заткса в свободную брюшную полость. Контрастирование проводилось водорастворимым контрастом. Всем детям с ИТ в кишечнике выполнялась динамическая рентгенография (до 3 снимков) для контроля за их перемещением по ЖКТ.

Эндоскопическая дуоденоскопия (ЭДДС). Эндоскопическое исследование ЖКТ выполняли согласно общепринятым в детской хирургии принципам. ЭДДС у детей с ИТ желудочно-кишечного тракта выполняли под интубационным наркозом эндоскопом фирмы «Pentax» EPK-35000 (4–6,0 и 9,0 мм) (Япония). Во время исследования определяли цвет слизистой оболочки пищевода, желудка и ДПК, наличие налетов, валижений фибрина, экссудата, кровоточивости, эрозий, язв, рубцов и т.д. При визуализации инородного тела через биопсионный канал эндоскопа вводили необходимые инструменты. Плотные ИТ (детали игрушки) извлекались с помощью диагностической петли или захвата «крючковый зуб». Круглые инородные тела (шарики) извлекались с помощью корзинки Дормана. После экстракции ИТ из

верхних отделов ЖКТ выполняли контрольную ЭДДС для оценки состояния слизистой оболочки в месте их локализации.

Колоноскопия. Подготовка к колоноскопии также проводилась по общепринятым в детской хирургии принципам. Детям исследование проводилось под наркозом эндоскопом фирмы «Olympus KCT – 1401 (Япония) с наружным диаметром 11 мм. Исследование осуществляли в положении ребенка на спине и использовали ротационный способ проведения колоноскопии по толстой кишке. Во время обследования визуализировали инородное тело и с помощью дополнительных инструментов извлекали его вместе с эндоскопом. Круглые инородные тела извлекали с помощью корзинки Дормана.

Мультипланарная компьютерная томография. В сложных ситуациях для определения топографического положения определенных ИТ выполняли мультипланарную компьютерную томографию заинтересованной области (грудной клетки, брюшной полости) выполняли на аппарате «Siemens Somatom retrace» (Германия) с толщиной реконструированного изображения от 1 мм.

Чаще всего при ИТ ЖКТ у детей выполнялось минимальное эндоскопическое лечение. В большинстве случаев методом выбора являлась эндоскопическая ретроградия, которая выполнена у 684 (65%) детей, кроме того, 14 (1,3%) пациентам выполняли эндоскопическое проталкивание в более дистальные отделы и фрагментация ИТ на мелкие кусочки у 13 (1,1%) детей. В таблице 1 представлен характер методов лечения, выполненных детям с ИТ ЖКТ.

Таблица 1
Характер вмешательства, выполненных у детей с инородными телами желудочно-кишечного тракта

Вид лечения	n (%)
Эндоскопическое лечение	711(68%)
Динамическое наблюдение	293(28%)
Открытое хирургическое лечение	42(4%)
Всего	1046 (100%)

Статистический анализ полученных результатов обследования и лечения проводили с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistics (Version 23.0, SPSS Inc., Чикаго, Иллинойс). Количественные переменные были выражены в виде медианы и межквартильных диапазонов. Сравнение количественных переменных проводилось с использованием независимого критерия Стьюдента. Корреляция развития осложнений при определенных видах ИТ с другими параметрами была выполнена с использованием коэффициента корреляции Пирсона. Значение P менее 0,05 считалось статистически значимым.

Третья глава диссертации «Клинико-инструментальная характеристика детей с инородными телами желудочно-кишечного тракта» состоит из двух глав, где представлены результаты анализа по распространённости и клиническим проявлениям ИТ ЖКТ в целом, а также проведен детальный анализ клинико-диагностических особенностей при различных ИТ ЖКТ у детей.

Согласно исследованию, за 5-летний период обратились 1046 детей с различными инородными телами ЖКТ. Согласно анализу, отмечается ежегодный прирост числа обращений детей с различными ИТ ЖКТ. Так, в 2014 году в стационар госпитализировано 134 ребенка с ИТ ЖКТ, а уже в 2018 году количество обращений достигло 303, тем самым увеличилось на 126%.

