

Hujjat tekshirish natijalari



Tekshiruvchi: Durdiyev Sarvarbek Hayitboy o'g'li (ID: 49847)
Tashkilot:
Hisobot "Antiplag.Uz" servisi tomonidan taqdim etilgan

HUJJAT TO'G'RISIDAGI MA'LUMOTLAR

Hujjat raqami: 255737
Yuklangan vaqti: 18-11-2024 13:41:00
Dastlabki faylning nomi: Рўзматов И.Б. Монография (2).docx
Hujjat nomi: Рўзматов И.Б. Монография.docx
Hujjat turi: belgilanmagan
Matndagi belgilar: 255777
Matndagi so'zlar: 33296
Gaplar soni: 5379
Matn o'lchami: 4983911 kB

HISOBOT TO'G'RISIDAGI MA'LUMOTLAR

Qidirish oraliqi: ko'rsatilmaga
Qidirish modullari: Bibliografiya qidiruv moduli, BMK dissertatsiyalari qidiruv moduli, Universitetlar halqasi qidiruv moduli, ИПС Адилет qidiruv moduli, Tarjima tekshiruvi uz-ru qidiruv moduli, Переводные заимствования по Интернету (EnRu) qidiruv moduli, Перефразированные заимствования по коллекции Интернет в русском сегменте qidiruv moduli, Собственная коллекция компании qidiruv moduli, Patentlar qidiruv moduli, Tarjima tekshiruvi en-ru qidiruv moduli, Переводные заимствования по Интернету (UzRu) qidiruv moduli, СПС Гарант: нормативно-правовая документация qidiruv moduli, Переводные заимствования qidiruv moduli, IEEE qidiruv moduli, Переводные заимствования по коллекции Интернет в английском сегменте qidiruv moduli, eLIBRARY.RU qidiruv moduli, Модуль поиска переводных заимствований qidiruv moduli, RDK to'plami qidiruv moduli, Перефразирования по СПС ГАРАНТ: аналитика qidiruv moduli, Elektron-kutubxona tizimlari qidiruv moduli, Rossiya va MDH OAVlari qidiruv moduli, Iboralarni qayta ishlatish qidiruv moduli, Internet plus qidiruv moduli, Коллекция НБУ qidiruv moduli, Переводные заимствования издательства Wiley qidiruv moduli, Перефразирования по коллекции издательства Wiley qidiruv moduli, Iqtibos keltirish qidiruv moduli, Переводные заимствования по коллекции Гарант: аналитика qidiruv moduli, Garant AHT qidiruv moduli, Кольцо вузов qidiruv moduli, Перефразирования по Интернету (EN) qidiruv moduli, Milliy reestr qidiruv moduli, Internet plus1 qidiruv moduli, Shablon iboralar qidiruv moduli, Wiley nashriyoti qidiruv moduli, Публикации eLIBRARY (переводы и перефразирования) qidiruv moduli, СМИ России и СНГ qidiruv moduli, Tabobat qidiruv moduli, Перефразированные заимствования по коллекции Интернет в английском сегменте qidiruv moduli, Переводные заимствования по коллекции Интернет в русском сегменте qidiruv moduli

O'ZLASHTIRIB OLISHLAR

12.48%

O'Z-ZIDAN IQTIBOS KELTSIRISHLAR

0%

IQTIBOS KELTSIRISHLAR

9.9%

ORIGINALLIK

77.63%

O'zlashtirib olish — topilgan barcha matnli kesishmalar ulushi, tizim hujjatning umumiy hajmiga nisbatan iqtibos keltirishga kiritganlaridan tashqari.
O'z-o'zidan iqtibos keltirishlar — tekshirilayotgan hujjatdagi muallifi yoki hammuallifi tekshirilayotgan hujjatning muallifi bo'lgan manba matni fragmenti bilan mos tushuvchi yoki deyarli mos tushuvchi matn fragmentlarining hujjatning umumiy hajmiga nisbatan ulushi.
Iqtibos keltirish — mualliflikni bo'lmagan, biroq tizim ulardan foydalanishni to'g'ri deb hisoblagan matnli kesishmalarining hujjatning umumiy hajmiga nisbatan ulushi. Bunga GOST bo'yicha qilingan iqtiboslar: umumfoydalanuvchi ifodalar; me'yoriy-huquqiy hujjatlar to'plamidan olingan manbalarda topilgan matn fragmentlari kiradi.
Matnli kesishma — tekshirilayotgan hujjatdagi manba matni fragmenti bilan ustma-ust yoki deyarli ustma-ust tushuvchi matn fragmenti.
Manba — tizimda indekslangan va tekshirish o'tkaziluvchi qidirish modulida mavjud bo'lgan hujjat.
Originallik — tekshirilayotgan hujjat matnidagi tekshiruv borgan birorta ham manbada topilmagan fragmentlarning hujjatning umumiy hajmiga nisbatan ulushi.
O'zlashtirib olishlar, o'z-o'zidan iqtibos keltirishlar, iqtibos keltirishlar va originallik alohida ko'rsatkichlar hisoblanadi va jami bo'lib 100%, ni beradi, bu esa butun tekshirilayotgan hujjat matniga mos keladi.
E'tiboringizni tizim tekshirilayotgan hujjatning tizimda indekslangan matnli manbalar bilan matnli kesishmalarni topishiga qaratamiz. Bunda tizim yordamchi vosita hisoblanadi, o'zlashtirib olishlar yoki iqtibos keltirishlarning to'g'riligi va o'rinaligini hamda tekshirilayotgan hujjat matnli fragmentlarining muallifi kimligini aniqlash tekshiruvchining vakolatida qoladi.

№	Hisobotdagi ulushi	Manba	Qidirish moduli
[01]	9.66%		Bibliografiya qidiruv moduli
[02]	4.78%	CHAQALOQLARDA QORIN OLD DEVORI TUG'MA NUQSONLARINI PRENATAL TASHHISLASH VA XIRURGIK DAVOLASH USULLARI. http://elibrary.ru/item.asp?id=53839396	eLIBRARY.RU qidiruv moduli
[03]	0.08%	Чақалоқларда омфалоцелени ташхислаш ва жаррохлик даволаш усулини такомиллаштириш Рўзматов Иззатбек Бахтиёрович-2019 http://diss.natlib.uz/ru-RU/ResearchWork/OnlineView/44342	Коллекция НБУ qidiruv moduli
[04]	1.9%	Врожденные пороки развития: пренатальная диагностика и новая концепция оказания помощи новорожденным оригинальные статьи – тема научной статьи по клинической медицине читайте бесплатно текст научно-исследовательской работы в электронной библиотеке Кибер... https://cyberleninka.ru/article/n/vrozhdennyye-poroki-razvitiya-prenatalnaya-diagnostika-i-novaya-kontseptsiya-okazaniya-pomoschi-novorozhdennym-originalnyye-stati	Переводные заимствования по коллекции Интернет в русском сегменте qidiruv moduli
[05]	1.16%	МОРФОЛОГИЯ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У КРОЛИКОВ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ	qidiruv moduli
[06]	1.02%	Рабиев Хусрав Худойкулович-ОПТИМИЗАЦИЯ АРТРОПЛАСТИКИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ УСТРАНЕНИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ2	qidiruv moduli
[07]	0.61%	ХАМИДОВ ФАРИДУН МАЪРУФОВИЧ-ОПТИМИЗАЦИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У МУЖЧИН	qidiruv moduli
[08]	0.42%	РИЗОВ ВАТАНШО САЙФОВИЧ-ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ2	qidiruv moduli
[09]	0.33%	Руководство по детской урологии часть 2	qidiruv moduli
[10]	0.49%	КАРИМ-ЗАДЕ ГУЛАНДО ДЖАНГОВАРОВА-ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПРЕДПЛЕЧЬЯ И КИСТИ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯМИ	qidiruv moduli
[11]	0%	https://mdpi-res.com/d_attachment/childr_en/children-08-00170/article_deploy/chil dren-08-00170-v2.pdf?version=1614236594 https://mdpi-res.com/d_attachment/children/children-08-00170/article_deploy/children-08-00170-v2.pdf?version=1614236594	qidiruv moduli

