



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

7 (93) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

7 (93)

2026

Июль

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УЎК 616.381-006-053.31-07-089

ЧАҚАЛОҚЛАР ВА ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА ҚОРИН БЎШЛИҒИ ҲАЖМЛИ ҲОСИЛАЛАРИНИНГ КЛИНИК-ДИАГНОСТИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Бобоев М.Ш. <https://orcid.org/0009-0007-0982-0290>
Саттаров Ж.Б. <https://orcid.org/0000-0002-6317-2251>

Тошкент Давлат Тиббиёт Университети, 100109 Тошкент, Ўзбекистон Фаробий кўчаси 2,
Тел: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ Резюме

Ушбу тадқиқот чақалоқлар ва эрта ёшдаги болаларда қорин бўшлиғи ҳажмли ҳосилаларини эрта таъхислаш имкониятларини кенгайтириш ҳамда клиник-диагностик ёндашувни такомиллаштиришга бағишланган. Тадқиқотга 2015–2025 йилларда даволанган, таъхиси морфологик жиҳатдан тасдиқланган 122 нафар бемор киритилди. Беморлар анъанавий таъхислаш усуллари қўлланган таққослаш гуруҳи ва такомиллаштирилган алгоритм асосида текширилган асосий гуруҳга ажратилди. Такомиллаштирилган уч босқичли таъхислаш алгоритмининг амалиётга жорий этиш натижасида антенатал таъхислаш частотаси сезиларли даражада ошди, таъхис қўйиш муддати қисқарди ва умумий таъхис аниқлиги яхшиланди.

Калит сўзлар: чақалоқлар; эрта ёшдаги болалар; қорин бўшлиғи ҳажмли ҳосилалари; клиник-диагностик хусусиятлар; антенатал таъхислаш; клиник-диагностик алгоритми.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОБЪЕМНЫХ ФОРМИРОВАНИЙ ЖИВОТА У МЛАДЕНЦЕВ И БЕРЕМЕННЫХ ДЕТЕЙ

Бобоев М.Ш. <https://orcid.org/0009-0007-0982-0290>
Саттаров Дж.Б. <https://orcid.org/0000-0002-6317-2251>

Ташкентский государственный медицинский университет, ул. Фароби, 2, 100109 Ташкент,
Узбекистан, Тел.: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ Резюме

Данное исследование посвящено расширению возможностей ранней диагностики объемных образований брюшной полости у младенцев и недоношенных детей и совершенствованию клинико-диагностического подхода. В исследование включены 122 пациента, проходивших лечение в 2015–2025 годах с морфологически подтвержденным диагнозом. Пациенты были разделены на контрольную группу, обследованную с использованием традиционных методов диагностики, и основную группу, обследованную с использованием усовершенствованного алгоритма. В результате внедрения усовершенствованного трехэтапного диагностического алгоритма значительно увеличилась частота дородовой диагностики, сократилось время до постановки диагноза и повысилась общая точность диагностики.

Ключевые слова: младенцы; недоношенные дети; крупные внутрибрюшные образования; клинические диагностические признаки; дородовая диагностика; клинический диагностический алгоритм.

CLINICAL AND DIAGNOSTIC FEATURES OF VOLUME FORMATIONS OF THE ABDOMINAL SPACE IN INFANTS AND PREGNANT CHILDREN

Boboev M.Sh. <https://orcid.org/0009-0007-0982-0290>
Sattarov J.B. <https://orcid.org/0000-0002-6317-2251>

Tashkent State Medical University, 2 Farobi Street, 100109 Tashkent, Uzbekistan,
Tel: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ **Resume**

This study is devoted to expanding the possibilities of early diagnosis of volumetric formations of the abdominal space in infants and premature children and improving the clinical and diagnostic approach. The study included 122 patients treated in 2015–2025 with morphologically confirmed diagnoses. Patients were divided into a comparison group using traditional diagnostic methods and a main group tested using an improved algorithm. As a result of the implementation of the improved three-stage diagnostic algorithm, the frequency of antenatal diagnosis significantly increased, the time to diagnosis was reduced, and the overall diagnostic accuracy improved.

Keywords: *infants; premature children; large intra-abdominal masses; clinical diagnostic features; antenatal diagnosis; clinical diagnostic algorithm.*

Долзарблғи

Чақалоқлар ва эрта ёшдаги болаларда қорин бўшлиғидаги ҳажмли ҳосилалар (ҚБХХ) турли орган ва тўқималардан ривожланувчи, клиник кўриниши ҳамда биологик хусусиятлари бири-бирдан фарқ қилувчи касалликлар гуруҳини ташкил этади. Ушбу патологиялар 1000 тирик туғилган чақалоқнинг биттасида аниқланади [3,6-7]. Улар орасида буйрак ва сийдик тизими нуқсонлари, мезентериал ва овариал кисталар, нейробластома, нефробластома, тератома, жигар ўсмалари ҳамда бошқа кам учрайдиган ҳосилалар мавжуд. Айрим ҳосилалар хавфсиз кечса, бошқалари қисқа вақт ичида оғир асоратлар ва ҳаёт учун хавфли ҳолатларни келтириб чиқариши мумкин [8].