При анализе локализации ИТ в ЖКТ наиболее часто они определялись на уровне пищевода (38%), желудка (31%) и тонкой кишки (28%). На уровне глотки, ДПК и толстой кишки ИТ определялись значительно реже. В большинстве наблюдений ИТ ЖКТ были единичными. У 17 (1,6%) детей выявлены множественные ИТ. Из числа 17 детей с множественными ИТ ЖКТ чаще при обследовании выявлялись острые предметы (n=6). У четверых детей при обследовании выявлены множественные монеты. Достоверных различий в возрасте детей с множественными ИТ (3,26±0,97 лет) и единичными ИТ ЖКТ (4,29±0,11) нами не обнаружено. Однако отмечено, что среди пациентов с множественными ИТ ЖКТ значительно чаще преобладали мальчики – 76%, тогда как в группе детей с единичными ИТ ЖКТ такого выраженного различия не выявлено (мальчиков – 59%, девочек – 41%). Кроме того, в отличие от единичных ИТ, в большинстве наблюдений множественные ИТ определялись в желудке (n=9; 53%) и значительно реже – в пищеводе (n=4; 23,5%) и на различных отделах тонкой кишки (n=4; 23,5%).

По срокам обращения в стационар дети распределялись следующим образом: в первые сутки обратилось 896 (85,5%) пациентов, в первую неделю – 123 (11,7%), в последующий месяц – 17 (1,6%), до 12 месяцев – 8 (0,7%), а двое (0,1%) пациентов – более чем через год, при этом в одном наблюдении, согласно данным анамнеза, инородное тело простояло в ДПК около 5 лет. Несмотря на то, что в большинстве случаев дети были госпитализированы в стационар в первые сутки госпитализации ИТ, отмечены случаи длительного пребывания ИТ в ЖКТ. Это, в свою очередь, было обусловлено риском причин, среди которых значимыми являются возраст детей, неспецифичность клинических признаков заболевания и неправильная интерпретация результатов исследований.

Анализ свидетельствует, что синтомы, наблюдаемые у детей с ИТ ЖКТ, такие как дисфагия, тошнота, рвота, гиперсаливация, боли в животе, являются относительно частыми, но не специфичными. В частности, корреляционный анализ типов ИТ ЖКТ с их клиническими проявлениями не выявил достоверных закономерностей. Напротив, клиническими проявлениями ИТ ЖКТ была значительно обусловлена их анатомическая локализация, и такие симптомы, как гиперсаливация, дисфагия и другие диспепсические явления, встречались значительно чаще при расположении ИТ в пищеводе, нежели при

их более дистальных локализациях ($r=0,71, p<0,0001$). Тогда как для детей с ИТ в тонкой кишке чаще было характерно бессимптомное течение. Также в данной главе представлены связи структурных характеристик ИТ с клиническими проявлениями заболевания на момент обращения. Анализ свидетельствует, что размеры ИТ не определяют эмпирическую заболеваемость, они чаще определяют их анатомическую локализацию.

Среди 1046 детей с различными ИТ ЖКТ, обратившихся с 2014 по 2019 год в наш центр, монеты были обнаружены у большинства пациентов (n=365, 35%). Согласно результатам исследования, относительно чаще у детей выявляют монеты 2,5 см и более (n=159; 43,6%), у 75 (20,6%) пациентов размеры не были установлены. Монеты до 2,5 см в диаметре обнаружены у 131 ребенка (35,8%). Монеты чаще всего определялись в пищеводе. Детям с монетами в ЖКТ чаще всего была оказана неотложная и экстренная помощь (36,4% и 45,2% соответственно). При этом среди них преобладали дети с монетами на уровне желудка (n=116), 67 (18,4%) детей обратились в стационар в сроки более 24 часов с момента клинических проявлений, и, согласно результатам исследования, у большинства из них монеты определялись в желудке (74,6%).

Согласно анализу, в нашем наблюдении у 132 детей выявлены различные тупые предметы. Из 132 детей у 36 (27,3%) при обзорной рентгенографии ИТ не обнаружены. Выполненная в таких ситуациях дополнительная контрастная рентгенография ЖКТ позволяла определить локализацию и характер ИТ у 32 из них. Однако у 4 (3%) пациентов ИТ рентгенологическими методами обнаружить не удалось. Эндоскопические исследования выполнены 103 детям. На основании результатов совокупных методов визуализации отмечено, что в большинстве случаев тупые предметы локализовались в пищеводе и желудке. Крайне редко тупые ИТ были обнаружены в глотке (n=1), в ДПК (n=1) и в одном случае – на уровне ректосигмоидного отдела толстой кишки.

Детям с тупыми ИТ ЖКТ чаще всего оказана неотложная (n=53; 40,2%) и экстренная помощь (n=56; 42,4%). При этом среди них преобладали дети с тупыми ИТ на уровне желудка (n=32). В сроки более 24 часов с момента клинических проявлений в стационар обратились 23 (17,4%) детей, и, согласно результатам исследования, у большинства из них тупые ИТ определялись в желудке (52%).

