



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

8 (94) 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. САФОВЕВ (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)

8 (94)

2026

Август

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.07.2026, Accepted: 06.08.2026, Published: 10.08.2026

УЎК 616.381-006-053.31-07-089

БОЛАЛАРДА ҚОРИН БЎШЛИҒИ ҲАЖМЛИ ҲОСИЛАЛАРИ: ТАШХИСЛАШ ВА ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШНИНГ ДОЛЗАРБ МАСАЛАЛАРИ

Саттаров Ж.Б. <https://orcid.org/0000-0002-6317-2251>

Бобоев М.Ш. <https://orcid.org/0009-0007-0982-0290>

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

✓ Резюме

2015-2025 йилларда ҚБҲХлари аниқланган уч ёшгача бўлган 122 нафар болада ташиxisлаш ва жарроҳлик даволаш натижалари баҳоланди. Такомилаштирилган клиник-диагностик алгоритм ташиxis аниқлигини ошириб, диагностик хатолар ва операциядан кейинги асоратлар частотасини камайтирди. Кам инвазив ҳамда органсақловчи жарроҳлик усуларини қўллаш даволаш самарадорлигини сезиларли яхшилади.

Калит сўзлар: чақалоқлар, эрта ёшдаги болалар, қорин бўшлиғи ҳажмли ҳосилалари, дифференциал ташиxis, кам инвазив жарроҳлик, видеолaparоскопия, органсақловчи операциялар.

VOLUMETRIC ABDOMINAL FORMATIONS IN CHILDREN: CURRENT ISSUES OF DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT

Sattarov J.B. <https://orcid.org/0000-0002-6317-2251>

Boboev M.Sh. <https://orcid.org/0009-0007-0982-0290>

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

✓ Resume

The results of diagnostic and surgical treatment in 122 children under the age of three with OBJCs in 2015-2025 were evaluated. The improved clinical-diagnostic algorithm increased the accuracy of diagnosis, reduced the frequency of diagnostic errors and postoperative complications. The use of minimally invasive and organ-preserving surgical methods significantly improved the effectiveness of treatment.

Key words: infants, children of early age, volume derivatives of the abdominal cavity, differential diagnosis, minimally invasive surgery, videolaparoscopy, organ-preserving operations.

ОБЪЕМНЫЕ БРЮШНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ У ДЕТЕЙ: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Саттаров Дж.Б. <https://orcid.org/0000-0002-6317-2251>

Бобоев М.Ш. <https://orcid.org/0009-0007-0982-0290>

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

✓ Резюме

В 2015-2025 годах были оценены результаты диагностического и хирургического лечения 122 детей в возрасте до трех лет с акушерскими абдоминальными образованиями. Усовершенствованный клинко-диагностический алгоритм повысил точность диагностики, снизил частоту диагностических ошибок и послеоперационных осложнений. Применение малоинвазивных и органосохраняющих хирургических методов значительно повысило эффективность лечения.

Ключевые слова: младенцы, дети раннего возраста, объемные производные брюшной полости, дифференциальная диагностика, малоинвазивная хирургия, видеолaparоскопия, органосохраняющие операции.

Долзарблиги

Чақалоқлар ва эрта ёшдаги болаларда қорин бўшлиғининг ҳажмли ҳосилалари (ҚБХХ) 1:12000 дан 1:27000 гача тирик туғилиш частотаси билан патологик ҳолатларнинг гетероген гуруҳини ифодалайди [7,12]. Ҳажмли ҳосилаларнинг 80-87%и яхши сифатли хусусиятга эга бўлиб, асосан сийдик чиқариш тизими ривожланиши нуқсонлари (55-75%), репродуктив тизим ва гепатобилиар соҳанинг ҳажмли ҳосилалари билан ифодаланади [3,8].