Ушбу ёш гуруҳида клиник белгиларнинг носпецификлиги ташхисни қийинлаштиради. Қорин ҳажмининг катталашishi, пальпацияланувчи ҳосила, қусиш, ичак фаолиятининг бузилиши, сийдик ажралишидаги ўзгаришлар, нафас етишмовчилиги ёки умумий аҳволнинг ёмонлашиши турли патологик жараёнларда кузатилиши мумкин. Айрим беморларда ҳосила узоқ вақт клиник белгиларсиз кечиб, профилактик кўрик ёки ультратовуш текшируви вақтида тасодифан аниқланади [2,4,10]. Шу сабабли боланинг ёши, клиник белгилари, ҳосиланинг анатомик жойлашуви ва лаборатор кўрсаткичларни биргаликда баҳолаш муҳим аҳамият касб этади [8-9,11].

Ультратовуш текшируви (УТТ) нурланиш таъсирининг йўқлиги, кенг қўлланиш имконияти ва динамик кузатувда такроран ўтказилиши мумкинлиги сабабли дастлабки ташхис усули сифатида алоҳида ўрин тутаяди. У ҳосиланинг кистоз ёки солид тузилишини, ўлчамини, қон таъминотини ва қўшни органлар билан муносабатини баҳолаш имконини беради [1,5]. Бироқ ҳосиланинг манбасини аниқлаш, маҳаллий тарқалишини баҳолаш ва жарроҳлик режасини белгилаш учун магнит-резонанс ёки компьютер томографияси талаб этилиши мумкин [9,11-12].

Шундай қилиб, чақалоқлар ва эрта ёшдаги болаларда ҚБХХнинг клиник-диагностик хусусиятларини чуқур ўрганиш долзарб илмий ва амалий масала ҳисобланади. Клиник белгиларни тизимлаштириш, инструментал текширувларнинг мақбул кетма-кетлигини белгилаш ҳамда индивидуал даволаш тактикасини ишлаб чиқиш эрта ташхис қўйиш, асоратларни камайтириш ва даволаш натижаларини яхшилашга хизмат қилади.

Тадқиқот мақсади: чақалоқлар ва эрта ёшдаги болаларда ҚБХХнинг клиник-диагностик хусусиятларини ўрганиш, эрта ташхис қўйиш имкониятларини баҳолаш ҳамда клиник-диагностик ёндашувни такомиллаштириш иборат.

Материал ва усуллар

Тадқиқотга киритилган беморларнинг умумий сони 122 нафарни ташкил қилиб уларда ҚБХХ тасдиқланган чақалоқлик даврдан уч ёшгача бўлган даврни қамраб олган болалардир. Тадқиқот 2015-2025 йиллар давомида амалга оширилиб, ушбу даврда ҚБХХ билан даволанган болаларда ташхислаш ва жарроҳлик даволаш натижалари қиёсий таҳлил қилинди.

Таққослаш гуруҳини (ТГ) 2015-2019 йилларда стационар даволанган 64 нафар бемор ташкил этди. Ушбу даврда беморларни текшириш ва даволаш клиникада амалда бўлган меъёрий клиник протоколлар асосида олиб борилди. Бирламчи диагностикада қорин бўшлиғи аъзоларининг УТТ асосий усул сифатида қўлланилди, клиник кўрсатмалар мавжуд бўлган ҳолларда компьютер томографияси ҳам ўтказилди. Жарроҳлик аралашувлари асосан лапаротомия орқали, патологик ўчоқнинг жойлашувига мос танланган очик жарроҳлик кириш йўлидан фойдаланган ҳолда бажарилди.

Асосий гуруҳ (АГ) таркибига 2020-2025 йиллар давомида стационар даволанган 58 нафар бемор киритилди. Ушбу гуруҳда беморларни текшириш ва даволаш такомиллаштирилган ташхислаш алгоритмлари ҳамда замонавий жарроҳлик ёндашувлари асосида амалга оширилди. Ташхислаш дастури клиник ҳолатнинг хусусиятларидан келиб чиққан ҳолда инструментал текширув усуллари маъмул танлашга асосланди. Бунда доплерография билан биргаликда ультратовуш текширувидан кенг фойдаланилди, шунингдек, ҳажмли ҳосилаларни антенатал даврда аниқлашга алоҳида эътибор қаратилди. Жарроҳлик даволашида техник имконият мавжуд бўлган ҳолларда кам инвазив лапароскопик операцияларга устуворлик берилди.

Натижа ва таҳлиллар

Тадиқотга жалб этилган барча беморларда ташхис қўйиш жараёни клиник баҳолаш, лаборатор ҳамда инструментал текширувларни босқичма-босқич қўллаш тамойили асосида амалга оширилди. Ташхислаш усуллари танлаш беморнинг ёши, клиник ҳолати, патологик ҳосиланинг эҳтимолий жойлашуви ва морфологик хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда белгиланди. АГда эса нурли ташхислашнинг замонавий имкониятларига таянган, ташхислаш самарадорлигини оширишга қаратилган алгоритмлаштирилган ёндашув амалиётга жорий этилди.