Из 103 детей с тупыми ИТ в ЖКТ, которым выполнено ЭГДФС, у 91 (88%) проведена успешная эндоскопическая ретракция, наблюдение проводилось у 11 (11%) детей и в одном (1%) случае после безуспешных попыток удаления ИТ проведено открытое оперативное вмешательство. У остальных детей с тупыми ИТ, которым не проводилась ЭГДФС, в 28 случаях проведено динамическое наблюдение, в 1 случае выполнено оперативное лечение в связи с развившимся перитонитом вследствие перфорации ректосигмоидного отдела толстой кишки флотидетером (рис. 3).

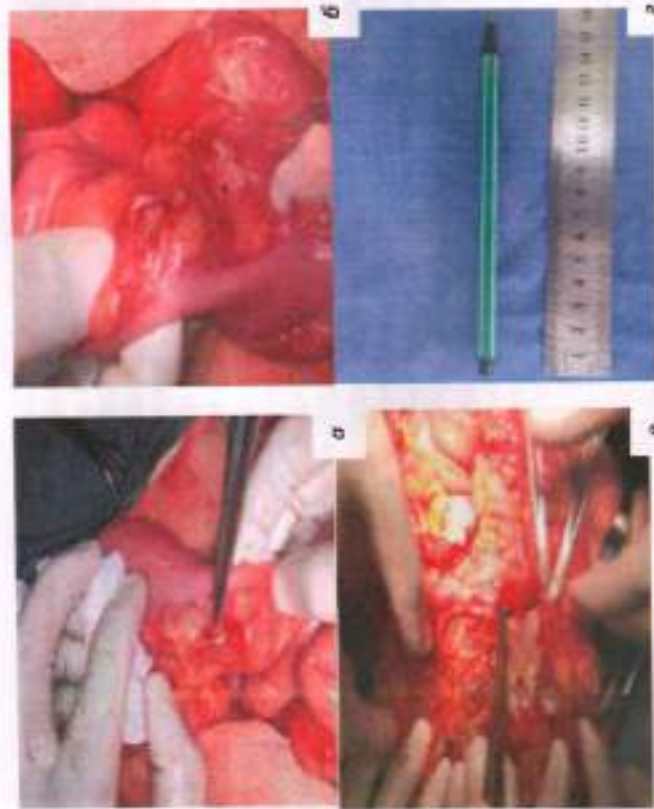


Рис. 3. Интраоперационные фото: а, б – перфоративное отверстие в разлитой гнойно-фибринозный перитонит; в – вследствие перфорации толстой кишки тушым инородным телом; г – фломастер с размерами 16×0,6 см

В нашем наблюдении у 124 (11,8%) детей в ЖКТ выявлены различные виды батареек, из них у 101 ребенка определены ДБ, у 18 были цилиндрические батарейки (ЦБ). У 5 пациентов под батарейки не был определен. В большинстве случаев батарейки были единичными, и только у 5 больных при обследовании выявлена множественные батарейки (две и более). Если в начале 2014 года при обследовании детей с ИТ ЖКТ у 17 выявлены батарейки, то уже в начале 2019 года их количество возросло вдвое – 35 детей. Согласно исследованию, размеры ДБ у незначительного большинства детей был меньше 20 мм в диаметре (табл. 2). Дискровые батарейки меньше 20 мм в диаметре значительно чаще определялись в желудке и в проекции тонкой кишки, в то время как как у детей с ДБ большого диаметра ИТ находилось в пищеводе (табл. 2).

Кроме того, в группе детей с ДБ более 20 мм в диаметре продолжительность стационарного лечения была достоверно выше ($p=0,004$), что, в свою очередь, было обусловлено развивавшимися осложнениями вследствие воздействия ДБ на слизистую ЖКТ. Несмотря на то, что размеры

ЦБ в длину были больше 20 мм, они чаще всего определялись в желудке. Кроме того, длительность пребывания в стационаре детей с ЦБ достоверно не отличалась от длительности пребывания детей с ДБ менее 20 мм.

Таблица 2. Сравнительные характеристики дисковых и цилиндрических батареек у детей с ИТ ЖКТ

Дисковые батарейки, n (%)	До 2 см	Больше 2 см
Средний возраст	2,52±0,26	3,32±0,39
Кол-во-детей	1,23±0,11*	3,72±0,78*
Анатомическая локализация		
Пищевод, n (%)	4 (8%)	22 (55%)
Желудок, n (%)	30 (59%)	13 (32,5%)
Тонкая кишка, n (%)	17 (33%)	5 (12,5%)
Цилиндрические батарейки		
Кол-во-детей	1	17
Анатомическая локализация		
Пищевод, n (%)	–	–
Желудок, n (%)	1 (100%)	10 (59%)
ДПК, n (%)	–	1 (6%)
Тонкая кишка, n (%)	–	6 (35%)

Примечание: * – $p < 0,004$

Отмечено, что у детей, у которых были обнаружены ЦБ, плановых операций не было. В то время как дети с ДБ в 18% случаев обращались в стационар позднее 24 часов. В общей группе детей с батарейками в ЖКТ в 75 (60,5%) случаях выявлена эндоскопическая ретроградия; на основании находились 46 (37,1%) детей. Тремя пациентам выполнены открытые операции, которые были обусловлены тем, что во всех трех случаях ДБ были больше 2 см и располагались в пищеводе в среднем 61 день (от 3-х суток до 120 дней). Вследствие длительного воздействия на слизистую пищевода у всех пациентов отмечены тяжелые осложнения (рис. 4).