Чақалоқлар ва эрта ёшдаги болаларда ҚБХХ келиб чиқиши, морфологик тузилиши ва клиник кечишининг хилма-хиллиги сабабли болалар хирургиясининг мураккаб муаммоларидан бири ҳисобланади. Уларнинг клиник белгилари кўпинча носпецифик бўлиб, ҳосиланинг анатомик манбаси ва табиатини операциягача аниқлаш қийинчилик туғдиради. Беморнинг ёши, ҳосиланинг жойлашуви ва инструментал белгилари дифференциал ташхисни белгилашда муҳим аҳамиятга эга [1,4,6].

Замонавий ташхислашда ультратовуш текшируви (УТТ) дастлабки ва устувор усул ҳисобланиб, доплерография ҳосиланинг тузилиши ҳамда қон билан таъминланиш хусусиятларини баҳолаш имконини беради. МСКТ ва МРТ эса патологик жараённинг тарқалиши, қўшни анатомик тузилмалар билан муносабати ва жарроҳлик амалиётини режалаштиришда муҳим ўрин тутди [2,10]. Антенатал визуализациянинг ривожланиши айрим кистоз ва ўсмавий ҳосилаларни ҳомила даврида аниқлаш, туғруқдан кейинги кузатув ва даволаш тактикасини олдиндан белгилаш имкониятини кенгайтди [11].

Шу билан бирга, очиқ ва кам инвазив жарроҳлик усулини танлаш ҳосиланинг ўлчами, жойлашуви, морфологик хусусияти ҳамда магистрал қон томирларига муносабатига боғлиқ. Тўғри танланган беморларда лапароскопик аралашувлар операция жароҳатини камайтириш ва тикланишни тезлаштириш имконини берса-да, хавфсизлик ва радикаллик тамойилларига қатъий риоя қилиш талаб этилади [4,6,9]. Шу сабабли ҚБХХларини эрта аниқлаш, босқичма-босқич ташхислаш алгоритминини ишлаб чиқиш ва жарроҳлик тактикасини индивидуаллаштириш мазкур муаммонинг долзарблигини белгилайди.

Тадқиқот мақсади: чақалоқлар ва эрта ёшдаги болаларда ҚБХХни эрта ташхислаш ва мақбул жарроҳлик тактикасини такомиллаштириш орқали даволаш натижаларини яхшилаш.

Материал ва усуллар

Тадқиқот доирасида қорин бўшлиғи ҳажмли ҳосилалари ташхиси тасдиқланган, неонатал даврдан уч ёшгача бўлган 122 нафар бола ўрганилди. Таҳлил 2015-2025 йиллар мобайнида олиб борилиб, мазкур патология билан даволанган беморларда қўлланилган ташхислаш усуллари ва жарроҳлик даволаш натижалари қиёсий жиҳатдан баҳоланди.

Тадқиқот икки босқичда амалга оширилди. Биринчи босқичда (2015-2019 йй.) ретроспектив таҳлил ўтказилиб, амалдаги клиник протоколлар асосида даволанган 64 нафар беморнинг тиббий хужжатлари ўрганилди. Ушбу беморлар таққослаш гуруҳини (ТГ) ташкил этди.

Иккинчи босқичда (2020-2025 йй.) проспектив когортали тадқиқот олиб борилди. Бу босқичда оптималлаштирилган ташхислаш алгоритмлари ва такомиллаштирилган жарроҳлик тактикаси қўлланилиб, 58 нафар бемордан иборат асосий гуруҳ (АГ) шакллантирилди.

Тадқиқотга жалб этилган барча беморларда ташхис қўйиш жараёни клиник баҳолаш, лаборатор ҳамда инструментал текширувларни босқичма-босқич қўллаш тамойили асосида амалга оширилди. Ташхислаш усулларни танлаш беморнинг ёши, клиник ҳолати, патологик ҳосиланинг эҳтимолий жойлашуви ва морфологик хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда белгиланди.

Натижалар ва таҳлиллар

Тадқиқотга киритиш мезонларига жавоб берган барча беморлар госпитализация қилинган даври ҳамда қўлланилган ташхислаш ва даволаш усулларига мувофиқ икки гуруҳга тақсимланди.