Лаборатор текширувлар. Лаборатор текширувларнинг стандарт тўпламига умумий клиник қон ва пешоб текширувлари, жигарнинг функционал ҳолати кўрсаткичларини (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, умумий ва бевосита билурибин, ишқорий фосфатаза), буйраклар (карбамид, креатинин) ва электролитлар баланси кирди. С-реактивли оксилни аниқлаш яллиғланиш жараёнининг фаоллигини баҳолаш мақсадида амалга оширилди 1-жадвалда келтирилган. Жарроҳлик амалиётидан олдинги тайёргарлик босқичида коагулограмма ҳамма беморларда ўтказилди.

ҚБХХнинг морфологик табиатига нисбатан шубҳа мавжуд бўлган ёки клиник манзара хавфли жараён эҳтимолини истисно қилишни талаб этган ҳолатларда қўшимча лаборатор ташхислаш сифатида онкомаркерлар миқдори аниқланди. Текширув дастури альфа-фетопротеин, инсон хорионик гонадотропини ва лактатдегидрогеназа кўрсаткичларини баҳолашни ўз ичига олди. Мазкур таҳлиллар жами 9 нафар болада бажарилган бўлиб, бу барча кузатувларнинг 7,4% ига тўғри келди. АГда ушбу лаборатор текширув 7 нафар (12,1%) беморда ўтказилган бўлса, ТГда бундай ташхислаш фақат 2 нафар (3,1%) беморда амалга оширилди. АГда онкомаркерларни аниқлашнинг нисбатан кўпроқ қўлланилгани такомиллаштирилган ташхислаш алгоритм клиник вазиятга мос равишда қўшимча текширувларни танлаш имконини берганини ҳамда ташхисни аниқлашда дифференциал ёндашув самарадорлигини намоён этганини кўрсатади.

1-жадвал

Лаборатор ва клиник текшириш усуллари (n=122)

Текширув усуллари	ТГ (n=64)	АГ (n=58)	Жами
1. Клиник усуллар			
Клиник кўрув	64 (100%)	58 (100%)	122 (100%)
2. Лаборатор усуллари			
<i>2.1. Умумий клиник текширувлар</i>			
Қоннинг умумий таҳлили	64 (100%)	58 (100%)	122 (100%)
Пешобнинг умумий таҳлили	64 (100%)	58 (100%)	122 (100%)
<i>2.2. Биокимёвий текширувлар</i>			
Қоннинг биокимёвий таҳлили (жигар ферментлари)	64 (100%)	58 (100%)	122 (100%)
С-реактивли оксил	61 (95,3%)	57 (98,3%)	118 (96,7%)
<i>2.3. Махсус маклерлар</i>			
Онкомаркерлар (АФП, ИХГ ва ҳ.к.)	2 (3,1%)	7 (12,1%)	9 (7,4%)

Изоҳ. Жадвалда келтирилган нисбий кўрсаткичлар ҳар бир гуруҳда кузатилган беморларнинг жами сонидан келиб чиққан ҳолда ҳисобланди. Қисқартмалар: АФП — альфа-фетопротеин; ИХГ — инсон хорионик гонадотропини.

Ультратовуш текшируви. Қорин бўшлиғи УТТ бирламчи тасвирлашнинг асосий усули бўлиб, шифохонага ётқизилгандан сўнг ҳамма беморларда ўтказилди. Текширув 2-5 МГц

частотали конвекс сенсорлар ва 7-12 МГц частотали чизикли сенсорлар ёрдамида эксперт тоифасидаги курилмаларда ўтказилди. Текширув стандарт протоколи ҚБХХ, тузилиши, эхогенлиги, атрофдаги тўқималар ва қўшни органларнинг ҳолатини баҳолашни ўзига мақсад қилиб олган.

ҚБХХни комплекс ультратовуш баҳолашда доплерографик режимдан фойдаланилди. Ушбу усул ҳосиланинг қон томирлари билан таъминланганлик даражасини аниқлаш, шунингдек, суяқлик сақловчи кистоз тузилмаларни зич тўқимадан ташкил топган солид ҳосилалардан фарқлаш имконини берди. Допплерографик текширув 77 нафар беморда ўтказилган бўлиб, бу умумий кузатувлар сонининг 63,1% ини ташкил қилди. АГда мазкур ташхислаш усули 46 нафар (79,3%) беморда қўлланилган бўлса, ТГда унинг қўлланилиш частотаси 31 нафар (48,4%) бемор билан чекланди. Гуруҳлар ўртасида кузатилган мазкур фарқ такомиллаштирилган ташхис алгоритмининг амалиётга жорий қилиниши натижасида юзага келган бўлиб, унга мувофиқ ҚБХХ аниқланган барча ҳолатларда доплерографик баҳолаш ташхислашнинг мажбурий таркибий қисми сифатида амалга оширилди.