Результаты анализа показали, что у детей младше 2 лет риск развития серьезных осложнений, требующий хирургического (открытого) вмешательства, в 5 раз выше при длительном расположении в пищеводе ДБ больше 2 см в диаметре.

У 310 (29,6%) детей были выявлены различные острые объекты. Средний возраст детей с ОНТ был $4,5±0,28$ года, при этом большинство из них были в возрасте до 3-х лет ($n=193$; 62,2%). Крайне редко ($n=10$; 3,2%) обнаруживали множественные ОНТ ЖКТ. Среди ОНТ чаще всего были обнаружены иглы и другие иглоподобные предметы (невняника, стоматологические иглы, проволока и т.д.), они были обнаружены у 92 (29,7%) детей. Заводки, серпы были обнаружены у 64 пациентов (20,6%), булавки – у 61 (19,7%), гвозди, саморезы выявлены у 56 (18%) детей. Реже были обнаружены остроконечные фрагменты игрушек, отломки стеклянного термометра, деревянных и металлических изделий ($n=18$, 5,8%).

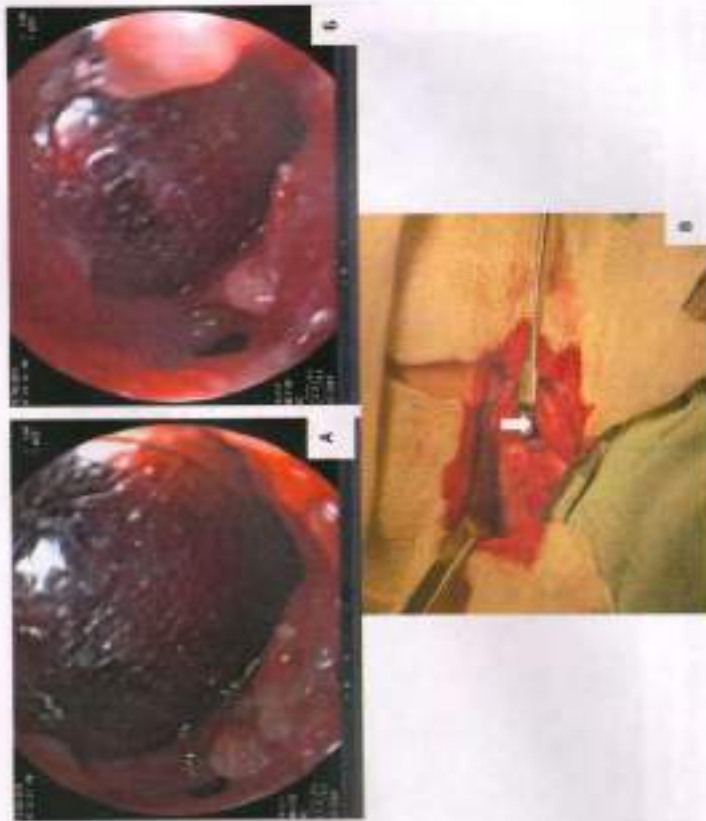


Рис. 4. А, Б – эндоскопические фото, В – фото при лапароскопии, В – фото при лапаротомии. А – интраоперационное фото, тот же пациент, стрелкой указана ДБ в просвете пищевода

Кроме вышеуказанных ИТ, у 7 (2,3%) детей в ЖКТ были выявлены кисты. У троих (0,9%) были обнаружены остроконечные фрагменты растений и в 9 (2,9%) случаях – остроконечные канцлерские иглы. 147 (47,5%) детей обратились в первые 2 часа с момента проглатывания ОИТ, 135 (43,5%) пациентов обратились в первые 24 часа и 28 (9%) обратились в сроки более 24 часов. Симптомы, которые были обнаружены у 121 (39%) ребенка, не были патогномоничными. Так же, как и при других видах ИТ ЖКТ, отмечались гиперсаливация (18,7%), тошнота (16,7%), рвота (14,5%), дисфагия (10,3%) и редко – кашель (8%), боли в животе (3,8%), гипертермия (1,3%) и в одном случае – подострая эмфизема (0,3%). Однако корреляция этих симптомов с их анатомическим расположением была достоверно слабой.