Тадқиқотга жалб этилган барча беморларнинг демографик ва клиник хусусиятларини қиёсий таҳлил қилиш натижалари ва фарқларнинг статистик аҳамиятини баҳолаш 1-жадвалда келтирилган.

Бирламчи ташхислашни баҳолаш. ТГда ултратовуш текшируви орқали ҳажмли ҳосилани аниқлаш учун сезгирлик 93,8% (60 дан 64), ўзига хослик 98,4% ва умумий аниқлик 95,3% ни

ташқил этди. АГдаги тегишли кўрсаткичлар 98,3% (57 дан 58), 99,1% ва 98,5% ни ташқил этди. АГда бирламчи таххислаш сезгирлигининг ошиши стандартлаштирилган ультратовуш протоколларини жорий этиш ва кичик ҳажмли ҳосилаларнинг учун юқори частотали сенсорлардан фойдаланиш орқали эришилди.

1-жадвал

Асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳининг қиёсий хусусиятлари (n=122)

Кўрсаткичлар	Тадқиқот гуруҳлари			
	ТГ (n=64)		АГ (n=58)	
	abs	M±m,%	abs	M±m,%
Ёш				
Чақалоқлар (0-28 кун)	14	21,88±5,17	8	13,79±4,53
Кўкрак ёш (1-12 ой)	26	40,63±6,14	31	53,45±6,55
Эрта ёш (1-3 ёш)	24	37,5±6,05	19	32,76±6,16
R	$\chi^2 = 3,875; p = 0,144$		$\chi^2= 13,690; p = 0,001$	
R	χ^2 Пирсона = 2,367; p = 0,306			
Ўртача ёш, ой (M±SD)		13,08±13,19		17,04±25,05
Жинси				
Ўғил болалар	29	45,31±6,22	24	41,38±6,47
Қиз болалар	35	54,69±6,22	34	58,62±6,47
	$\chi^2 = 0,563; p = 0,453$		$\chi^2 = 1,724; p = 0,189$	
R	χ^2 Пирсона = 0,192; p = 0,662			
Туғилгандаги тана вазни				
Ўртача тана вазни, g (M±SD)		3180±552,43		3210±477,31
Кам вазли (<2500 g)	6	9,38	8	13,79
R	χ^2 Пирсона = 0,585; p = 0,444			
Гестация муддати				
Муддатида туғилган (≥37 ҳафталик)	60	93,75±3,03	49	84,48±4,75
Чала туғилган (<37 ҳафталик)	4	6,25±3,03	9	15,52±4,75
	$\chi^2= 49,000; p = 0,000$		$\chi^2= 27,586; p = 0,000$	
R	χ^2 Пирсона = 2,745; p = 0,098			
Ҳамроҳ патология				
Перинатал патология (чақалоқлар)	13	20,31±5,03	5	8,62±3,69
R	χ^2 Пирсона = 3,307; p = 0,069			
Ҳамроҳ касалликлар (кўкрак ва эрта ёшдаги болаларда)	14	21,88±5,17	13	22,41±5,48
R	χ^2 Пирсона = 0,005; p = 0,943			
Туғма ривожланиш аномалиялари	19	29,69±5,71	26	44,83±6,53
R	χ^2 Пирсона = 2,996; p = 0,083			

Изоҳ: * белгиси билан таққослаш гуруҳига нисбатан ўртача арифметик кўрсаткичлар ўртасидаги фарқнинг статистик ишончлилиги ифодаланган (** – P<0,05; ** – P<0,01; * – P<0,001).

Ҳажмли ҳосилаларнинг қиёсий таххиси. ТГда кистоз ёки солид ҳажмли ҳосилаларни фарқлашнинг аниқлиги 76,6% ни ташқил этди (64 тадан 46 тасида). Икки қаватли девор билан ОИТ иккиланишни таххислашда энг катта қийинчиликларга дуч келди (43,8% ҳолларда нотўғри талқин). АГда доплерографиядан тизимли фойдаланиш қиёсий таххис аниқлигини 93,1% гача оширди (58 тадан 54 тасида). Лимфангиома таххисида айниқса сезиларли яхшиланиш қайд этилди яъни қон томир кўринишга хос 100% ҳолларда таххисни текширишга имкон берди.