Жигарнинг фиброэластометрияси (FibroScan) асосий гуруҳдаги жигар кистали ўсмаси билан ҳасталанган бир нафар беморларда орган паренхимасини баҳолаш учун қўлланилган. Ушбу усул ўз навбатида қўшимча бўлиб индивидуал кўрсатмалар асосида қўлланилади.

Компьютер томографияси. ҚБХХ аниқлашда ультратовуш текшируви натижалари етарли бўлмаган, солид тузилмага шубҳа туғилган ёки мураккаб жарроҳлик амалиёти режалаштирилган ҳолатларда томир ичига контраст модда юборилган ҳолда мультиспирал компьютер томографияси (МСКТ) ўтказилди. Текширув 1-2 мм қалинликдаги кесимлар ва педиатрия амалиёти учун тавсия этилган паст нурланишли сканерлаш протоколлари асосида бажарилди. МСКТ жами 87 нафар (71,3%) беморда амалга оширилди, шундан АГда - 45 нафар (77,6%), ТГда эса 42 нафар (65,6%) бола текширилди.

Магнит-резонанс томографияси. МРТ жигар, ошқозон ости беши ва ретроперитонеал ҳосилаларни батафсил тавсифлаш учун бошқа тасвирлаш усулларида олинган маълумотлар аниқ ташхис қўйиш учун етарли бўлмаган ҳолатларда қўлланилган. Текширув Т1- ва Т2 вазнли кетма-кетликлар ёрдамида 1,5 Теслали магнит майдон кучига эга магнит-резонанс томографда ўтказилди. МРТ эса ўз навбатида 4 нафар беморларда (3,3%)да ўтказилди.

Магнит-резонансли холангиопанкреатография (МРХПГ) ўт йўллари ва ошқозон ости беши каналининг ҳолатини батафсил баҳолаш учун холедох кистасига шубҳа қилинган АГнинг 2 нафар беморларида (1,6%) ўтказилди.

Рентгенологик усуллар. Қорин бўшлиғининг обзор рентгенографияси ичак тутилиши ёки қорин бўшлиғидаги ҳажмли ҳосила таркибида кальцинатлар мавжудлигига гумон қилинган ҳолатларда қўлланилди. Мазкур текширув 35 нафар (28,7%) беморда бажарилган бўлиб, унинг қўлланилиш частотаси асосий ва таққослаш гуруҳларида деярли бир хил бўлди.

Пешоб чиқариш тизимида патологик жараёни мавжуд 16 нафар беморларда (13,1%) экскретор урография ўтказилди. Гуруҳлар ўртасида ушбу усулдан фойдаланиш частотасида сезиларли фарқ мавжуд: ТГда экскретор урография сезиларли даражада мунтазам тез амалга оширилди – 15 беморларда (23,4%), АГда эса фақат 1 нафар беморда (1,7%). Кузатилган бу фарқлар ўз навбатида АГда инвазив бўлмаган кўриш усуллари – ультратовуш текширув ва МСКТ асосан пешоб чиқариш тизимининг ҳолатини баҳолаш учун қўлланилгани билан изоҳланади.

Микцион цистоуретрография. Юқори пешоб йўллари патологик жараёнида везикоуретерал рефлюксни истисно қилиш учун 4 нафар беморларда (3,3%) қўлланилди.

Реносцинтиграфия 2 нафар беморларда (1,6%) гидронефрозда буйрақларнинг функционал ҳолатини баҳолаш учун қўлланилди.

Морфологик текширув. Жарроҳлик материалининг якуний гистологик текшируви барча 122 нафар беморларда (100%) ўтказилди. Ташхисни морфологик текширув ташхислаш жараёнининг мажбурий босқичи бўлиб, ҳосиланинг яхши сифатлилиқ хусусиятини тасдиқлашга, шунингдек унинг гистологик турини аниқлашга имкон яратди.

Асосий ва таққослаш гуруҳларида инструментал текширув усуллари қўллаш кўрсаткичларининг қиёсий таҳлили 2-жадвалда акс эттирилган.

Анъанавий ёндашувдан фарқли равишда *уч босқичли ташхислаш тизимини* жорий этиш муҳим аҳамият касб этди.