[12]	0.47%	Руководство по детской урологии: часть I	qidiruv moduli
[13]	0%	diss-shchukina.pdf https://nczd.ru/wp-content/uploads/2021/02/diss-shchukina.pdf	qidiruv moduli
[14]	0%	https://nczd.ru/wp-content/uploads/2021/02/diss-shchukina.pdf https://nczd.ru/wp-content/uploads/2021/02/diss-shchukina.pdf	qidiruv moduli
[15]	0%	Щукина, Анна Александровна Дифференцированный подход к лечению новорожденных с омфалоцеле : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.01.19 Москва 2021 http://dlib.rsl.ru/rsl01010000000/rsl01010624000/rsl01010624578/rsl01010624578.pdf	RDk to'plami qidiruv moduli
[16]	0%	Прикладные информационные аспекты медицины (Т-3 №-1) Часть 1 http://www.visma.ac.ru/publ/vestnik/archiv/priam/V_3_1/PART_2.HTML#1	Переводные заимствования по коллекции Интернет в русском сегменте qidiruv moduli
[17]	0%	57_74_122_0_0.600_80 120017 Прикладные информационные аспекты медицины (Т-3 №-1) Часть 1 http://www.visma.ac.ru/publ/vestnik/archiv/priam/V_3_1/PART_2.HTML	Переводные заимствования по коллекции Интернет в русском сегменте qidiruv moduli
[18]	0.41%	ДЕТСКАЯ УРОГИНЕКОЛОГИЯ	qidiruv moduli
[19]	0.52%	Прикладные информационные аспекты медицины (Т-3 №-1) Часть 1 http://www.visma.ac.ru/publ/vestnik/archiv/priam/V_3_1/PART_2.HTML#1	Переводные заимствования по коллекции Интернет в русском сегменте qidiruv moduli
[20]	0%	https://www.rps-journal.ru/jour/article/download/435/416 https://www.rps-journal.ru/jour/article/download/435/416	qidiruv moduli
[21]	0%	EPFSzZKA1YHpCEu.pdf https://api.ziyouet.uz/uploads/books/10001253/EPFSzZKA1YHpCEu.pdf	Переводные заимствования по коллекции Интернет в русском сегменте qidiruv moduli
[22]	0%	https://nczd.ru/wp-content/uploads/2021/02/diss-shchukina.pdf https://nczd.ru/wp-content/uploads/2021/02/diss-shchukina.pdf	qidiruv moduli
[23]	0%	https://www.radh.ru/files/magazine/tom-8-2-2018.pdf https://www.radh.ru/files/magazine/tom-8-2-2018.pdf	qidiruv moduli
[24]	0.07%	РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГОНАРТРОЗОМ МЕТОДОМ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА С ПРИМЕНЕНИЕМ КОСТНОЙ АУТОПЛАСТИКИ - Современные проблемы науки и образования (сетевое издание) https://science-education.ru/ru/article/view?id=9015	Переводные заимствования по коллекции Интернет в русском сегменте qidiruv moduli
[25]	0%	%D0%9C%D0%96%D0%9C%D0%A3_10062024.pdf https://mjys-tma.uz/wp-content/uploads/2024/07/%D0%9C%D0%96%D0%9C%D0%A3_10062024.pdf	qidiruv moduli
[26]	0%	UdnHTJma62hfcVb.pdf https://api.ziyouet.uz/uploads/books/10000014/UdnHTJma62hfcVb.pdf	qidiruv moduli
[27]	0%	https://api.ziyouet.uz/uploads/books/10000014/tr7Q1TYaiZeuBqZ.pdf https://api.ziyouet.uz/uploads/books/10000014/tr7Q1TYaiZeuBqZ.pdf	qidiruv moduli
[28]	0.18%	https://api.ziyouet.uz/uploads/books/10000014/kmTl8Rprqj54sBN.pdf https://api.ziyouet.uz/uploads/books/10000014/kmTl8Rprqj54sBN.pdf	qidiruv moduli
[29]	0%	GMacFFwbMIGhRHu.pdf https://api.ziyouet.uz/uploads/books/10000014/GMacFFwbMIGhRHu.pdf	qidiruv moduli
[30]	0%	https://roshalschool.ru/upload/iblock/cc7/cc7d95142ac2123259c40507a9b2dcb2.pdf https://roshalschool.ru/upload/iblock/cc7/cc7d95142ac2123259c40507a9b2dcb2.pdf	qidiruv moduli
[31]	0.24%		lqtibos keltirish qidiruv moduli
[32]	0%	https://roshalschool.ru/upload/iblock/b2e/b2e3551ac525497b9b0846e037cc7ee0.pdf https://roshalschool.ru/upload/iblock/b2e/b2e3551ac525497b9b0846e037cc7ee0.pdf	qidiruv moduli
[33]	0%	https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00383-020-04638-8.pdf https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00383-020-04638-8.pdf	ПЕРЕФРАЗИРОВАННЫЕ заимствования по коллекции Интернет в английском сегменте qidiruv moduli
[34]	0%	Beyond Expectation: Congenital anomalies of the abdominal wall and the lung: from fetus to child https://core.ac.uk/download/286809519.pdf	ПЕРЕФРАЗИРОВАННЫЕ заимствования по коллекции Интернет в английском сегменте qidiruv moduli
[35]	0%	https://fjsti.uz/uploads/img/yangilikar/Innovatsiya%20barcha%20bo%60limlari/Avto%20referatlar/Abdu.F.pdf https://fjsti.uz/uploads/img/yangilikar/Innovatsiya%20barcha%20bo%60limlari/Avto%20referatlar/Abdu.F.pdf	qidiruv moduli
[36]	0%	Abdu.F.pdf https://fjsti.uz/uploads/img/yangilikar/Innovatsiya%20barcha%20bo%60limlari/Avto%20referatlar/Abdu.F.pdf	qidiruv moduli
[37]	0%	Мокрушина, Ольга Геннадьевна Медицинская помощь новорожденным с хирургическими заболеваниями : диссертация ... доктора медицинских наук : 14.01.19 Москва 2013 http://dlib.rsl.ru/rsl01005000000/rsl01005094000/rsl01005094105/rsl01005094105.pdf	RDk to'plami qidiruv moduli
[38]	0.03%	https://fjsti.uz/uploads/img/yangilikar/Innovatsiya%2520barcha%2520bo%2560limlari/Avto%20referatlar/Shokirov%2520S..pdf https://fjsti.uz/uploads/img/yangilikar/Innovatsiya%2520barcha%2520bo%2560limlari/Avto%20referatlar/Shokirov%2520S..pdf	qidiruv moduli
[39]	0%	https://journal-medicine.ru/media/journal-medicine/2021/1/%D0%90%D0%BA%D1%82%D1%83%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B5%D0%B_C%D1%8B_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%8B_2021-1.pdf https://journal-medicine.ru/media/journal-medicine/2021/1/%D0%90%D0%BA%D1%82%D1%83%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B5%D0%BC%D1%8B_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%8B_2021-1.pdf	qidiruv moduli

[40]	0%	https://e-library.sammu.uz/uploads/books/O'zbek%20tilidagi%20adabiyotlar/%D0%9F%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%8F/Bolalar%20xirurgiyasi-%20II-%20tom.pdf	qidiruv moduli
[41]	0%	https://tashpmi.uz/wp-content/uploads/2020/08/darslik_fbx_2_tom-min.pdf	qidiruv moduli
[42]	0%	http://repository.tma.uz/xmlui/bitstream/handle/1/4986/biomedicine-2022-3.pdf	qidiruv moduli
[43]	0%	https://tashpmi.uz/wp-content/uploads/2020/08/darslik_fbx_2_tom-min.pdf	qidiruv moduli
[44]	0%	Bolalar%20xirurgiyasi-%20II-%20tom.pdf https://e-library.sammu.uz/uploads/books/O'zbek%20tilidagi%20adabiyotlar/%D0%9F%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%8F/Bolalar%20xirurgiyasi-%20II-%20tom.pdf	qidiruv moduli
[45]	0%	18m12.pdf http://medtsu.tula.ru/mng/18m12.pdf	Переводные заимствования по коллекции Интернет в русском сегменте qidiruv moduli
[46]	0%	https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=31404	ПЕРЕФРАЗИРОВАННЫЕ заимствования по коллекции Интернет в английском сегменте qidiruv moduli
[47]	0%	https://downloads.hindawi.com/journals/crim/2016/1828751.pdf	ПЕРЕФРАЗИРОВАННЫЕ заимствования по коллекции Интернет в английском сегменте qidiruv moduli
[48]	0%	Repair of Postoperative Abdominal Hernia in a Child with Congenital Omphalocele Using Porcine Dermal Matrix https://www.hindawi.com/journals/crim/2016/1828751/	ПЕРЕФРАЗИРОВАННЫЕ заимствования по коллекции Интернет в английском сегменте qidiruv moduli
[49]	0%	https://mdpi-res.com/d_attachment/children/children-08-00170/article_deploy/children-08-00170-v2.pdf?version=1614236594	ПЕРЕФРАЗИРОВАННЫЕ заимствования по коллекции Интернет в английском сегменте qidiruv moduli
[50]	0%	https://mdpi-res.com/d_attachment/children/children-08-00170/article_deploy/children-08-00170.pdf	ПЕРЕФРАЗИРОВАННЫЕ заимствования по коллекции Интернет в английском сегменте qidiruv moduli
[51]	0%	&#8220;Complex abdominal wall&#8221; management : evidence-based guidelines of the Italian Consensus Conference https://core.ac.uk/download/225133951.pdf	ПЕРЕФРАЗИРОВАННЫЕ заимствования по коллекции Интернет в английском сегменте qidiruv moduli
[52]	0%	Диссертация на тему «Совершенствование системы оказания медицинской помощи новорожденным с хирургической патологией в условиях Северного региона (на примере Республики Саха (Якутия))», скачать бесплатно автореферат по специальности ВАК РФ 14.01.19 - Детс... https://www.dissertat.com/content/sovershenstvovanie-sistemy-okazaniya-meditsinskoy-pomoschi-novorozhdennym-s-khirurgicheskoy-patologiyey-v-usloviyakh-severnoyego-reiona-na-primere-respubliki-saxa-yakutiya	qidiruv moduli
[53]	0%	https://n.ziyouz.com/books/kollej_va_otm_darsliklari/tibbiyot/Akusherlik%20(Yu.D.jabbarova,%20F.Ayupova).pdf	qidiruv moduli
[54]	0%	Congenital abdominal wall defects in Finland 1993-2014 : Epidemiology and risk factors https://core.ac.uk/download/pdf/347180604.pdf	ПЕРЕФРАЗИРОВАННЫЕ заимствования по коллекции Интернет в английском сегменте qidiruv moduli
[55]	0%	Congenital defects of abdominal wall https://www.mediasphera.ru/issues/khirurgiya-zhurnal-im-n-i-pirogova/2016/5/380023-120720150512	ПЕРЕФРАЗИРОВАННЫЕ заимствования по коллекции Интернет в английском сегменте qidiruv moduli

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI

RO'ZMATOV IZZATBEK BAXTIYOROVICH

CHAQALOQLARDA GASTROSHIZIS VA OMFALOTSELE

MONOGRAFIYA

URGANCH - 2024

4

Taqrizchilar: t.f.d., B.A. Terebayev Toshkent pediatriya tibbiyot instituti
“Fakultet bolalar xirurgiyasi” kafedrası dotsenti.
T.f.n., dotsent G.J. Matrizayeva Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali
“akusherlik, ginekologiya va onkologiya” kafedrası mudiri.

Ro‘zmatov I.B.

Chaqaloqlarda gastroshizis va omfalotsele. Monografiya: neonatal jarrohlari, bolalar jarrohlari, neonatologlar, akusher ginekologlar, magistr va klinik ordinatorlar uchun.