Нозологик ташхиснинг аниқлиги. ТГда 52 нафар беморларда (81,3%) тўғри нозологик ташхис қўйилган. Энг катта қийинчиликлар ОИТ иккиланишлари (56,3%) ташхислашда, оддий кисталар ва холедох кисталарини (75,0%) фарқлашда гепатобилиар тизим ҳажмли ҳосилаларида қайд этилган. АГда нозологик ташхислашнинг аниқлиги 93,1% га етди (58 тадан 54 тасида). Ташхисни интраоперацион тузатиш 3 нафар беморларда (5,2%) ТГдаги 9 нафар беморларга (14,1%) нисбатан талаб қилинган ($p<0,05$).

Диагностик хатоларни таҳлил қилиш. Диагностик хатоларнинг умумий сони ТГда 12 та ҳолат (18,8%) ва АГда 4 та ҳолат (6,9%) ($p<0,05$). Хатоларнинг тузилиши 2-жадвалда келтирилган.

Диагностика жараёнининг вақтинчалик хусусиятлари. Дастлабки даволанишдан якуний ташхисгача бўлган муддат ТГда 8,6 ва АГда 3,4+1,6 кун ($p<0,001$) ни ташкил этди, бу эса ўз навбатида 60,5% га қисқартиришга мос келади. Такрорий синовларнинг частотаси 26,6% дан (17 нафар бемор) 8,6% гача (5 нафар бемор) ($p<0,01$) камайди. Ташхис қўйиш муддатини қисқартиришнинг асосий омили антенатал скринингда патологик жараённи эрта аниқлаш ва доплерографиядан мунтазам равишда фойдаланиш бўлиб, бу биринчи босқичда ташхисни текширишга имкон яратади.

2-жадвал

Тадқиқот гуруҳларида диагностик хатоларнинг тузилиши ва сабаблари

Хато тури	ТГ	АГ	Бартараф этиш усули
Локализацияни нотўғри аниқлаш	5 (41,7%)	1 (25,0%)	УТТ протоколларини стандартлаштириш
Нотўғри қиёсий ташхис	4 (33,3%)	1 (25,0%)	Допплерографияни мажбурий қўллаш
Ҳажмли ҳосилани аниқлай олмаслик	2 (16,7%)	1 (25,0%)	Юқори частотали датчиклардан фойдаланиш
Ҳосила ўлчамини нотўғри баҳолаш	1 (8,3%)	0 (0%)	Стандарт ўлчаш протоколларини жорий этиш
Техник артефактлар	0 (0%)	1 (25,0%)	Такрорий текширув ўтказиш
Жами хатолар	12 (18,8%)	4 (6,9%)	Комплекс оптималлаштириш

Изоҳ: гуруҳдаги умумий хатолар фоизи қавс ичида кўрсатилган.

Такомиллаштирилган ташхислаш алгоритмининг жорий этиш натижасида асосий диагностик кўрсаткичлардаги ижобий ўзгаришлар акс эттирилган. Асосий гуруҳда антенатал ташхислаш ва доплерографиядан фойдаланиш частотаси, шунингдек ташхис аниқлиги ошган, хатолар улуши эса камайган. Бу натижалар такомиллаштирилган ташхислаш алгоритмининг клиник самарадорлигини тасдиқлайди (1-расм).



1-расм. Аънавий ва такомиллаштирилган диагностика алгоритмларининг қиёсий кўрсаткичлари.