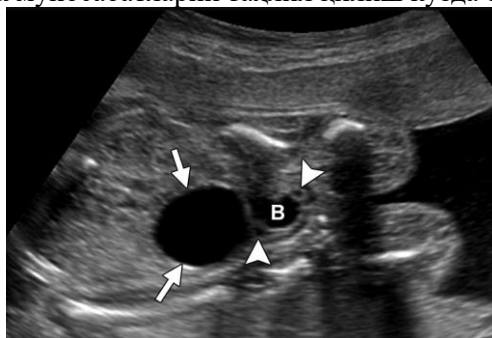
Таъхиснинг антенатал босқичи. Тақомиллаштирилган алгоритмнинг тубдан янги компоненти антенатал УТТни кенг жорий этишдир. Перинатал марказлар ва аёллар маслаҳатхоналари билан ўз навбатида яқин ҳамкорлик бизга она қорнида ривожланиш босқичида ҚБХХнинг ўз вақтида аниқлаш имконини берди (1-расм). АГда антенатал патологик жараёни текшириш 43 нафар беморларда (74,1%) ўтказилди, бу ТГга қараганда уч барабар юқоридир (23,4%). Патологик жараёни эрта аниқлаш бола туғилишидан олдин ҳам ташхислаш ва терапевтик равишдаги тадбирларни режалаштириш имконини яратди.

2-жадвал

Инструментал текширув усуллари қўлланилиш кўрсаткичлари (n=122)			
Текширув усули	ТГ (n=64)	АГ (n=58)	Жами
1.Ультратовуш текширувлари			
Қорин бўшлиғи УТТ	64 (100%)	58 (100%)	122 (100%)
Допплерография УТТ	31 (48,4%)	46 (79,3%)	77 (63,1%)
Фиброэластометрия (FibroScan)	0 (0%)	1 (1,7%)	1 (0,8%)
2.Томографик усуллар			
Мультиспирал КТ (МСКТ)	42 (65,6%)	45 (77,6%)	87 (71,3%)
Магнит-резонанс томография (МРТ)	3 (4,7%)	1 (1,7%)	4 (3,3%)
МРХПГ	0 (0%)	2 (3,4%)	2 (1,6%)
3. Рентгенологик усуллар			
Қорин бўшлиғининг умумий рентгенографияси	18 (28,1%)	17 (29,3%)	35 (28,7%)
Экскретор урография	15 (23,4%)	1 (1,7%)	16 (13,1%)
Микцион цистоуретрография	3 (4,7%)	1 (1,7%)	4 (3,3%)
4.Радионуклид усуллари			
Реносцинтиграфия усуллари	1 (1,6%)	1 (1,7%)	2 (1,6%)
5.Морфологик ташхислаш			
Гистологик текширув	64 (100%)	58 (100%)	122 (100%)
6. Антенатал ташхислаш			
Антенатал УТТ-верификация патологик жараёни	15 (23,4%)	43 (74,1%)	58 (47,5%)

Изоҳ. Нисбий кўрсаткичлар ҳар бир гуруҳдаги беморларнинг умумий сони асосида ҳисоблаб чиқилди. МРХПГ - магнит-резонанс холангиопанкреатография.

Биринчи босқич: стандартиштирилган УТТ. Постнатал ташхислаш жараёни стандартиштирилган протокол бўйича УТТдан бошланди. Протоколда ўз навбатида ҳажмли ҳосила ҳажмини ўлчаётган перпендикуляр текисликда баҳолаш, эхотузилишини тавсифлаш, контурларни баҳолаш, бўлинмалар ва қўшимчалар мавжудлиги, шунингдек атрофдаги анатомик тузилмалар билан топографик муносабатларни таҳлил қилиш кўзда тутилган.



1-расм. Ҳомиланинг антенатал эхограммаси (гестациянинг 34-ҳафтаси): қорин бўшлиғининг қуйи қисмида жойлашган кистоз ҳосила (тухумдон кистаси) стрелка билан кўрсатилган.

Ўз навбатида рангли ва энергетик доплерография кистоз ва солид ҳосилаларни фарқлаш, васкуляризация даражасини баҳолаш ҳамда турли нозологик шаклларга хос қон томирлари тузилишини нозологик турларини аниқлаш имконини берди. Умумий кўриниш учун 2-5 МГц

частотали конвекс ва сиртда жойлашган тузилмаларни батафсил баҳолаш мақсадида 7-12 МГц частотали чизиқли датчиклардан фойдаланилди.

Иккинчи босқич: мақсадли аниқлаштирувчи таъхислаш. Аниқлаштирувчи таъхислаш усулини танлашда ҳажмли ҳосиланинг анатомик жойлашуви, дастлабки УТТ натижалари, беморнинг ёши ҳамда клиник белгилари асосий мезон сифатида қабул қилинди. Ҳосиланинг топографик хусусиятларини аниқлаш ва жарроҳлик тактикасини белгилаш мақсадида 45 нафар (77,6%) беморда МСКТ қўлланилди. Холедох кистаси эҳтимоли мавжуд бўлган 2 нафар (3,4%) беморда эса МРХПГ ўтказилди.

Такомиллаштирилган таъхислаш алгоритмини жорий этиш инвазив рентгенконтраст текширувлардан фойдаланишни сезиларли даражада қисқартирди. АГда экскретор урография атиги 1 нафар (1,7%) беморда бажарилган бўлса, ТГда ушбу кўрсаткич 15 нафарни (23,4%) ташкил этди. Бу натижа УТТ, доплерография ва МСКТни изчил қўллаш таъхиснинг ахборот қийматини сақлаган ҳолда инвазив текширувларга эҳтиёжни камайтиришини кўрсатди. Такомиллаштирилган алгоритмда аниқлаштирувчи таъхислаш усуллари қўллаш кўрсатмалари 3-жадвалда келтирилган.