Monografiya neonatal xirurgiyaning dolzarb muammolaridan biriga bag‘ishlangan. Unda chaqaloqlarda kindik tizimchasi churrasi – omfalotsele va gastroshizisning antenatal diagnostikasi, akusherlik taktikasi, operatsiya oldi tayyorgarligi, operatsiya taktikasi va usulini tanlash, operatsiyadan keyingi parvarish masalalari batafsil yoritilgan. Olingan natijalar asosida yangi operatsiya usuli va bir qator davolash tashxislash bayonnomalari, xulosalar va amaliy tavsiyalar taklif qilingan. Monografiya bolalar xirurgi, neonatolog mutaxassisliklari bo‘yicha amaliyot shifokorlari, magistratura rezidentlari va klinik ordinatorlarni o‘qitish jarayonida qo‘llanishi mumkin.

SHARTLI QISQARTMALAR

AB – arterial bosim

ITI – ilmiy tadqiqot institutlari

MNS – markaziy nerv sistemasi

NSG – neyrosonografiya

OIT – oshqozon ichak tizimi

PVK – periventrikulyar qon quyilishi

RPM – Respublika perinatal markazi

UTT – ultratovush tashxislash

SMV – sitomegalovirus

ExoKG – exokardiografiya

MUNDARIJA	
MUQADDIMA.....	5
I BOB. CHAQALOQLARDA QORIN OLD DEVORI TUG‘MA NUQSONLARINI TASHXISLASH VA DAVOLASHDAGI ZAMONAVIY QARASHLAR (adabiyotlar sharhi).....	9
§ 1.1 Gastroshizisni tashxislash va davolashdagi zamonaviy qarashlar.....	9
§ 1.2. Omfalotseleni tashxislash va davolashdagi zamonaviy qarashlar.....	20
II BOB. KLINIK MATERIALLAR VA TADQIQOT USULLARIGA UMUMIY TAVSIF.....	37
§ 2.1. Tadqiqot materiallariga tavsif.....	37
§ 2.2. Tadqiqot usullariga tavsif.....	45
III BOB. CHAQALOQLARDA QORIN OLD DEVORI TUG‘MA NUQSONLARINI KLINIK KECHISHI VA TASHXISLASH.....	50
§ 3.1. Chaqaloqlarda qorin old devori tug‘ma nuqsonlarini klinik kechishini o‘ziga xos xususiyatlari.....	50
§ 3.2. Chaqaloqlarda qorin old devori tug‘ma nuqsonlarini antenatal tashxislash va optimal davo usulini tanlash.....	61
§ 3.3. Qorin old devori tug‘ma nuqsonlari bilan tug‘ilgan chaqaloqlarni transportirovka qilish xususiyatlari.....	71
IV BOB. CHAQALOQLARDA QORIN OLD DEVORI TUG‘MA NUQSONLARINI DAVOLASH XUSUSIYATLARI.....	81
§ 4.1. Operatsiya oldi tayyorgarligi	81
§ 4.2. Xirurgik davo usullari.....	83
V BOB. CHAQALOQLARDA QORIN OLD DEVORI TUG‘MA NUQSONLARINI DAVOLASH NATIJALARI.....	105
§ 5.1. Davolash natijalarining erta tahlili.....	105
§ 5.2. Davolash natijalarining uzoq tahlili.....	112
XOTIMA.....	120
XULOSALAR.....	130
AMALIY TAVSIYALAR.....	132
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI.	133

MUQADDIMA

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra, «bolalar o'limlari orasida hayotining birinchi oyida nobud bo'lgan chaqaloqlar ulushi ayniqsa katta bo'lib, 40-65% ni tashkil qiladi, ularning aksariyati ³¹zudlik bilan xirurgik amaliyotni talab qiluvchi tug'ma nuqsonlardan iboratdir»¹. Gastroshizis va omfalotsele ko'rsatilgan og'ir nuqsonlardan biri hisoblanib, boshqa barcha tug'ma anomaliyalar orasida 1,6-3,2% hollarda uchraydi. O'z vaqtida davolanmasa, o'lim ko'rsatkichi 100% gacha yetishi mumkin. Ushbu rivojlanish nuqsonini davolashning yakka umumqabul qilingan usuli hanuzgacha mavjud emas. «Katta va gigant omfalotselelarni davolashga yondashuvlarda, ayniqsa, katta farqlanishlar mavjud bo'lib, vissero-abdominal disproportsiya kuchli ifodalangan holatlar mahalliy to'qimalarni qo'llagan holda qorinning old devorini radikal plastikasini bajarishni ³¹cheklab qo'yadi»². Bunday hollarda amaliyot bajarish pastki kavak venaning bosilish sindromi yoki kompartment sindromi rivojlanishi tufayli jiddiy asoratlarga, ko'pincha, o'limga olib keladi. Ushbu holatlarning oldini olish maqsadida turli sintetik yamoqlarni qo'llagan holda plastik usullarning turli variantlari qo'llanadi. Biroq, sintetik yamoqlarni qo'llagan holda plastik usullarning turli variantlarini qo'llashga ko'rsatmalar bir qator hollarda asoslanmagan bo'lib, natijada amaliyotdan keyin jiddiy asoratlar rivojlanishi mumkin, shu sababli, ushbu yo'nalishda ²olib borilayotgan ilmiy tadqiqotlarni davom ettirish istiqbolli hisoblanadi.

Dunyo amaliyotida bugungi kunda gastroshizis va omfalotsele patogenezing turli jihatlarini ochib berishga qaratilgan ko'p markazli ilmiy tadqiqotlar davom ettirilmoqda, xususan, ushbu patologiyalarning rivojlanishiga ikki omilning – ichakning homila ichi burilishining birinchi davrining ¹⁹buzilishi va qorin old devori shakllanish jarayonining buzilishi chuqur o'rganilmoqda. Ma'lumki

¹ World Health Organization. Neonatal Surgery: fact sheet no. 12. World Health Organization website, 2017. <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs12/en>, accessed February 14.

² Isabella N. Bielicki, Stig Somme, Giovanni Frongia et al. Abdominal Wall Defects-Current Treatments. Children 2021, 8, 170. <https://doi.org/10.3390/children8020170>.

embriogenezning erta bosqichlarida nuqsonning shakllanishi homila organizmida patomorfologik va patofiziologik o'zgarishlar rivojlanishiga olib keladi. Shu sababli, qorin old devori nuqsonlarining, ayniqsa shu davrda gastroshizis va omfalotseleni hosil bo'lishining sabab-oqibat munosabatlari faol o'rganib borilmoqda. Sariqlik yo'lining o'z vaqtida yopilmasligi, va natijada, ichak buralishi jarayonining buzilishi, a'zolarining bir qismi kindik qobiqlarida qolib, qorin old devori me'yorda yopilishiga to'sqinlik qilishi fonida gastroshizis va omfalotsele rivojlanishining patomorfologik tahlili davom ettirilmoqda.

Mamlakatimizda tibbiyot sohasini rivojlantirish tibbiy tizimni jahon andozalari talablariga moslashtirish, jumladan patologik holatlarda to'g'ri maqsadga yo'naltirilgan chora tadbirlarni o'tkazishga qaratilgan muayyan chora – tadbirlar amalga oshirilmoqda. Bu borada 2022 – 2026 – yillarga mo'ljallangan Yangi O'zbekistonning taraqqiyot strategiyasining yettita ustivor yo'nalishiga muvofiq aholiga tibbiy xizmat ko'rsatish darajasini yangi bosqichga ko'tarishda "... birlamchi tibbiy – sanitariya xizmatlarida aholiga malakali xizmat ko'rsatish sifatini yaxshilash" kabi vazifalar belgilangan. Ushbu vazifalardan kelib chiqqan holda, jumladan, chaqaloqlarda gastroshizis va omfalotseleni xirurgik davolash sifatini yaxshilashda ham muayyan ijobiy natijalarga erishilgan.

Chaqaloqlarda gastroshizis va omfalotsele kam uchraydigan rivojlanish nuqsonlari qatoriga kiradi va o'rtacha 3000-10000 ta chaqaloqdan birida uchradi, turli davolash usullarining qo'llanishiga qaramay, o'lim ko'rsatkichining 25% dan 80% gacha yuqori bo'lishi bilan tavsiflanadi (Glasser JG⁴). Shu sababli, gastroshizis va omfalotsele qorin old devori rivojlanishi tug'ma nuqsonlarining eng murakkablaridan biri bo'lib hisoblanadi. Santana S⁵ fikriga ko'ra, «konservativ va operativ davolashning oqibatlari turlicha: kichik o'lchamdagi omfalotsele da yaxshi bo'lishidan tortib, gigant o'lchamdagi omfalotsele va gastroshizisda vissero-abdominal disproporsiyani hal qilish kritik darajada murakkab bo'lgani sababli

³ O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2022 – yil 28 yanvardagi PF – 60 – sonli “2022 – 2026 yillarga mo'ljallangan Yangi O'zbekistonning taraqqiyot strategiyasi to'g'risida” gi Farmoni.

⁴ Glasser JG. Pediatric Omphalocele and Gastroschisis // <https://emedicine.medscape.com>. Feb 06, 2017;

⁵ Santana S, Salci T, Andriato P, et al. Diagnosis and management of a fatal case of sepsis caused by Candida parapsilosis sensu in a neonate with omphalocele // Medical Mycology Case Reports. – 2018. – Vol. 20. – p. 10–14.

yomon natijalar bo'lishi mumkin». Hozirgi vaqtda qorin old devori patologiyasini tashxislashda antenatal UTT «oltin standart» bo'lib hisoblanadi va uning sezgirligi 70-100% ni tashkil etadi. Homiladorlarda antenatal tashxislash usullarini takomillashtirish ushbu nuqson aniqlanishining ortishiga olib keladi, ammo, avvalgidek uning imkoniyatlari yetarlicha o'rganilmaganligicha qolmoqda.