Ташхислаш жараёнининг вақт кўрсаткичлари. Диагностик самарадорликнинг асосий кўрсаткичларининг аксарияти гуруҳлар ўртасидаги статистик жиҳатдан муҳим фарқларни кўрсатди ($p<0.05$). Энг муҳим фарқлар қуйидаги параметрларда аниқланди: умумий ташхис аниқлиги ($p<0.01$), антенатал ташхис частотаси ($p<0.001$), доплерографиянинг қўллаш частотаси ($p<0.001$), ташхис қўйиш вақти ($p<0.001$), диагностика хатоларининг частотаси ($p<0.05$).

Шу тариқа, такомиллаштирилган ташхислаш ёндашуви асосида «Чақалоқлар ва эрта ёшдаги болаларда қорин бўшлиғидаги ҳажмли ҳосилаларни ишлаб чиқилган клиник-диагностик мезонлар асосида эрта дифференциал ташхислаш усули» мавзусида №ІАР8592 рақамли патент олинди. Қиёсий таҳлил мазкур усулнинг клиник самарадорлигини тасдиқлади. Хусусан, диагностика аниқлиги 81,3% дан 93,1% гача ошди, антенатал ташхислаш частотаси уч барабар кўпайди, текширув давомийлиги 60,5% га қисқарди ҳамда диагностик хатолар сони 2,7 барабар камайди. Асосий кўрсаткичлар бўйича аниқланган статистик аҳамиятли фарқлар ишлаб чиқилган клиник-диагностик ёндашувни болалар жарроҳлик амалиётига жорий этиш мақсадга мувофиқ эканлигини кўрсатди.

Чақалоқлар ва эрта ёшдаги болаларда ҚБХХда жарроҳлик тактикани тўғри танлаш даволаш самарадорлиги, операциядан кейинги асоратлар частотаси ҳамда касаллик оқибатида бевосита таъсир кўрсатади. Шунинг учун даволаш тактикаси патологик жараённинг клиник ва морфологик хусусиятларини комплекс баҳолаш асосида белгиланиши лозим.

Жарроҳлик тактикаси нуқтаи назаридан ҳажмли ҳосилаларнинг таснифи. Жарроҳлик тактикасини танлашни белгиловчи амалий нуқтаи назардан, биз ҳажмли ҳосилаларни қуйидаги мезонлар бўйича тизимлаштирдик (3-жадвал).

Асосий гуруҳда жарроҳлик амалиёти 58 нафар (47,5%) беморда таққослаш гуруҳида эса 64 нафар (52,5 %) беморда амалга оширилди. ҚБХХлари учун видеолапароскопик ва очик (анъанавий) жарроҳлик амалиётларнинг қиёсий натижалари 4-жадвалда келтирилган.

3-жадвал

Жарроҳлик тактикасини танлаш нуқтаи назаридан ҚБХХ таснифи (n=122)

Таснифлаш мезони	Кичик гуруҳ	Тадқиқот гуруҳлари			
		ТГ (n=64)		АГ (n=58)	
		abs	M±m,%	abs	M±m,%
Макроскопик тузилиши	Кистоз	50	78,13±5,17	41	70,69±5,98
	Солид	0	0±0	2	3,45±2,4
	Аралаш	8	12,5±4,13	4	6,9±3,33
	ОИТнинг иккиланиши	6	9,38±3,64	11	18,97±5,15
	P	$\chi^2=57,875$; p=0,000		$\chi^2=67,6550$; p=0,000	
	P	χ^2 Пирсон = 5,412; p = 0,144			
Локализацияси	Орган ичида жойлашган	32	50±6,25	49	84,48±4,75
	Ретроперитонеал	30	46,88±6,24	8	13,79±4,53
	Аралаш	2	3,13±2,17	1	1,72±1,71
	P	$\chi^2=26,375$; p=0,000		$\chi^2 = 69,552$; p=0,000	
	P	χ^2 Пирсон = 16,383; p = 0,000			
Морфологик тузилиши	Хавфсиз (яхши сифатли)	64	100±0	56	96,55±2,4
	Хавфли (ёмон сифатли)	0	0±0	2	3,45±2,4
	P			$\chi^2=50,276$; p = 0,000	
	P	χ^2 Пирсон = 2,244; p = 0,224			
Клиник кечиши	Симптомсиз	21	32,81±5,87	32	55,17±6,53
	Симптомли	29	45,31±6,22	19	32,76±6,16
	Асоратланган	14	21,88±5,17	7	12,07±4,28
	P	$\chi^2 = 5,281$; p=0,071		$\chi^2=16,172$; p = 0,000	
	P	χ^2 Пирсон = 6,420; p = 0,040			