Таъхислаш алгоритмининг иккинчи босқичида қўшимча аниқлаштирувчи визуализация усули йиғма диагностик балл (S) асосида танланди. Бунда $S \leq 2$ бўлганда фақат ультратовуш текшируви (I тоифа), $S = 3-5$ бўлганда УТТ ва МСКТ (IIа тоифа), $S \geq 6$ бўлганда эса МРТ (IIб тоифа) қўлланилди. Ўт йўллари патологияси гумон қилинган ҳолатларда йиғма таъхислаш балл қийматидан қатъи назар, магнит-резонанс МРХПГ устувор таъхислаш усул сифатида танланди.

Йиғма таъхислаш балл (S) асосида беморлар учта хавф тоифасига ажратилди. $S \leq 2$ яхши сифатли кистоз ҳосиланинг юқори эҳтимолини ифодалади. $S = 3-5$ қўшимча визуализация ва таъхисни аниқлаштиришни талаб этувчи оралиқ хавф гуруҳи сифатида баҳоланди. $S \geq 6$ эса солид ёки ўсмавий хусусиятга эга ҳосилалар эҳтимоли юқори бўлган хавф тоифаси мезони сифатида қабул қилинди.

3-жадвал

Такомиллаштирилган таъхислаш алгоритмида аниқлаштирувчи таъхислаш усуллари қўллаш кўрсатмалари

Клиник ҳолат	Допплеро- графияли УТТ	МСКТ	МРТ	МРХПГ
Жигарнинг ҳажмли ҳосилалари	Мажбурий	Ўлчамлари >4 см	Атипик турида	Тавсия этилмайди
Холедох кисталари	Мажбурий	Альтернатив	Тавсия этилади	Мажбурий
ОИТ иккиланишлари	Мажбурий	Шубҳали ҳолатда	Асоратларида қўлланилади	Тавсия этилмайди
Сийдик ажратиш тизими	Мажбурий	Гидронеф-розда	КТ альтернатив	Тавсия этилмайди
Тухумдон кисталари	Мажбурий	Ўлчамлари > 5 см	Тухумдон буралиш	Тавсия этилмайди
Ичак тутқичи, чарви ва лимфа тизими	Мажбурий	Ўлчамлари >5 см	Асоратларида қўлланилади	Тавсия этилмайди
Тератомалар	Мажбурий	Мажбурий	Ретроперито-неал жойлашув	Тавсия этилмайди

Изоҳ: «Мажбурий» - I синфдаги кўрсатма, «Тавсия этилади» - IIа синфдаги кўрсатма, «Шубҳали ҳолатларда» - IIб синфдаги кўрсатма.

Шакллантирилган мезонлар (Risk Score). Таъхислаш алгоритм доирасида ультратовуш ва доплерографик текширувларда аниқланган белгиларни баҳолаш учун йиғма диагностик балл (S)ни ҳисоблашга асосланган стандартлаштирилган Risk Score тизими ишлаб чиқилди. Ҳар бир таъхислаш белги унинг клиник-диагностик аҳамиятига мувофиқ вазн коэффициенти билан баҳоланди, юқори спецификликка эга айрим белгилар, жумладан, «икки қаватли девор» симптоми учун манфий коэффицент қўлланилди. Таъхислаш ҳулоса ҳамда қўшимча визуализация усулини танлаш йиғма баллнинг (S) чегаравий қийматлари асосида амалга

оширилди. Бунда балл тизими органга йўналтирилган диагностик ёндашув билан интеграция қилинди: ўт йўллари патологияси гумон қилинганда, йиғма балл қийматидан қатъи назар, МРХПГ устувор текширув усули сифатида тавсия этилди. Шунингдек, антенатал ва постнатал таххислаш босқичлари ягона алгоритмга бирлаштирилиб, клиник ҳамда инструментал белгиларнинг комплекс миқдорий баҳоланиши таъминланди.

Учинчи босқич: морфологик текширув. Жарроҳлик материалининг гистологик текшируви барча беморларда (100%) ўтказилди. УТТ назорати остида жарроҳликдан олдинги ингичка игна биопсияси ҳажмли ҳосиланинг нотипик турига шубҳа қилинган ҳолатда ўтказилган. Интражарроҳлик текширувининг сифатига шубҳа бўлса, интражарроҳлик шошилинич гистологик текширув ўтказилди. Аънавий ва такомиллаштирилган таххислаш алгоритмларининг қиёсий самарадорлиги 4-жадвалда акс эттирилган.