Adinda G.H.⁶ ning fikriga ko'ra, «homilani antenatal ultratovush tashxislash homiladorlikni saqlab qolish yoki to'xtatish masalasini hal qilish, rivojlanishning ko'p sonli nuqsonlarini aniqlash, ushbu anomaliyalar aniqlangan bolalarni tug'dirib olish muddati va turlarini aniqlash uchun katta ahamiyatga ega». Adabiyotlardagi ma'lumotlarga ko'ra, ushbu nuqsonlarni tashxislash uchun minimal muddat 12 hafta $\pm$ 3 kun hisoblanadi. Nuqson aniqlanmasligining sabablaridan ularni aniqlashda aniq tizimning yo'qligi, maslahat markazlariga homilador ayollarning kamchiligi shifokorlarga murojat qilishi va ushbu patologiyani aniqlashda mutaxassislar malakasining yetarli emasligi hisoblanadi. Postnatal tashxislash, postnatal kuzatish sxemalasi va xirurgik amaliyotlarga ko'rsatmalar hanuz juda ahamiyatli va kam o'rganilgan masalalardan bo'lib qolmoqda. Allotransplantat sifatida biologik substratlar (ksenoperikard, lifoillangan qattiq miya pardari) asosida sintetik yamoqlarni qo'llagan holda plastika turli variantlarini qo'llash natijalarini tahlil qilish bo'yicha tadqiqotlar yana bir ahamiyatli yo'nalishlardan bo'lib qolmoqda (Sonner P⁷). Biroq hozirgi vaqtda gastroshizis va omfalotsele bilan chaqaloqlarni operativ davolashda ushbu usul ilmiy asoslab berilmagan.

O'tkazilgan adabiyotlar tahlili shuni ko'rsatadiki, gastroshizis va omfalotsele davolash-tashxislash taktikasi hozirgi davrda zamonaviy neonatal xirurgiyaning dolzarb va oxirigacha hal qilinmagan muammolaridan biri bo'lib hisoblanadi. Qoniqarsiz natijalarning sezilarli ulushi, churraning o'lchamlari va kasallikning klinik kechishini hisobga olgan holda davolashning optimal usuli birinchi yordam turini tanlash mavjud emasligi ushbu yo'nalishda tadqiqotlarni

⁶ Adinda GH, Pijpers, Cunera MC. de Beaufort, Sanne C. Maat et.al. Additional Anomalies in Children with Gastroschisis and Omphalocele: A Retrospective Cohort Study. Children 2023, 10, 688. <https://doi.org/10.3390/children10040688>.

⁷ Conner P, Vejde HJ, Burgos MC. Accuracy and of prenatal diagnosis in infants with omphalocele //Pediatric Surgeri Internayional.- 2018. – Vol. 34. – p. 629-633.

davom etish dolzarbligini ko'rsatadi. Ta'kidlab o'tilganlar chaqaloqlarda gastroshizis va omfalotseleni tashxislash va xirurgik davolashga optimal yondashuvlarni ishlab chiqish va neonatal xirurgik amaliyotga tatbiq etish zarurligini belgilab beradi.

I BOB. CHAQALOQLARDA QORIN OLD DEVORI TUG'MA 2 NUQSONLARINI TASHXISLASH VA DAVOLASHDAGI ZAMONAVIY QARASHLAR (Adabiyotlar sharhi)

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning tug'ma rivojlanish nuqsonlari oxirgi yillarda katta tibbiy-ijtimoiy ahamiyat kasb etadi. Ma'lumki amaliyotda qorin old devori nuqonlari tarkibiga gastroshizis, omfalotsele, qorin old devori mushaklari aplaziyasi, kindik churrasi, qorin old devori oq chizig'i churrasi, kindik oqmalari kirib, chaqaloq hayotiga xavf soluvchi gastroshizis va omfalotsele ko'proq ahamiyat kasb etadi. Ushbu anomaliyalarni erta tashxislash va davolash natijalarini yaxshilash muhim omillardan biri hisoblanadi. Ammo hozirda, zamonaviy jarrohlik yordamini ko'rsatish sifatini oshirish bo'yicha erishilgan yutuqlarga qaramay, mazkur rivojlanish nuqsonlarini davolash natijalari har doim ham qoniqarli bo'lavermaydi.

§ 1.1. Gastroshizisni tashxislash va davolashdagi zamonaviy qarashlar

Gastroshizis zamonaviy xalqaro atama bo'lib, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda qorin bo'shlig'i a'zolarining eventratsiyasi bilan odatda normal shakllangan kindikdan o'ngda barcha narsani o'z ichiga olgan paraumblikal nuqsonni anglatadi [7; 45 – 15-b., 39; 45 – 52-b., 94; 1255 – 67-b., 90; 660 – 672-b., 112; 391 – 402-b., 17; 74 – 80-b., 2; 304-b., 101; 579 – 590-b., 106; 98 – 101-b., 116; 2640 – 2641-b., 57; 1461 – 1469-b., 58; 213 – 217-b., 41; 688-b.]. Turli mualliflarning fikriga ko'ra, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda bu nuqsonlarning salmog'i 1:1200 dan 1:21000 gacha [8; 137 – 143-b., 27; 76 – 83-b., 2; 304-b., 122; 222-b., 106; 98 – 101-b., 116; 2640 – 2641-b.] o'rtacha - 6000 tug'ilgan bolaga 1 ta holatni tashkil etadi. Biroq, so'nggi yillarda aniqlangan rivojlanish nuqsonlarini sonining (1:4000 gacha va ba'zi adabiyot manbalariga ko'ra, 1:2900 gacha) ko'payishi aniqlanadi [4; 107 – 118-b., 8; 137 – 143-b., 15; 436 – 459-b., 94; 1255 – 67-b., 90; 660 – 672-b., 92; 38 – 42-b., 2; 304-b., 106; 98 – 101-b., 116; 2640 – 2641-b., 123; 46 – 50-b.]. Shu bilan birga, gastroshizisning omfalotseledan ko'p uchrayotganligi qayd etilgan.

Chaqaloqlarda gastroshizis paydo bo'lishining sabablari haligacha to'liq aniqlanmagan [7; 45 – 15-b., 39; 45 – 52-b., 17; 74 – 80-b., 41; 688-b.]. Biroq,

homilada gastroshizis rivojlanishi uchun xavf omillari haqida ma'lumotlar mavjud: onaning yoshligi, ratsiondagi ozuqa moddalarining yetarli emasligi, ayniqsa aminokislotalar (glutation) va alfa-karotinning yetishmasligi, preimplantatsiya bosqichida embrionga radiatsiya ta'siri, homiladorlikning birinchi uch oyligida dori-darmonlarni qabul qilish (aspirin, ibuprofen, fenilpropanolamin), narkotiklarni ishlatish, chekish, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish kiradi [39; 45 – 52-b., 86; 165 – 170-b., 122; 222-b., 125; 756 – 764-b., 57; 1461 – 1469-b., 58; 213 – 217-b.]. Adabiyotlardagi ma'lumotlarga ko'ra, gastroshizis erta embrionogenezda, 5 va 8 haftalar orasida sodir bo'ladi. Gastroshizisning embriopatogenezi asosida o'ng kindik venasi yoki omfalomezenterik arteriyalarning vaskulyarizasiyasi sohasidagi qon oqimining, embrion tuzilmalarning lizisi va infarkti bilan mahalliy buzilishida yotadi, natijada kelajakda qorin old devori nuqsoni va uning yopilishi, o'rta ichakning amnion bo'shlig'iga eventratsiyasi shakllanadi [4; 107 – 118-b., 39; 45 – 52-b., 112; 391 – 402-b., 129; 66-b., 122; 222-b., 101; 579 – 590-b., 125; 756 – 764-b., 100; 825 - 905-b., 41; 688-b.]. Nazariyalardan biri shuni ko'rsatadiki, gastroshizis kindik tizimchasi churrasi membranalarining homila ichi davrida yopilishi natijasidir. Ushbu nazariyani tasdiqlash uchun misollar keltiriladi, ya'ni homiladorlikning 27-haftasidan oldin o'tkazilgan ultratovush tekshiruvi o'tkazilganda kindik churrasi aniqlangan, 35 haftadan katta davrda esa "gastroshizis" tashxisi qo'yilgan va bu chaqaloqlar gastroshizis tashxisi bilan tug'ilgan [25; 149-b., 7; 45 – 15-b., 94; 1255 – 67-b., 131; 258-b., 129; 66-b., 125; 756 – 764-b., 57; 1461 – 1469-b., 58; 213 – 217-b., 100; 821 – 905-b., 41; 688-b.]. Homiladorlikning 37 - 52 kungacha bo'lgan rivojlanish kechikishi taxmin qilish, kindik churrasida boshqa anomaliyalar va nuqsonlarning mavjudligini mantiqiy tushuntirishga imkon beradi, chunki mazkur erta davrda tez va xilma-xil rivojlanish yuz beradi [25; 149-b., 92; 38 – 42-b., 129; 66-b., 122; 222-b.]. Mavjud adabiyotlarda gastroshizis rivojlanishining sababi o'ng omfalomezenterik arteriya bilan bog'liq bo'lgan homila ichi qon tomirli anomaliyasi hisoblanib, bunda keyinchalik kindik halqasining yopilishi va qorin bo'shlig'i tarkibining eventratsiyasi kuzatiladi [25; 149-b., 83; 688 – 9-b., 123; 46 – 50-b.]. Qon tomirlarining o'zgarish

jarayoni tufayli char omfalomezenterik arteriya regressiyaga uchraydi, o'ng tomondagisi esa bevosita aortadan boshlanib qoladi. O'ng omfalomezenterik arteriyaning proksimal qismi yuqori tutqich arteriyasiga aylanadi. O'z navbatida distal qism kindik halqasi orqali omfalomezenterik kanalga hamroh bo'ladi va homilaning o'ng tomonida joylashgan sariq tana qopchasida tugaydi. Agar o'ng omfalomezenterik arteriyaning distal qismining rivojlanishi buzilgan bo'lsa, kindik asosining infarkti va nekrozi hamda bu infarktli hudud orqali ichakning prolapsi, tug'ilish vaqtida nuqsonning chetlari bo'ylab to'qimalarning bitishi va resorbsiyasi sodir bo'ladi. Bu nuqson gastroshezisda kindikning o'ng tomonidagi odatiy lokalizatsiyasi bilan tushuntiriladi. Juda kam hollarda nuqson kindik tizimchasining char tomonida joylashadi [25; 149-b., 7; 45 – 15-b., 94; 1255 – 67-b., 83; 688 – 9-b., 90; 660 – 672-b., 131; 258-b., 2; 304-b., 57; 1461 – 1469-b., 58; 213 – 217-b., 41; 688-b.].