Тузилмавий таҳлилга кўра, жарроҳлик аралашувлари энг кўп сийдик ажратиш тизимининг туғма нуқсонлари аниқланган 31 (25,4%) нафар ва ОИТ патологияси мавжуд 30 (24,6%) нафар беморда бажарилди. Солитар кисталар 13 (10,7%) нафар, тератомалар ва бошқа ҳажмли ҳосилалари 12 (9,8%) нафар, жинсий тизим патологияси эса 10 (8,2%) нафар беморда қайд этилди.

Таққослаш гуруҳида (n=64) асосан очик усулдаги ва органни сақловчи жарроҳлик аралашувлари бажарилди. Нефрэктомия 9 (7,4%) нафар, нефроуретерэктомия 2 (1,6%) нафар, геминефрэктомия ва геминефроуретерэктомия эса 4 (3,3%) нафар беморда ўтказилди. Радикал операциялар улушининг юқори бўлиши айрим туғма нуқсонлар кеч аниқлангани ва зарарланган аъзоларда қайтмас морфофункционал ўзгаришлар ривожланганини кўрсатади.

4-жадвал.

ҚБХХлари мавжуд асосий ва таққослаш гуруҳи беморларида даволаш тактикаси ҳамда жарроҳлик аралашуви тури ва усулини танлаш (n=122)

№	Жарроҳлик аралашуви тавсифи	Тадқиқот гуруҳлари			
		ТГ n=64		АГ n=58	
		а бс	%	абс	%
1	Kasai усули бўйича портоэнтеростомияси	0	0,00	2	3,45
2	Roux-en-Y бўйича гепатикоеюностомия	1	1,56	5	8,62
3	Холецистостомия (кистастома қўйиш) ва умумий ўт йўлини ҳамда қорин бўшлиғини дренажлаш	1	1,56	0	0,00
4	Ошқозон иккиланишини бартараф этиш	1	1,56	1	1,72
5	Иккиланган ичакни бартараф этиш ва/ёки анастомоз қўйиш	5	7,81	10	17,24
6	Қорин бўшлиғидаги кистани бартараф этиш ва/ёки анастомоз қўйиш	8	12,50	5	8,62
7	Anderson-Hynes бўйича пиелопластика	8	12,50	5	8,62
8	Politano-Leadbetter бўйича уретероцистонеоимплантация	3	4,69	0	0,00
9	Геминефректомия ва/ёки геминефроуретеректомия	4	6,25	0	0,00
10	Нефроуретеректомия	2	3,13	0	0,00
11	Нефректомия	9	14,06	0	0,00
12	Тухумдон ва параовар кистасини бартараф этиш	7	10,94	3	5,17
13	Солитар кистасини бартараф этиш (ошқозон ости беши, жигар, талок, буйрак)	7	10,94	6	10,34
14	Қорин бўшлиғидаги тератомани бартараф этиш	4	6,25	3	5,17
15	Сакрококсигеал тератомани бартараф этиш (экстирпация) ва/ёки коксигектомия билан	4	6,25	1	1,72
16	Видеолапароскопия	0	0,00	17	29,31
P		χ²=22,63; n=0,046		χ²=41,379; n=0,000	
P		χ² Пирсон = 47,157; n = 0,000			

ОИТ патологиясида энг кўп ичак иккиланишини бартараф этиш ва ичак анастомозларини шакллантириш операциялари бажарилди. Бундай аралашувлар 15 (12,3%) нафар беморда

ўтказилди. Қорин бўшлиғи кисталарини олиб ташлаш ва анастомоз ҳосил қилиш 13 (10,7%) нафар беморда амалга оширилди. Бу ҳолатлар мураккаб туғма нуқсонларда реконструктив жарроҳликка эҳтиёж юқори эканини кўрсатади.