Олинган натижалар такомиллаштирилган таххислаш алгоритмининг клиник самарадорлиги юқори эканлигини кўрсатди. Антенатал таххислаш частотаси 23,4% дан 74,1% гача ошди ($p<0,001$). Бирламчи мурожаатдан якуний таххис қўйилгунгача бўлган муддат $8,6\pm 3,4$ кундан $3,4\pm 1,6$ кунгача қискарди ($p<0,001$). Шу билан бирга, умумий таххис аниқлиги 81,3% дан 93,1% гача яхшиланди ($p<0,01$).

4-жадвал

Аънавий ва такомиллаштирилган таххислаш алгоритмларининг қиёсий самарадорлиги

Кўрсаткичлар	Тадқиқот гуруҳлари				χ^2 Пирсон	
	ТГ (n=64)		АГ (n=58)		χ^2	P
	abs	M $\pm$ m, %	abs	M $\pm$ m, %		
Антенатал таххислаш	15	23,44 $\pm$ 5,3	43	74,14 $\pm$ 5,75	31,361	0,000
Допплерография билан УТТни қўллаш	31	48,44 $\pm$ 6,25	46	79,31 $\pm$ 5,32	12,457	0,000
Умумий таххис аниқлиги	52	81,25 $\pm$ 4,88	54	93,1 $\pm$ 3,33	3,752	0,053
Таххис қўйилгунга қадар ўтган вақт (кун)	8,61 $\pm$ 3,87		3,4 $\pm$ 1,61*			
Асосиз ўтказилган КТ текширувлари частотаси	11	17,19 $\pm$ 4,72	3	5,17 $\pm$ 2,91	4,324	0,038
Экскретор урография	15	23,44 $\pm$ 5,3	1	1,72 $\pm$ 1,71	12,589	0,000
Такрорий текширувлар частотаси	17	26,56 $\pm$ 5,52	5	8,62 $\pm$ 3,69	6,626	0,010

Изоҳ: * - таққослаш гуруҳига нисбатан ўртача арифметик қийматлар ўртасидаги фарқнинг статистик аҳамиятини билдиради (***) - $p<0,05$; ** - $p<0,01$; * - $p<0,001$).

Турли тадқиқот усуллариининг таххислаш самарадорлигининг қиёсий кўрсаткичлари 5-жадвалда келтирилган.

Такомиллаштирилган таххислаш алгоритмини жорий этиш натижасида таххислаш жараёни кўрсаткичларининг яхшиланиши 2-расмда акс эттирилган.

5-жадвал

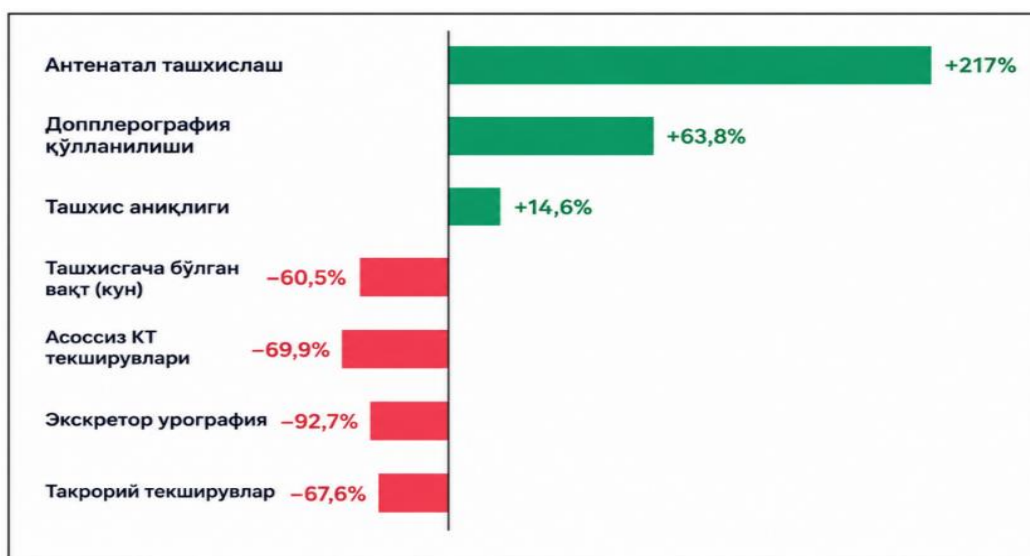
Тадқиқот усуллариининг таххислаш самарадорлигининг қиёсий кўрсаткичлари (n=122)

Кўрсаткич	ТГ (n=64)	АГ (n=58)	Фарқи	P
УТТ				
Сезгирлик	93,8% (60/64)	98,3% (57/58)	+4,8%	0,182
Спецификлик	98,4%	99,1%	+0,7%	0,724
Қиёсий таххиснинг аниқлиги	76,6% (49/64)	93,1% (54/58)	+16,7%	< 0,01
Допплерографияли УТТ				
Қўллаш частотаси	48,4% (31/64)	79,3% (46/58)	+30,9%	<0,001
Қўллашдаги аниқлик	87,1% (27/31)	95,7% (44/46)	+9,9%	0,156
КТ				
Қўллаш частотаси	65,6% (42/64)	77,6% (45/58)	+12,0%	0,143
Таххиснинг аниқлиги	90,5% (38/42)	95,6% (43/45)	+5,6%	0,318
Умумий таххис аниқлиги	81,3% (52/64)	93,1% (54/58)	+11,9%	<0,01

Изоҳ: тўғри таххис ҳолатларнинг умумий сонига нисбати қавс ичида кўрсатилган.