Gastroshezisda churra xaltasi hech qachon rivojlanmaydi. Qorin devoridagi nuqson tufayli o'rta ichakning qisqa, burilmagan qismi tushadi, u yuqori tutqich arteriyasidan qon bilan ta'minlanadi. O'n ikki barmoqli ichak yuqori tutqich tomirlari bilan parallel joylashgan, ularning bevosita yonida, shuningdek, ko'ndalang yo'g'on ichakning o'rta qismi bilan yonma-yon joylashgan. Ushbu uchta tuzilma hosilani yaratadi, unda ingichka ichakning qolgan qismi va ko'tariluvchi yo'g'on ichak o'rnashgan bo'ladi [8; 137 – 143-b., 112; 391 – 402-b., 131; 258-b., 17; 74 – 80-b., 122; 222-b., 116; 2640 – 2641-b.]. O'rta ichak ko'pincha buralish bilan shikastlanadi. Ichak, qoida bo'yicha, qisqaroq, diametri odatdagidan 3-4 baravar katta, kulrang-yashil rangdagi zich biriktiruvchi to'qima bilan qoplangan bo'lib, bu homila ichi peritonitining natijasidir. G'ilof shunchalik kuchliki, uning ostida ichaklarni farqlash qiyin. Ushbu qobiqning mavjudligi eventratsiyalangan a'zolarining o'ziga xos rangini - kulrang-sariqdan binafsha-sianotikgacha bo'lishini belgilaydi. Ba'zi hollarda, bu rang diagnostik xatoning sababi bo'lib, eventratsiyaga uchragan a'zolarining morfologik holati qisilish natijasida yuzaga kelgan nekroz deb hisoblanadi [8; 137 – 143-b., 7; 45 – 15-b., 99; 2525 – 2529-b., 2; 304-b., 101; 579 – 590-b., 106; 98 -101-b.].

Qorin old devorining tug'ma nuqsoni bo'lgan bolalar 40% gacha muddatidan oldin tug'iladi. Gastroshizis va kindik tizimchasi churrasi bilan boshqa hayotiy muhim a'zolar va tizimlarning ko'pgina kombinatsiyalangan nuqsonlari uchraydi. Gastroshizisda, omfalotseledan farqli o'laroq, bir nechta rivojlanish nuqonlari kamroq uchraydi [25; 149-b., 94; 1255 – 67-b., 92; 38 – 42-b., 30; 70-b., 44; 9-b., 129; 66-b., 2; 304-b., 116; 2640 – 2641-b., 100; 821 – 905-b., 41; 668-b., 123; 46 – 50-b.]. Shunday qilib, gastroshizis bilan birgalikda nuqsonlar 21% hollarda uchraydi. Ular asosan ichak nayining anomaliyasi bilan ifodalanadi: ingichka yoki yo'g'on ichakning atreziyasi, Mekkel divertikuli, o't yo'llari atreziyasi. Boshqa a'zolar va tizimlarning nuqsonlari ancha kam, siydik tizimining nuqsonlari 6%, yurak va markaziy asab tizimining nuqsonlari faqat 1% hollarda uchraydi. Kindik tizimchasi churrasi bilan, boshqa hayotiy muhim a'zolar va tizimlarning (yurak, markaziy asab, siydik tizimi) ko'plab qo'shma tug'ma nuqsonlari, shuningdek irsiy kasalliklar (Daun sindromi, Bekvit-Videman, Vilyam-Osler sindromi, 13 va 18 juft xromosomalar trisomiyasi) 54% holatda uchraydi [25; 149-b., 94; 1255 – 67-b., 99; 2525 – 2529-b., 92; 38 – 42-b., 96; 421 – 424-b., 30; 70-b., 91; 1 – 4-b.].

Tibbiy amaliyotga antenatal skriningning keng joriy etilishi nafaqat tug'ma patologiyani erta tashxislash imkonini beradi, balki neonatal xirurgiyada jarrohlik texnologiyalarini takomillashtirishga ham yordam beradi [7; 45 – 15-b., 12; 92 – 96-b., 21; 54 – 56-b., 112; 391 – 402-b., 9; 39 – 40-b., 19; 63 – 65-b., 77; 383 – 388-b., 16; 33 – 38-b., 104; 6-b., 119; 125 – 130-b., 100; 821 – 905-b.]. Hozirgi vaqtda qorin old devorining tug'ma nuqsonlarini prenatal tashxislashga alohida e'tibor qaratilmoqda. Gastroshizis va kindik tizimchasi churrasini ultratovush yordamida aniqlash juda oson. Prenatal tashxisning aniqligi o'rtacha 70-80% ni tashkil qiladi. Homila ichi rivojlanishining 10-haftasigacha ichak embrionining qorin bo'shlig'idan tashqarida, ya'ni fiziologik churra – ekzofalos holatida bo'ladi. 13-haftada homilaning ichaklari qorin bo'shlig'iga qaytishi kerak. O'sha muddatdan boshlab gastroshizis va omfalotseleni tashxislash mumkin [128; 104 – 9-b., 2; 304-b., 28; 220 – 225-b., 104; 6-b., 101; 579 – 590-b., 125; 756 – 764-b., 123; 46 – 50b.].

Homiladorlikning birinchi uch oyligida ayolni tekshirishda bu holatni hisobga olish kerak. M.A. Estetov (2001) homiladorlikning 10-14 haftaligida birinchi ultratovush tekshiruvini zarurligini isbotladi hamda gastroshizis va omfalotselening taqqoslama tashxislash belgilarini asosladi [39; 45 – 52-b., 19; 63 – 65-b.].

Gastroshizisning prenatal tashxislash quyidagilarga asoslanadi: 1) qorin old devoriga birikkan hosila hajmini aniqlash; 2) churra a'zolarida chegaralovchi membrananing yo'qligi; 3) churra a'zolari bilan bog'liq bo'lmagan kindik tomirlarining alohida yo'li; 4) kindik tizimchasidagi qorin old devori bilan o'zgarmagan bog'lanish maydoni [94; 1255 – 67-b., 128; 104 – 9-b., 104; 6-b., 119; 125 – 130-b., 106; 98 – 101-b.]. Onada alfa-fetorroteini aniqlanishi juda informatsion test bo'lib, uning darajasi tug'ma nuqsonlarda ko'tariladi [39; 45 – 52-b., 3; 268-b., 119; 125 – 130-b.].

Gastroshizis exografik jihatdan notekis konturlarga ega va qorin old devorining nuqsoni kindik tizimchasidan ma'lum masofada joylashgan [25; 149-b., 15; 436 – 459-b., 12; 92 – 96-b., 99; 2525 – 2529-b., 9; 39 – 40-b., 17; 74 – 80-b., 28; 220 – 225-b., 104; 6-b.]. Omfalotsele churra qopining exogenligi tufayli silliq konturlarga ega, undan kindik tizimchasi chiqadi. Gastroshizis exografik jihatdan notekis konturlarga ega va qorin old devorining nuqsoni kindik tizimchasidan ma'lum masofada joylashgan [99; 2525 – 2529-b., 128; 104 – 9-b., 104; 6-b., 119; 125 – 130-b.]. Shu bilan birga, homilaning umumiy holati, qoida bo'yicha, zarar ko'rmaydi, bu homila qon oqimining ko'rsatkichlari bilan tasdiqlanadi [8; 137 – 143-b., 119; 125 – 130-b.].

Ultratovush tadqiqot usullaridan tashqari, rivojlanish nuqsonlarini erta aniqlash uchun ona zardobi markerlaridan foydalaniladi. Alfa-fetorrotein va inson xorioni gonadotropinini o'rganish eng qulay va keng qo'llaniladi [25; 149-b., 7; 45 – 15-b., 12; 92 – 96-b., 21; 54 – 56-b., 112; 391 – 402-b., 128; 104 – 9-b., 9; 39 – 40-b., 19; 63 – 65-b., 77; 383 – 388-b., 2; 304-b., 119; 125 – 130-b., 106; 98 – 101-b., 78; 804 – 814-b.].

Ushbu nuqsonlarni erta aniqlash homiladorlik va tug'ilishni boshqarish uchun eng maqbul algoritmnini yaratishga imkon beradi. Deyarli barcha tadqiqotchilar

qorin old devorining tug'ma nuqsonlarini davolash mumkinligini tan olishadi va shunga ko'ra, tadqiqotda har qanday genetik kasalliklar yoki boshqa a'zolar va tizimlarning ko'plab kombinasiyalangan nuqsonlari aniqlangan hollarda homiladorlikni to'xtatish tavsiya etiladi [25; 149-b., 7; 45 – 15-b., 94; 1255 – 67-b., 33; 43 – 45-b., 67; 355 – 363-b., 104; 6-b., 116; 2640 – 2641-b.]. Biroq , gastroshizisda eventratsiyalangan a'zolarining shikastlanishi va infeksiyalanish xavfi yuqori bo'lganligi sababli, ba'zi mualliflar barcha holatlarda rejali ravishda operativ tug'ruqni amalga oshirishni tavsiya qiladilar [20; 19 – 22-b.]. Tug'ruqni amalga oshirish usuli masalasi munozarali bo'lib qolmoqda [67; 355 – 363-b.]. Prenatal aniqlangan qorin old devorining tug'ma nuqsonlari bilan kesarcha kesish operatsiyasi o'tkazish uchun mezonlar to'liq ishlab chiqilmagan. Ba'zi mualliflarning ta'kidlashicha, ichak devorining qalinlashishidan oldin ultratovush tashxisi qo'yilganda gastroshizisni jarrohlik yo'li bilan davolash ancha oson va bunday hollarda erta tug'dirish tavsiya qilinadi [25; 149-b., 9; 39 – 40-b., 93; 183 – 193-b., 104; 6-b., 101; 579 – 590-b., 100; 821 – 905-b.]. Ko'pgina tadqiqotchilar kesarcha kesish bilan tug'ish paytida o'limning kamayishini qayd qilmasalar ham, akusherlar prenatal ravishda gastroshizis tashxisini qo'ygandan so'ng, ushbu usulni afzal ko'rishadi [25; 149-b., 7; 45 – 15-b., 128; 104 – 9-b., 9; 39 – 40-b., 19; 63 – 65-b., 2; 304-b., 93; 183 – 193-b., 42; 204 – 212-b., 43; 10 – 18-b.].