Сийдик ажратиш тизими касалликларида Anderson-Hynes усулидаги пиелопластика 13 (10,7%) нафар беморда бажарилиб, энг кўп қўлланилган операция бўлди. Politano-Leadbetter усули бўйича уретероцистонеоимплантация 3 (2,5%) нафар беморда ўтказилди. Реконструктив-пластик операцияларнинг устунлиги буйрак ва сийдик йўллари функциясини сақлашга қаратилган ёндашувни акс эттирди.

Репродуктив (қиз болалар) тизим патологияси бўлган 10 (8,2%) нафар беморда тухумдон ва параовариал кисталар жарроҳлик йўли билан олиб ташланди. Тухумдон кисталарининг аксарияти ўнг томонда жойлашган бўлиб, бу 10 беморнинг 7 (70,0%) нафарида кузатилди.

Тератомалар 12 (9,8%) нафар беморда аниқланди. Уларнинг 7 (58,3%) нафарида қорин бўшлиғи тератомаси, 5 (41,7%) нафарида эса сакрококцигеал тератома жарроҳлик йўли билан олиб ташланди. Думғаза-дум соҳаси тератомаларининг ички ва аралаш шакллари, одатда, кеч ташхис қилиниб, ҳосиланинг кенг тарқалиши билан кечди.

Асосий гуруҳнинг 17 (14,0%) нафар беморида видеолапароскопик операциялар бажарилди. Малоинвазив усул энг кўп тухумдон кисталарида қўлланилиб, 10 (58,8%) нафар беморда амалга оширилди. Шунингдек, ушбу технология пиелоуретерал сегмент стенози, ошқозон ости бези, талоқ ва ингичка ичак тутқичи кисталарини даволашда ҳам қўлланилди.

Ўртача операция давомийлиги асосий гуруҳда $120 \pm 19,34$ дақиқадан $93 \pm 11,89$ дақиқагача қисқарди, яъни 22,5% га камайди. Бу кўрсаткич такомиллаштирилган жарроҳлик тактикаси ва кам инвазив ёндашувларни қўллаш операция самарадорлигини ошириб, жарроҳлик вақтининг сезиларли қисқаришига хизмат қилганини кўрсатади.

Тадқиқот доирасида ҚБХҲлари туфайли жарроҳлик амалиёти ўтказилган 122 нафар бемордан олинган материаллар гистологик таҳлил қилинди. Текширув учун кистоз ҳосилалар, тератомалар ва резекция қилинган ичак бўлаклари танланди. Гистологик баҳолаш жараёнида ҳосилаларнинг тўқимавий тузилиши, хужайра таркиби, яллиғланиш ва дистрофик ўзгаришлар, фиброз даражаси ҳамда бошқа патогистологик белгилар ўрганилди. Олинган натижалар клиник маълумотлар ва жарроҳлик даволаш натижалари билан қиёсий таҳлил қилиниб, патологик жараённинг хусусиятларини янада аниқроқ баҳолаш имконини берди.

ҚБХҲлари учун жарроҳлик амалиётини ўтказган 122 нафар беморнинг 104 тасида (85,2%) жарроҳликдан кейинги давр асоратларсиз кечди. 15 нафар беморда (12,3%), асосан чақалоқларда жарроҳликдан кейинги турли хил асоратлар кузатилган. ТГдаги 3 нафар беморда (2,5%) ўлим қайд этилди. Чақалоқларда операциядан кейинги даврнинг оғир кечиши асосий касаллик хусусияти, патологик жараён асоратланган шакллари, ҳамроҳ касалликлар ва туғма ривожланиш нуқсонлари билан боғлиқ бўлди. Ушбу омиллар организмнинг адаптацион-компенсатор имкониятларини чеклаб, эрта операциядан кейинги даврда беморлар умумий аҳволининг оғирлашишига ҳамда интенсив даволаш чораларини қўллаш заруратига олиб келди.