В 173 случаях детям с ОИТ ЖКТ проводилось динамическое наблюдение, в 13 случаях дети были оперированы.

За период с 2014 по 2019 гг. в нашу клинику обратились 29 детей с магнитными ИТ. В большинстве наблюдений магнитные ИТ оказались у

мальчиков. При этом в момент обращения, согласно результатам рентгенологического исследования, МИТ находились в тонкой кишке и в желудке, 12 и 11 случаев соответственно. Детям чаще всего оказана неотложная и экстренная помощь после проглатывания МИТ – 13 (49%) и 11 (38%) соответственно. Клиническая симптоматика при МИТ была скудной, отмечались такие симптомы, как гиперсаливация (24%), дисфагия (21%), тошнота (28%) и рвота (31%). У детей с единичными МИТ осложнений не отмечено. В 13 случаях выполнено открытое оперативное вмешательство вследствие развития серьезных осложнений, таких как перфорация полости органа и межклеточные свищи на различных уровнях ЖКТ.

Согласно результатам анализа, у 85 детей, госпитализированных в РНЦЭМП с диагнозом ИТ ЖКТ, выявлены различные фрагменты слез, средний возраст детей составил 4,18 года (от 1 месяца до 17 лет), и преобладали мальчики.

У детей значительно чаще отмечались гиперсаливация (79%), дисфагия (80%), тошнота (78%) и рвота (66%). Объяснением тому является тот факт, что, в преобладающем большинстве случаев (n=79; 93%) анамнезом на момент обращения в стационар были именно ИТ пищевода (рис. 5). В остальных 6 случаях дети были госпитализированы с подозрением на ИТ ЖКТ с неопределенной локализацией. Кроме того, у 19 (22,3%) пациентов в пищеводе были анатомические предпосылки для задержки слез. При этом у 10 из них они были обусловлены постоянными стриктурами пищевода. В то время как у 9 детей были стенозы пищевода после проведенных операций эзофагопластики по поводу атрезии или химических ожогов пищевода.

Опаснее по своей структуре кости животного происхождения были выявлены у 19 детей с ИТ ЖКТ. Возраст детей в этой группе был достоверно выше, чем у детей с фрагментами мягкой слезы и косточками фруктов, $p=0,02$ и $p=0,002$ соответственно. В 13 случаях кости животного происхождения были извлечены из ЖКТ, при этом в 12 случаях выполнялось хирургическое вмешательство. В остальных 4 случаях проводилось динамическое наблюдение, так как на момент эндоскопического исследования ИТ в доступных анатомическим осмотрам верхних отделах ЖКТ не было обнаружено.

В четвертой главе «Преликторы осложнений при ИТ ЖКТ у детей» освещены результаты эндоскопических методов лечения, хирургических вмешательств, а также результаты динамического наблюдения. На основании полученных результатов исследования представлены разработанные алгоритмы лечения детей с ИТ ЖКТ.

Согласно результатам анализа, динамическое наблюдение за пятилетним периодом – с 2014 по 2019 гг. – проведено у одной трети (n=293; 28%) детей с ИТ ЖКТ. Эндоскопические методы лечения преобладали у 711 (68%) детей, и 42 (4%) пациентам выполнены открытые оперативные вмешательства. В большинстве случаев выполнены эндоскопические методы лечения, возможным объяснением тому является тот факт, что в подавляющем большинстве случаев дети обращались к нам на первые сутки после проглатывания ИТ (n=896; 85,5%). Кроме того, среди обратившихся при обследовании у значительной части пациентов ИТ находилось на уровне

пищевода ($n=398$; 38%) и желудка ($n=327$; 31%), в то время как среди детей, которым проводился диетический контроль, без каких-либо мини- или инвазивных вмешательств, у большинства ИТ находились на уровне тонкой кишки ($n=284$; 88%). Кроме того, среди 42 оперированных детей у 6 (14%) ИТ были локализованы в пищеводе. Тем самым была определена локализация ИТ в пищеводе как наиболее значимый критерий к инвазивным вмешательствам. Другим, не менее важным критерием, показателем к инвазивному лечению, особенно к открытому хирургическому вмешательству, явился тип ИТ. Несмотря на то, что среди 42 оперированных детей большинство были с ОИТ ($n=13$), вероятность к оперативному вмешательству были выше среди детей с множественными магнитами (3,45%) и при проглатывании ДБ (2,42%). При сочетании этих двух параметров анатомической локализации и типа ИТ наиболее значимым критерием к открытому вмешательству явились ДБ, локализованные в пищеводе, так как среди 6 детей, которым проводились оперативные вмешательства на пищеводе, в 3-х случаях это были ДБ в пищеводе. Среди детей с ОИТ в двух из тринадцати случаев ИТ были локализованы на уровне ДПК, что, возможно, обусловлено анатомической структурой органа и его фиксации в забрюшинном пространстве, что отличает его от всех остальных отделов ЖКТ.