Qorin old devorining rivojlanish anomaliyalari bilan tug'ilgan chaqaloqning klinik ko'rinishi va holatining og'irligi qorin old devori nuqsonining hajmiga (omfalotsele bilan og'rigan bemorlarda ro'l o'ynaydi), vissero-abdominal disproporsiya og'irligiga, homilaning yetukligiga, boshqa a'zo va tizimlarda rivojlanish nuqsonlari mavjudligiga bog'liq [25; 149-b., 99; 2525 – 2529-b., 17; 74 – 80-b., 33; 43 – 45-b., 101; 579 – 590-b.]. Biroq , gastroshizisda bu ma'lumotlar ahamiyatga ega emas.

Gastroshizis shunchalik yaqqol va aniq nuqsonki, uning tashxisi hech qanday qiyinchilik tug'dirmaydi [88; 7 – 14-b., 2; 304-b., 93; 183 – 193-b.]. gastroshizisning klinik belgilariga qorin bo'shlig'i a'zolarining eventratsiyasi va odatda diametri 1,5 - 4 sm gacha bo'lgan, normal shakllangan kindik tizimchasidan

o'ng tomonida joylashgan qorin old devorining paraumblikal bevosita nuqsoni kiradi [39; 45 – 52-b., 116; 2640 – 2641-b.]. Nuqsonning qirralari aniq chegaralarga ega va churra qopchasi butunlay yo'q, jigar doimo qorin bo'shlig'ida joylashgan, anatomik jihatdan to'g'ri shakllangan. Eventratsiyalangan a'zolar odatda oshqozon, ingichka va yo'g'on ichakdan iborat bo'ladi. Kamdan-kam hollarda siydik pufagi, qizlarda - bachadon, tuxumdon bilan falloriev naylari, o'g'il bolalarda - tug'ilishgacha moyaklar yorg'oqqa tushmagan bo'lsa, ular bo'lishi mumkin [39; 45 – 52-b., 92; 38 – 42-b., 119; 125 – 130-b.]. Gastroshizisda ichak qovuzloqlari kengaygan, atonik, infiltratsiyalangan, qalin fibrin qatlami bilan qoplangan, ba'zan konglomeratga bitishgan va malrotatsiyalangan bo'ladi [4; 107 – 118-b., 15; 436 – 459-b., 39; 45 – 52-b., 94; 1255 – 67-b., 88; 7 – 14-b.]. Ichaklarni qoplaydigan qobiq yoki "po'stloq" homila ichida o'tkazgan kimyoviy peritonit natijasida hosil bo'lib, ko'pincha yallig'lanish hosilasi hisoblanadi. Aksariyat mualliflar umumiy tutqich ustida joylashgan ingichka va yo'g'on ichaklarda farqlanishning imkoni yo'qligini ta'kidlaydilar. O'n ikki barmoqli ichak qorin bo'shlig'ida, yuqori tutqich tomirlarining o'ng tomonida joylashgan. Tutqichning ildizi ancha tor va uning kengligi taxminan qorin old devoridagi nuqsonning diametriga to'g'ri keladi. Fibrinoz qolipda ichakning qatlanganligi hisobiga uning nisbiy kaltalanishi mavjud, so'rilib ketish hisobiga u to'g'rilanadi [39; 45 – 52-b., 128; 104 – 9-b., 122; 222-b.]. Gastroshizis bilan og'rigan bolada patologik rivojlanmagan qorin bo'shlig'i shakllanishi bu nuqsonning yetakchi belgilaridan biridir. Jahon tadqiqotlari shuni ko'rsatdiki, gastroshizisda qorin bo'shlig'i hajmi odatdagidan 1,5-2 baravar kam bo'ladi [116; 2640 – 2641-b.]. Eventratsiyalangan a'zolar hajmining kattaligi kichik hajmli qorin bo'shlig'iga mos kelmasligi vissero-abdominal disproporsiya sindromining namoyon bo'lish darajasini ifodalaydi [39; 45 – 52-b., 26; 13 – 23-b., 92; 38 – 42-b., 96; 421 – 424-b.].

Gastroshizis bilan og'rigan bolalar ko'pincha chala yetilmaganlik hamda homila ichi gipotrofiyasi belgilari bilan tug'iladi. Gastroshizisli bolalar uchun gipotermiya, gipovolemiya, gipoproteinemiya, og'riq sindromi va infeksiya xos [5; 12 – 15-b., 2; 304-b., 33; 43 – 45-b.]. Eventral ichak qovuzloqlarining mavjudligi

suyuqlik va issiqlikni tez yo'qotilishiga olib keladi, shuning uchun operatsiyadan oldin sovuqotishni oldini olish muhim ahamiyatga ega. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda gipotermiya moddalar almashinuvida, hujayra va to'qimalar metabolismida og'ir buzilishlarga, metabolik asidoz rivojlanishiga, miya moddasi va qorinchalarida qon quyulishiga olib keladi. Bu asoratlar ba'zan gastroshizis bilan tug'ilgan chaqaloqlarni davolash uchun barcha say-harakatlarni chippakka chiqaradi. Tug'ilgandan so'ng eventratsiyalangan a'zolar darhol steril plastik qopga botiriladi, uning ustiga bir necha qatlamli paxta qo'yiladi va a'zolarining egilishi va siqilishining oldini olish uchun tanaga mahkamlanadi [99; 2525 – 2529-b., 44; 1 – 9-b., 113; 1962 – 1971-b., 2; 304-b., 119; 125 – 130-b., 106; 98 – 101-b.]. Ichaklarni ho'l doka bilan yopish tavsiya etilmaydi, chunki bu issiqlik yo'qotilishini oshiradi. Bola 37 °C haroratda va 100% ga yaqin namlikda kuvezga joylashtiriladi. Nazogastral naycha (diametri 8 dan kam bo'lmagan) bilan oshqozonni dekompressiya qilishni unutmang [20; 19 – 22-b., 2; 304-b.]. Gastroshizis eventratsiyalangan a'zolarining (ichaklarning) homila ichi davrida shikastlanishi va qorin bo'shlig'ining sezilarli yetilmaganligi bilan xarakterlanadi, bu esa vissero-abdominal disproporsiya sindromini shakllantiradi, bu esa a'zolari belgilangan joyga xavfsiz kirishiga va qorin old devori nuqsonining yopilishiga yetakchi to'siq hisoblanadi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarni qorin old devorining nuqsonlari bilan davolash tug'ilgan paytdan boshlab amalga oshirilishi kerak. Tug'ruqxonada og'riqsizlantirish o'tkaziladi, eventratsiyalangan ichak qovuzloqlari furatsillin eritmasi bilan namlangan steril salfetaklar yordamida o'raladi yoki steril sintetik sumkaga solinadi. Antibakterial va infuzion terapiyalar boshlanadi [25; 149-b., 111; 22 – 27-b., 5; 12 – 19-b., 38; 86-b., 13; 29 – 34-b., 96; 421 – 424-b., 107; 94 – 96-b., 68; 516 – 525-b., 113; 1962 – 1971-b., 2; 304-b., 120; 3216-b., 101; 579 – 590-b.].

Gastroshizisni asosiy davo usuli jarrohlik davolash bo'lib qoladi. Biroq, ushbu kasalliklarda jarrohlik muolajalari yuqori foizli asoratlar, nogironlik va yuqori o'lim bilan birga keladi. Shu sababli, gastroshizisli bolalarni jarrohlik yo'li bilan davolash bolalar xirurgiyasida neonatal davrning eng dolzarb muammolaridan biri

bo‘lib qolmoqda [31; 137 – 140-b., 11; 105 – 112-b., 1; 154-b., 5; 12 – 19-b., 7; 45 – 15-b., 53; 917 – 919-b., 105; 1 – 3-b., 107; 94 – 96-b., 130; 811 – 4-b., 68; 516 – 525-b., 2; 304-b., 33; 43 – 45-b., 24; 57 – 62-b., 120; 3216-b., 54; 170-b.].

Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik hayotning birinchi daqiqalaridan boshlanadi: infuzion va antibiotik terapiyasi, og‘riqsizlantirish va gemostatik terapiya. Kamchilikni zudlik bilan tuzatish zarurati tufayli ixtisoslashtirilgan bo‘limga o‘tkazish imkon qadar tezroq (shoshilinch) amalga oshiriladi [20; 19 – 22-b., 107; 94 – 96-b., 29; 10 – 13-b., 106; 98 – 101-b.].

O‘tgan oxirgi o‘n yillikda adabiyotlarda xorijiy nashrlarda «erring-loaded silo» deb nomlangan elastik prujinli halqa bilan maxsus ishlab chiqarilgan silikon qoplardan foydalanish haqida xabarlar paydo bo‘ldi. Ushbu davolash usulida umumiy og‘riqsizlantirishni qo‘llamagan holda, ichak qovuzloqlarini ehtiyotkorlik bilan idishga botirish, so‘ngra halqani, u to‘g‘rilanadigan va mahkam o‘rnashadigan, qorin old devori ostiga yopishtirish mumkin bo‘lgan imkoni paydo bo‘ldi [31; 137 – 140-b., 111; 22 – 27-b., 15; 436 – 459-b., 99; 2525 – 2529-b., 105; 1 – 3-b., 107; 94 – 96-b., 117; 2-b., 2; 304-b., 37; 94 – 98-b., 120; 3216-b., 89; 170-b.].