Хулоса

Чақалоқлар ва эрта ёшдаги болаларда ҚБХҲларининг энг катта улуши сийдик ажратиш тизимига тўғри келган - 29,5%. Репродуктив тизим ҳосилалари 18,0%, ОИТга оид ҳосилалар 14,8%, гепатобилиар тизим ҳосилалари эса 13,1% ни ташкил этган. Ичак тутқичи, чарви ва лимфа тизими ҳосилалари 10,7%, тератомалар 9,8% ҳолатда аниқланган.

Кам инвазив эндовизуал технологияларни клиник амалиётга жорий этиш жарроҳлик аралашуви самарадорлигини оширишга хизмат қилди. Натижада операциядан кейинги асоратлар частотаси 21,9% дан 6,9% гача камайди, операция давомийлиги эса $120 \pm 19,34$ дақиқадан $93 \pm 11,89$ дақиқагача қисқарди, бу мазкур ёндашув клиник афзаллигини тасдиқлади.

Оптималлаштирилган даволаш-тактик ёндашув аъзони сақлаб қолувчи операциялар улушини 82,8% дан 98,3% гача ошириш ва нефрэктомиялар частотасини 17,2% дан 1,7% гача камайтириш имконини берди. Бу натижалар жарроҳлик аралашуви ҳажмини индивидуаллаштириш ва органсақловчи тактикани кенг қўллаш самарадорлигини тасдиқлади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Акилов ХА, Матякубов ХН. Исходы лечения кистозной трансформации желчных протоков у детей. Вестник экстренной медицины. 2018;11(1):29-36.
2. Васильев АЮ, Терновой СК. Лучевая диагностика в педиатрии. Лучевая диагностика и терапия. 2020;11(1S):184-207. doi:10.22328/2079-5343-2020-11-1S-184-207.
3. Миронов СП, Касаткин ЮН. Детская радиология: национальное руководство. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2019. 320 с.
4. Разумовский АЮ, Дронов АФ, Смирнов АН, и др. Детская хирургия: национальное руководство. Под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2019. 1168 с.
5. Рыбакова ДВ, Керимов ПА, Казанцев АП. Эндохирургия в диагностике опухолевых заболеваний у детей: обзор литературы. Онкопедиатрия. 2017;4:290-293.
6. Эргашев НШ, Якубов ЭА. Разрывы кист и спонтанная перфорация внепеченочных желчных протоков у детей. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2016;6(2):13-17.
7. Cass DL. Fetal abdominal tumors and cysts. Transl Pediatr. 2021;10(5):1530-1541. doi:10.21037/tp-20-268.
8. Garg HK, et al. Pediatric upper abdominal masses: current practical imaging approach. Semin Roentgenol. 2024;59(4):1235-1248. (Уточните страницы по окончательной публикации, если используется печатная версия.)
9. Gurria JP, Malek MM. Minimally invasive surgery for abdominal and thoracic pediatric solid tumors. Semin Pediatr Surg. 2020;29(3):150158. doi:10.1016/j.sempedsurg.2020.150958.
10. Kim HHR, Hull NC, Lee EY, Phillips GS. Pediatric abdominal masses: imaging guidelines and recommendations. Radiol Clin North Am. 2022;60(1):113-129. doi:10.1016/j.rcl.2021.08.009.
11. Yang D, Li L, Diao M, et al. Prenatal diagnosis at different gestational times and clinical features of choledochal cysts: a single tertiary center report. Pediatr Surg Int. 2023;39(1):105. doi:10.1007/s00383-023-05374-5.
12. Ziessman HA, O'Malley JP, Thrall JH. Nuclear Medicine: The Requisites. 4th ed. Philadelphia: Elsevier; 2014. p.150-180.

Қабул қилинган сана 20.07.2026