Несмотря на то, что средний возраст детей, которым выполнялись открытые оперативные вмешательства, достоверно не отличался от групп эндоскопического лечения и динамического наблюдения, в 70% случаев среди оперированных были дети младше 3-х лет. Кроме того, немаловажным предиктором к открытому хирургическому лечению явился срок обращения детей после проглатывания ИТ. Сроки обращения детей, которым выполнялось оперативное лечение, был относительно больше (4682±3589,3 ч), чем у детей, которым проведено динамическое наблюдение либо эндоскопическое лечение. Кроме того, среди детей, которым выполняло эндоскопическое лечение, в 85,5% случаев дети обращались в первые сутки, а среди оперированных детей только двое обратились в первый день (16,6%). Тем не менее, анализ показал слабую положительную корреляционную связь сроков обращения в стационар среди оперированных детей (табл. 3).

Таблица 3
Зависимость выполнения оперативного вмешательства от клинических-анатомических характеристик детей и типов ИТ ЖКТ

Параметры	r	p
Возраст	0,037	0,225
Длительность наблюдения	0,341	0,0001
Анатомическая локализация ИТ в ЖКТ	0,019	0,535
Тип ИТ		
Батарейки ОИТ	0,044	0,157
Защелка или магниты	0,009	0,777
Тупые предметы	0,034	0,277
	0,036	0,239
	0,019	0,639

осложнения при лечении ИТ ЖКТ у детей, требующие открытого хирургического вмешательства, отмечены у 42 (4,01%) из 1046 детей с ИТ ЖКТ. Согласно нашему анализу, острые инородные тела ЖКТ являлись наиболее частой причиной к оперативному вмешательству (табл. 4).

Таблица 4
Характеристика оперированных детей с ИТ ЖКТ

№	Тип ИТ	Количество	Исход
1	тупой предмет (ДБ)	3	улов
2	ОИТ	13	улов
3	батарейки	1	улов
4	магниты	13	улов
5	тупые ИТ	12	улов

Примечание: ДБ – дисковая батарейка; ОИТ – острое инородное тело

Накопленный нами опыт лечения детей с ИТ ЖКТ, обзор мировой литературы и результаты собственных исследований позволили нам разработать оптимизированный алгоритм детерминированного подхода к диагностике и выбору метода лечения детей при различных типах ИТ ЖКТ (DGI) (3247).

С использованием нами предложенном алгоритмом динамическое наблюдение за пятилетней с 2014 по 2019 гг., проведено у одной трети ($n=293$; 28%) детей с ИТ ЖКТ. Эндоскопические методы лечения предприняты у 711 (68%) детей и 42 (14%) пациентам выполнены открытые оперативные вмешательства. В большинстве случаев выполнено эндоскопические методы лечения, возможным объяснением тому являются тот факт, что в подавляющем большинстве случаев дети обращались к нам на первые сутки после проглатывания ИТ ($n=896$; 85,5%). Кроме того, среди обратившихся при обследовании у незначительной части пациентов ИТ находилось на уровне пищевода ($n=398$; 38%) и желудка ($n=377$; 31%). В то время как среди детей которым проводился динамический контроль, без каких либо мини или инвазивных вмешательств, у большинства ИТ находились на уровне тонкой кишки ($n=284$; 27%). Алгоритм определяет показания к последовательному применению лучевых и эндоскопических методов диагностики, снизить лучевую нагрузку детей с ИТ, а также, оптимизируют лечебную тактику с учетом локализации инородных тел, динамики продвижения, характера повреждающего воздействия на стенку органов и развивающихся осложнений.

В заключение следует отметить, что наша тактика по экономическое точно время позволило сократить койка дни до 38% случаев болящих, которые находились в амбулаторном порядке и домашнем условии без рентгенологического обследования, после тактики прекратилось напрасное рентгенологическое исследование. Выбор рационального метода лечения детерминированного срока обращения в стационар, результатами

инструментальных исследований, типа ИТ и возраста ребенка является залогом успеха лечения детей с ИТ ЖКТ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании проведенных исследований в диссертации на соискание учёной степени доктора философии (PhD) по медицинским наукам на тему «**Оптимизация лечебно-диагностической тактики при инородных телах пищеварительного тракта у детей**» сформулированы следующие выводы:

1. Проглатывание ИТ детьми чаще происходит среди детей двух – пяти лет. Согласно собственному анализу среди обследуемых больных ИТ ЖКТ чаще отмечались среди мальчиков (60%). Средний возраст пациентов составил 4,28±0,11. Наиболее часто дети обращались в возрасте 1–3 лет (43%). Кроме того, за период с 2014 по 2019 гг. отмечается увеличение количества детей с ИТ ЖКТ на 126%. В нашем наблюдении на протяжении периода наиболее часто обращались дети с монетами различного достоинства и другими тушными предметами в ЖКТ – 497 (47%), острые предметы обнаружены у 310 (30%) детей. Значительно реже отмечались магнитные игрушки/шарики до 3%. Наиболее опасные в плане развития осложнений – батарейки выявлены до 12%.
2. Наиболее высокий риск развития осложнений, требующих открытых оперативных вмешательств, представляют инородные тела пищевода, вне зависимости от их типа, сроков нахождения, физико-химических свойств, что более явно выражено у детей раннего возраста.
3. Клиническая манифестация ИТ ЖКТ была значительно обусловлена их анатомической локализацией. Вне зависимости от возраста. До 80% инородных тел в ДПК – это острые предметы. При этом в 17% случаях могут развиться осложнения, требующие хирургической коррекции. Наша наблюдения показали, что ИИТ в количестве 3 и более требуют хирургического вмешательства.
4. Внедрение в хирургию ИТ ЖКТ у детей эндоскопических технологий позволяло качественно улучшить диагностический и лечебный этап заболевания и характер повреждения кишечника и тем самым снизить частоту послеоперационных специфических (внутрибрюшных и ранах) осложнений с 20% до 11,9%, увеличить долю хороших результатов с 73,2% до 98,2%. Эндоскопическое лечение детей с ИТ ЖКТ, эффективность которого составляет 98%, является наиболее предпочтительным.
5. Предложенные алгоритмы позволяют выбрать рациональный подход лечения с учетом возраста пациента, локализации и типа инородного тела ЖКТ у детей. Повышение эндоскопической хирургической активности лечения при ИТ ЖКТ у детей позволило изменить структуру тактических подходов к выбору оптимального способа при резком снижении доли традиционных способов до 25,1%.

ASADULLAEV DONIYOR RAVSHAN UGLI

OPTIMIZING OF DIAGNOSTIC AND TREATMENT TACTICS FOR INGESTINAL TRACT FOREIGN BODIES IN CHILDREN

14.00.40 – Emergency medicine

DISSERTATION ABSTRACT
OF THE DOCTOR OF PHILOSOPHY (PHD) IN MEDICAL SCIENCES

TASHKENT-2022

1. subject of the doctoral dissertation is registered at the Supreme Attestation Commission of the Ministry of the Republic of Uzbekistan with the number 82019.2.PhD/78.10.06.

The doctoral (PhD) dissertation has been prepared at the Republican research centre of emergency medicine

Abstract of the doctoral dissertation in two languages (Uzbek, Russian, English (summary)) has been posted on the website of Scientific Council (www.emerg-centre.uz) and the information-educational portal e/uzmed.uz (www.uzmed.uz)

Scientific supervisor:

Akilor Khahbullo Ataullovich
doctor of medicine, professor

Official opponents:

Khadjiyev Farkhod Abdulkhamidovich
doctor of medicine, professor

Ergashev Ilkhitiyor Berdaliyevich
doctor of medicine, professor

The leading organizations:

Avilijan state medical institute

Defence will take place on 24. March 2022 at 12.00 at the meeting of the Scientific Council (Doc.04.04.12.2019) (10.03.01) at the Republican Research Centre of Emergency Medicine (Address: 2, Kichik bahiy yoli str. 100113, Tashkent, Uzbekistan. Phone/fax: +998(78) 150-46-00, +998(78) 150-46-03, e-mail: avilijan@uzmed.uz)

The dissertation is available on the information-resource centre of the Republican research centre of emergency medicine (its registered under 8603) (Address: 2, Kichik bahiy yoli str., 100113, Tashkent, Uzbekistan. Phone/fax: +998(78) 150-46-00, +998(78) 150-46-03)

Abstract of the dissertation sent out on 10. March 2022 (Protocol of mailing № 03 from 10. March 2022 y.)



A.M. Khadijyev
Chairman of the scientific council to award of scientific degrees, Doctor of medical sciences, professor

Kh.E. Anvarov
Scientific secretary of the scientific council to award of scientific degrees, Doctor of Philosophy in medical sciences

B.K. Alliev
Chairman of the scientific seminar at the scientific council to award scientific degrees, Doctor of medical sciences, professor

INTRODUCTION (abstract of doctoral (PhD) thesis)

The aim of the research work is to study clinical and diagnostic characteristics of different types of foreign body ingestion in children and to develop a rational management

The object of the research work were 1046 children aged 1 to 18 years, with foreign body ingestion, evaluated and treated in the department of pediatric surgery of the Republican Research Center of Emergency Medicine.