Gastroshizisni davolash uchun minimal invaziv texnologiya bo‘yicha umumiy og‘riqsizlantirishsiz ichakni selektiv sekin cho‘ktirish 1998 yilda A. Bianchi va boshqalarning nashri mavjud [87; 71 – 3-b., 6; 46 – 51-b., 9; 39 – 40-b.]. Bianchi usulidan foydalangan holda davolash tajribasini to‘plash bilan davolashning bevosita natijalari to‘g‘risida alohida hisobotlar paydo bo‘ldi [6; 46 – 51-b., 65; 34 – 40-b., 117; 2-b.]. Ba‘zi mualliflarning fikriga ko‘ra, gastroshizisni Bianchi usuli bilan davolash natijalarini muhokamasi bo‘yicha ma‘lumotlar, mazkur davolash usulining sifati va samaradorligini baholash uchun yetarli emas. Usulni o‘tkazish uchun ko‘rsatma va qarshi ko‘rsatmalar, asoratlarning tabiati va soni, o‘lim sabablari, eventratsiyani bartaraf etish usulini qo‘llagandan keyingi uzoq muddatli kuzatuv natijalari yetarli darajada o‘rganilmasdan qolmoqda [6; 46 – 51-b.]. Yuqori qorin bo‘shlig‘i bosimi sindromi paydo bo‘lishining oldini olish uchun, Bisaliev va mualliflari 2015 yilda qorin bo‘shlig‘i bosimini monitoringini siydik pufagi

bosimini o'ldirish yo'li bilan o'tkazishgan. Bunda siydik pufagi ichi bosimining kritik darajada oshishi kuzatilmagan [6; 46 – 51-b., 2; 304-b.].

Gastroshizisni davolashda uchraydigan asoratlarni tahlil qilinganda, sepsis, tutqich tomirlari trombozi, nekrotik enterokolit, bitishmali ichak tutilishi, poliorgan yetishmovchiligi sindromi eng xarakterli ekanligi aniqlandi [11; 105 – 112-b., 38; 86-b., 96; 421 – 424-b., 24; 57 – 62-b., 120; 3216-b.]. Ichakning teri yoki sintetik yamoq ostida emas, balki faqat qorin parda ostida joylashishi aseptik fibroplastik peritonitning oqibatlarini tezda bartaraf etishga yordam beradi. Bianchi immersion texnikasi operatsiyadan keyingi davrda septik asoratlarning yo'qligi bilan davolashning boshqa usullaridan farq qiladi. Bisaliev va boshqalarning 2015-yildagi ma'lumotlariga ko'ra, poliorgan yetishmovchiligi Gross operatsiyasi va Bianchi usulidagi operatsiyadan keyingi davrda rivojlanib, o'limga olib kelgan. Gross operatsiyasidan keyin bu holatning rivojlanishi operatsiyaning travmatikligi, operatsiyadan oldingi tayyorgarlikning yetarli emasligi bilan, Bianchi usuli bo'yicha ichakni cho'ktirishdan keyin rivojlanishi esa, ehtimol, eventratsiyaning bartaraf etishda, qorin bo'shlig'i bosimini mumkin bo'lgan darajagacha yetkazilishiga qaramay, bolaning qorin bo'shlig'i bosimining keskin o'zgarishiga moslasha olmasligi bilan izohlanadi. Biroq, Bianchi usuli yordamida gastroshizisni davolashning uzoq muddatli natijalari bolalarning 90 foizida to'liq tiklanishni, hayot sifatini va barcha bemorlarda ijtimoiy foydalilikni ta'minlashni ko'rsatdi [92; 38 – 42-b., 96; 421 – 424-b., 6; 46 – 51-b., 130; 811 – 4-b., 123; 46 – 50-b.].

Bugungi kunga kelib, ushbu kasallikning asoratlanmagan shaklini jarrohlik yo'li bilan davolashning ko'plab usullari mavjud bo'lib, ularni ikki guruhga birlashtirish mumkin: birlamchi radikal tuzatish va ichak qovuzloqlarini qorin bo'shlig'iga bosqichma-bosqich botirish, so'ngra qorin bo'shlig'ini plastika qilish. Usullarning har biri o'zining afzalliklari va kamchiliklariga ega [31; 137 – 140-b., 36; 248 – 254-b., 117; 2-b., 2; 304-b., 37; 94 – 98-b.].

Qorin old devorining tug'ma nuqsonlarini jarrohlik davolashda uchta asosiy usul qo'llaniladi: a) bir bosqichli autoplastika; b) ikki bosqichli autoplastika; v) sintetik materiallardan foydalangan holda qorin old devorining plastik jarrohligi [25;

149-b., 11; 105 – 112-b., 111; 22 – 27-b., 7; 45 – 15-b., 61; 372 – 377-b., 38; 86-b., 105; 1 – 3-b., 107; 94 – 96-b., 112; 391 – 402-b., 9; 39 – 40-b., 36; 248 – 254-b., 117; 2-b., 130; 811 – 4-b., 37; 94 – 98-b., 24; 57 – 62-b., 89; 170-b.].

Qorin old devorining birlamchi radikal plastikasi qo'llanilganda, oshqozon ichak sistemasining funksiyasi ancha tezroq tiklanadi va davolash vaqti sezilarli darajada kamayadi [11; 105 – 112-b., 1; 154-b., 7; 45 – 15-b., 15; 436 – 459-b., 53; 917 – 919-b., 66; 37 – 44-b., 107; 94 – 96-b., 117; 2-b., 37; 94 – 98-b., 54; 170-b.]. Bunday holda, eventratsiyalangan a'zolari qorin bo'shlig'iga zudlik bilan tushirish mumkin. Shundan so'ng, qorin old devorining mushaklari va ularning ustidagi teri tikiladi. Biroq, jarrohlik davolashni bu usuli faqat vissero-abdominal disproporsiyaning minimal darajada namoyon bo'lgan hollarida qo'llanilishi mumkin [26; 18 – 23-b., 32; 72 – 75-b., 107; 94 – 96-b., 9; 39 – 40-b., 117; 2-b.]. Aks holda, qorin bo'shlig'i bosimining sezilarli darajada oshishi nafas olish va keyinchalik yurak-qon tomir yetishmovchiligining rivojlanishiga olib keladi [32; 72 – 75-b.]. Agar qorin old devorining birlamchi radikal plastikasi mumkin bo'lmasa, qorin old devorining alloplastika usullari plastik materiallardan tayyorlangan yamoqlar yoki siloplastika uchun ekstrakorporal qopcha yordamida amalga oshiriladi [111; 22 – 27-b., 7; 45 – 15-b., 3; 268-b., 105; 1 – 3-b., 107; 94 – 96-b., 117; 2-b.]. Siloplastika usulidan foydalanish texnik jihatdan sodda, qulay va yetarli tajribaga ega bo'lgan holatlarda, bemorni operatsiya xonasiga olib borish va to'liq og'riqsizlantirishni talab qilmasligi mumkin. Boshqa davolash usullariga nisbatan aniq afzalliklarga ega bo'lgan holda, siloplastika og'ir vissero-abdominal disproporsiya bilan gastroshizisni davolashda tanlov usuliga aylanishi mumkin [111; 22 – 27-b., 26; 18 – 23-b., 61; 372 – 377-b., 38; 86-b., 66; 37 – 44-b., 105; 1 – 3-b., 107; 94 – 96-b., 65; 34 – 40-b., 36; 248 – 254-b., 117; 2-b., 37; 94 – 98-b.].

Shunday qilib, gastroshizisni antenatal tashxislash va davolash neonatal jarrohlikning eng muhim muammolaridan biri bo'lib qolmoqda. Jarrohlik yo'li bilan tuzatishning mavjud usullarini tahlil qilish shuni ko'rsatadiki, bugungi kunda ularning hech biri gastroshizisni davolashda mutloq samaraga ega emas. Har bir usul o'zining afzalliklari va kamchiliklariga ega. Qorin old devori nuqsonlari bo'lgan

bolalarda radikal operatsiyalar sonining ko'payishining barqaror tendensiyasi qayd etildi, bu bolalar uchun reanimatsiya yordamining yaxshilanishi, operatsiyadan keyingi davrda yangi tug'ilgan chaqaloqlarni parvarish qilish usullarining sezilarli darajada yaxshilanishi bilan bog'liq [79; 283 – 90-b., 107; 94 – 96-b., 104; 1053-b., 101; 579 – 590-b.].

§ 1.2. Omfalotseleni tashxislash va davolashdagi zamonaviy qarashlar

Qorin old devorining og'ir tug'ma nuqsonlaridan yana birisi omfalotsele bo'lib, ba'zi adabiyotlarda kindik tizimchasi churrasi, embrional churra deb ham nomlanib, qorin old devoridagi defekt orqali kindik tizimchasi boshlang'ich qismi to'qimasining yupqalashishi hisobiga ichki qismidagi a'zolari chiqadi. Bunda qorin old devorida hosil bo'lgan defekt orqali ichki a'zolari birlamchi primitiv qorin parda va yupqa tiniq yoki yarim tiniq pardadan – vartonov moddasi bilan qoplangan qobiq ostiga siljib joylashuvi kuzatiladi. Qorin bo'shlig'i a'zolarini qoplab turgan ushbu parda bevosita kindik tizimchasiga o'tadi [94; 1255 – 67-b., 88; 7 – 14-b., 90; 660 – 672-b., 112; 391 – 402-b., 17; 74 – 80-b., 35; 83 – 84-b., 2; 304-b., 97; 1 – 7-b., 115; 1546 – 1550-b., 106; 98 – 101-b., 100; 821 – 905-b., 41; 688-b.].

Embriogeneznining buzilishi va omfalotseleni paydo bo'lishi ba'zi olimlarning ta'kidlashicha, bu o'zgarishlar homiladorlikning 4-10 haftalarida, boshqa olimlarning ma'lumotlariga ko'ra esa 5-11 haftalarda yuz beradi [7; 45 – 15-b., 124; 585 – 8-b., 128; 104 – 9-b., 9; 39 – 40-b., 10; 257 – 258-b., 131; 258-b., 132; 84 – 88-b., 41; 688-b.]. Kindik tizimchasi churrasining hosil bo'lish sababi sariqlik yo'lining o'z vaqtida yopilib ketmasligi hisoblanadi, buning oqibatida esa birlamchi ichak kindik tizimchasi asosida ushlanib qolishiga olib keladi va qorin old devorining me'yoriy yopilishiga to'sqinlik qiladi. Ichaklarning fiziologik buralish bosqichini amalga oshmasligi, qorin bo'shlig'ini tegishli o'lchamlarda rivojlanmasligi yoki qorinning old devori bitishi buzilgan holatlarda qorin bo'shlig'ining ayrim a'zolari kindik pardasida joylashadi va kindik tizimchasi churrasini paydo qiladi [4; 107 – 118-b., 94; 1255 – 67-b., 109; 9 – 11-b., 90; 660 – 672-b., 131; 258-b., 17; 74 – 80-b., 132; 84 – 88-b., 106; 98 – 101-b., 100; 821 – 905-b.].