Такомиллаштирилган алгоритм доирасида антенатал босқичда патология аниқланган ҳолатларда акушерлик муассасалари билан узвий ҳамкорликни таъминлашга алоҳида эътибор қаратилди. Ҳомилада қорин бўшлиғи ҳажмли ҳосилалари аниқланганда ҳомиладорларни йўналтириш ва кейинги бошқарув тартибини белгилловчи маршрутлаш протоколлари ишлаб чиқилди (3-расм).

Шундай қилиб, ишлаб чиқилган такомиллаштирилган ташхислаш алгоритми юқори клиник самарадорликни намоён этди. Антенатал ташхислашга устуворлик бериш, доплерографияни мажбурий қўллаш ва аниқлаштирувчи визуализация усуллари асосланган тарзда танлаш ташхис аниқлигини ошириш, текширув муддатини қисқартириш ҳамда инвазив рентгенконтраст текширувлардан фойдаланишни сезиларли даражада камайтириш имконини берди.



2-расм. Такомиллаштирилган ташхислаш алгоритми жорий этилгандан кейин ташхислаш жараёни кўрсаткичларининг яхшиланиши.



3-расм. ҚБХХ учун оптимал ташхис алгоритмининг схемаси.

Хулоса

Чакалоқлар ва эрта ёшдаги болаларда қорин бўшлиғидаги ҳажмли ҳосилаларни ишлаб чиқилган клиник-диагностик мезонлар асосида эрта дифференциал ташхислаш усули юқори клиник самарадорлигини тасдиқлади: ташхислаш аниқлигининг 93,1% га (+15,7%) ортиши, антенатал диагностиканинг уч барабар кўпайиши (74,1%), текширув вақтининг 60,5% га қисқариши ва экскретор урографиядан фойдаланишнинг 92,7% га камайиши. Статистик муҳим фарқлар ($p<0.05$) клиник амалиётда такомиллаштирилган алгоритм ишлаб чиқилиши асослигини исботлади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Арсеньев АИ, Паньшина МВ, Серезко ЮО. Радиационная безопасность: учебное пособие для обучающихся в системе высшего и дополнительного профессионального образования. Санкт-Петербург: НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова; 2024. 204 с.
2. Гопиенко МА, Караваева СА, Белогурова МБ, и др. Герминогенно-клеточные опухоли брюшной полости и забрюшинного пространства у новорожденных. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2021;11(3 Suppl):34. doi:10.17816/psaic1078.
3. Кадырбердиева ФЗ, Сыркашев ЕМ, Костюков КВ, и др. Крестцово-копчиковая тератома у плода: новое о старой проблеме. Акушерство и гинекология. 2023;(2):12-17. doi:10.18565/aig.2022.252.
4. Мукасева ТВ. Эхографическая семиотика кистозных образований брюшной полости у новорожденных. Медицинская визуализация. 2017;(3):73-81.
5. Нгуен ТЛ, Черемнов ВС, Козлов ЮА. Киста общего желчного протока – современное состояние проблемы. Детская хирургия. 2021;(1):37-41.
6. Порецкова ГЮ, Седашкина ОА, Мазур ЛИ, и др. Врожденный (антенатальный) гидронефроз — модифицируемый фактор риска хронической болезни почек у детей: междисциплинарный подход в контексте профилактики хронического заболевания. Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2024;103(1):118-125.
7. Chandler JC, Gauderer MWL. The neonate with an abdominal mass. Pediatr Clin North Am. 2004;51(4):979-997. doi:10.1016/j.pcl.2004.03.004.
8. De Faria LL, et al. Staging and restaging pediatric abdominal and pelvic tumors: a practical guide. RadioGraphics. 2024;44(6):e230175. doi:10.1148/rg.230175.
9. Hartman GE, Shochat SJ. Abdominal mass lesions in the newborn: diagnosis and treatment. Clin Perinatol. 1989;16(1):123-135.
10. Kim HHR, et al. Pediatric abdominal masses: imaging guidelines and recommendations. Radiol Clin North Am. 2022;60(1):113-132. doi:10.1016/j.rcl.2021.08.004.
11. Lee W, et al. Ultrasound and alternative multimodality imaging of intra-abdominal and pelvic cystic masses in the newborn. Ultrasonography. 2021;40(4):503-516. doi:10.14366/usg.20199.
12. Morin CE, Artunduaga M, Schooler GR, Brennan RC, Khanna G. Imaging for staging of pediatric abdominal tumors: an update. AJR Am J Roentgenol. 2021;217(4):786-799. doi:10.2214/AJR.20.24754.

Қабул қилинган сана 20.06.2026