The scientific novelty of the research work is as follows: the frequency and the nature and anatomical-functional features and clinical manifestations of certain types of foreign bodies of gastrointestinal tract in children were determined and disclosed;

the radiological differential diagnostic criteria of disc batteries in children were detailed;

based on large case numbers, for the first time a study of endoscopic characteristics of pathological effects of different types of foreign bodies on gastrointestinal tract and complications caused by them was carried out;

a concept was formulated, diagnostic and treatment algorithms for foreign body ingestion in children were developed

Introduction of research results. According to the results of scientific research of improvement of the surgical treatment of children foreign body ingestion:

methodological recommendations "Batteries of gastrointestinal tract in children, diagnostics and treatment tactics" (certificate of the Ministry of Health No. 8 n-d/322 of October 06, 2021) were developed. The proposed recommendations helped to improve the quality of diagnosis of button and cylindrical battery ingestion in children identify patients at risk for complications requiring open surgical interventions;

the scientific results obtained to improve the quality of diagnosis and treatment of children with foreign body ingestion were introduced into the practice of healthcare. In particular, to the Bukhara and Karakalpakstan branches of the RSCEM (certificate of the Ministry of Health 08/09/19740 of December 14, 2021). Implementation of the suggested tactics of examination and treatment of children with button battery ingestion in the first 12 hours after admission to the hospital allows to decrease the incidence of complications from 19% to 0%. Implementation of endoscopic retraction in the first two hours after a BB ingestion will reduce the period of hospital stay from an average of 4.5 days to 2 days, in relation to children who come to the hospital after 24 hours

Structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, four chapters, conclusions and list of cited literature. The volume of the text material is 132 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF WORKS PUBLISHED

I бўлим (I часть; I part)

1. Акилов Х.А., Асадуллаев Д.Р. Дисковая багряевка в пищеводе у ребенка 3-х лет: Описание клинического случая. // Педиатрия. Узбекистан – 2019, № 3. – С. 113–116 (14.00.00 № 16).
2. Акилов Х.А., Асадуллаев Д.Р. Диагностика и лечение инородных тел желудочно-кишечного тракта у детей. // Детская хирургия, Москва, 2020, № 3. – С. 198–204 (14.00.00, №44).
3. Kh.A.Akirov, D.R. Asadullaev. Tablet shaped battery ingestion in 3 years old child (Case report) // The American journal of the medical sciences, 2021, №11(1), P36-38, DOI: 10.5923/ajms.20211101.09
4. Kh.A.Akirov, D.R.Asadullaev, R.Z.Yuldashev, Sh.J. Shokhbaydarov. Cylindrical and button battery ingestion in children: a single-centre experience. // Pediatr Surg Int. 2021, №37: 1461-1466. (№3 SCOPUS, IF-1.67).

II бўлим (II часть; II part)

5. Акилов Х.А., Асадуллаев Д.Р. Багряевки в желудочно-кишечном тракте у детей, метод диагностики и лечения. Методические рекомендации. – Ташкент, 2021. – 25 с.
6. Акилов Х.А., Асадуллаев Д.Р., Шохайдаров Ш.Ж., Юлдашева М.А. Осложнения инородных тел желудочно-кишечного тракта у детей. // В сборнике материалов “Современные аспекты диагностики и лечения хирургических заболеваний у детей” – 2020. – С. 14–15.
7. Kh.A.Akirov, D.R.Asadullaev. Foreign body ingestion in children. // Abstract book of the «The 6th World congress of the World Federation of Associations of Pediatric Surgery». Doha, Qatar. 2019. P. 195.
8. Акилов Х.А., Асадуллаев Д.Р. Остроконечные инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей // В сборнике материалов конф. «У съезда ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана и I конгресса евроазиатского сообщества экстренной медицины». Вестник экстренной медицины. 2021. С. 251.
9. Акилов Х.А., Асадуллаев Д.Р. Инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей. // В сборнике материалов конф. «1st congress of the Central Asian association of pediatric surgeons”. 2019, Казахстан, 2019. С 26.
10. Akirov Kh.A., Asadullaev D.R. Endoscopic patterns of ingested foreign bodies of esophagus in children // Abstract book of IDEN international digestive endoscopy network, Seoul, Korea. 2019. P. 311.
11. Акилов Х.А., Асадуллаев Д.Р. Инородное тело пищевода у детей // Вестник экстренной медицины. 2021. - 14 (2). - P. 185–186.