Oxirgi yillardagi adabiyotlar sharhiga ko'ra bir qator olimlar omfalotsele shakllanishi asosida qorin old devori va qorin bo'shlig'i a'zolari o'sish koordinasiyasining buzilishi, hamda ichak nayi rotasiyasi va rivojlanish jarayonlarini buzilishi to'g'risidagi fikrlarni oldingga surishmoqda [7; 45 – 15-b., 128; 104 – 9-b., 2; 304-b., 114; 125 – 129-b., 106; 98 – 101-b., 133; 1285 – 1291-b.].

Shuningdek omfalotsele paydo bo'lishining yana bir nazariyasiga asosan o'rta ichak burilishining homiladorlikda buzilishi omfalotsele yuzaga kelishi va rivojlanishiga olib keladi. Buning natijasida a'zolarining bir qismi qorin bo'shlig'idan tashqarida joylashadi va amnion, vartonov moddasi, birlamchi qorin pardadan iborat kindik tizimchasi elementlari bilan qoplanib churra haltasini hosil qiladi [7; 45 – 15-b., 94; 1255 – 67-b., 109; 9 – 11-b.].

Homilada omfalotsele rivojlanishi uchun xavf omillari haqida ma'lumotlar mavjud: homiladorlikning birinchi uch oyligida dori-darmonlarni qabul qilish (aspirin, ibuprofen, fenilpropanolamin), narkotiklarni ishlatish, chekish, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish [76; 67 – 73-b., 128; 104 – 9-b.]. Ba'zi mualliflar ilmiy izlanishlari natijalariga ko'ra bunday churralar yuzaga kelish muddatiga bog'liq holda uch turga bo'linadi: embrional churra, homila yoki kindik tizimchasi churrasi va aralash shakldagi churralar. Qorin old devori va ichaklarning rivojlanishdan orqada qolishi homiladorlikning uchinchi oyligida yuz bersa embrional churra rivojlanadi. Embrional churrali bolalarda churra haltasining pardasi jigar bilan zich yopishgan bo'ladi, chunki jigarning glisson kapsulasini hosil qiladigan mezoblast yetarli darajada rivojlanishga ulgurmaydi va natijada parda bevosita jigar parenximasini bilan yopishib qoladi. Aynan bunday churralarda o'lim ko'rsatkichining yuqori bo'lishida juda katta o'rin egallaydi. Chunki operativ davolash bosqichida jigar parenximasiga yopishgan churra pardasini olib tashlashga urinish juda ko'p hollarda jigar parenximasining shikastlanishiga va qon ketishiga olib keladi [7; 45 – 15-b., 109; 9 – 11-b., 9; 39 – 40-b., 10; 257 – 258-b., 17; 74 – 80-b., 35; 83 – 84-b., 97; 1 – 7-b., 114; 125 – 129-b., 115; 1546 – 1550-b., 132; 84 – 88-b., 101; 579 – 590-b., 41; 688-b.].

Ba'zi adabiyotlar tahliliga ko'ra 40-60% holatlarda omfalotsele ko'plab qo'shma nuqsonlar bilan birga keladi, ba'zilarida esa 80% hollarda. Bularga yurakning tashqi ektoriyasi, siydik pufagi ekstrofiyasi, epispadiya, o't yo'llari atreziyasi, anorektal atreziya va to'g'ri ichak-siydik pufagi oqmasi bo'lgan Bekvit-Videman sindromi kiradi [92; 38 – 42-b., 96; 421 – 424-b., 10; 257 – 258-b., 64; 187 – 193-b., 19; 63 – 65-b., 47; 436 – 440-b., 91; 1 – 4-b.]. Shuningdek 1-6% holatlarda bolalardagi omfalotsele xromosoma aberrasiyasi yoki trisomiya xromosom kasalliklari bilan kelib, churra tarkibida faqat ichak saqlanadi [94; 1255 – 67-b., 99; 2525 – 2529-b., 124; 585 – 8-b., 17; 74 – 80-b.].

Ko'p holatlarda omfalotsele bir guruh genetik sindromlar tarkibida uchraydi. Agar churra hosilasi jigar bo'lsa, 96% hollarda yurak tug'ma nuqsoni birga kelib, davo natijalariga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Shuningdek omfalotsele Bekvit-Videman sindromining bir qismi bo'lishi va makroglossiya, ichki a'zolar gigantizmi, tranzitor gipoglikemiya bilan keladi [20; 19 – 22-b., 94; 1255 – 67-b., 124; 585 – 8-b., 92; 38 – 42-b., 2; 304-b., 115; 1546 – 1550-b.].

Homilani kariatir usulda tekshirish natijasida omfalotseleni yuqoridagi nuqsonlar bilan tug'ilish ehtimoli yuqoriligini aniqlanishi erta muddatlarda homiladorlikni to'xtatishni tavsiya qilishga olib keladi. Bunday holatlarda shifokor tomonidan ota-onalarga nuqsonning xususiyatlari, u natijasida kelib chiqadigan asoratlarning og'irlik darajasi, ularni davolash imkoniyatlari qanaqa bo'lishi va bola hayotining keyingi davrlari qanday kechishi haqida to'liq tushuntiriladi va shunga asosan ota-onalar homiladorlikni to'xtatish to'g'risida qaror qabul qiladi [10; 257 – 258-b., 35; 83 – 84-b., 133; 1285 – 1291-b.].

Oxirgi yillarda zamonaviy tekshiruv usullarining takomillashishi neonatal xirurgiyada prenatal tashxislashni salmog'i ni oshishiga olib keldi [128; 104 – 9-b., 33; 43 – 45-b.]. Omfalotseleda prenatal tashxislash uchta asosiy usuldan iborat bo'lib, bularga UTT, ona qon zardobida bioximiyaviy markeplarni aniqlash (fetorrotein, xorionik gonadotropin, erkin estriol) va invaziv yo'l bilan olingan (xorion biopsiyasi, amniosentez, kordosentez) homila to'qimasini (xorion vorsinkasi, yo'ldosh hujayralari, amniotik suyuqlik, qon) tekshirish kiradi [94; 1255

– 67-b., 9; 39 – 40-b., 71; 45 – 47-b., 132; 84 – 88-b., 133; 1285 – 1291-b.].

UTT yuqori sezgirlik va to‘liq axborotlilikga ega bo‘lib, qo‘llash qulay va tekshiruvni o‘tkazish nisbatan oson hisoblanadi [12; 92 – 96-b., 19; 63 – 65-b., 71; 45 – 47-b., 80; 101 – 105-b.].

Omfalotseleni prenatal ultratovush tashhisotida asosan yumaloq yoki oval shakldagi hosila aniqlanib, qorin bo‘shlig‘ini to‘ldirib turadi va qorin oldingi devoriga yopishib turadi. Ko‘pgina holatlarda churra elementlarini ichak qovuzloqlari va jigar hosil qiladi. Kindik bevosita churra qopiga yopishib turgan bo‘ladi. Omfalotseleda tashxis homiladorlikning 1 - uch oyligida, ba’zi mualliflar fikricha 2 - uch oyligida qo‘yiladi [7; 45 – 15-b., 22; 125 – 129-b., 94; 1255 – 67-b., 124; 585 – 8-b., 21; 54 – 56-b., 9; 39 – 40-b., 19; 63 – 65-b., 132; 84 – 88-b.]. Ushbu holatda homiladorlikning 10 – 12 haftalarida normal fiziologik churra bo‘lishini ham esdan chiqarmaslik lozim [128; 104 – 9-b., 19; 63 – 65-b., 106; 98 – 101-b.]. Birinchi bo‘lib omfalotseleni homiladorlikning 13 – haftasida aniqlanganligini Shmidt va Kubli 1982 yilda ma’lum qilishgan (Medvedeva 2000). Medvedeva ham 2000 yilda omfalotseleni erta prenatal tashhislashni homiladorlikning 12 – 13 haftaligida amalga oshirganini yozadi [128; 104 – 9-b., 63; 629 – 633-b.]. Shuningdek antenatal davrda UTT yordamida nuqsonni aniqlash samarasi tibbiy muassasa darajasiga ham bog‘liq. Ilmiy izlanishlarga ko‘ra, omfalotseleni aniqlash perinatal markazlarda 90%, ixtisoslashtirilgan davolash muassasalarida 55%, periferiyadagi ixtisoslashmagan davolash muassasalarida esa 20% ga yetadi [21; 54 – 56-b., 19; 63 – 65-b., 35; 83 – 84-b.]. Bu ma’lumotlar hamma hududda perinatal markazlarni tashkil qilish yoki ixtisoslashmagan davolash muassasalarini zamonaviy tibbiy jihozlar bilan ta’minlash, mutaxassislarni qayta tayyorlash maqsadga muvofiqligini ko‘rsatadi.

Uch o‘lchamli exografiyaning amaliyotga tatbiq etilishi omfalotseleni antenatal davrda tashxislash imkoniyatini 100% gacha oshirdi. Ayniqsa uch o‘lchamli exografiya omfalotsele bilan birga kelgan qo‘shimcha nuqsonlarni (mikrosefaliya, polidaktiliya, yuqori labning yopilmasligi, gidronefroz) aniqlanishini yaxshilaydi [7; 45 – 15-b., 12; 92 – 96-b., 22; 125 – 129-b., 9; 39 – 40-

b., 19; 63 – 65-b., 63; 629 – 633-b., 132; 84 – 88-b.].

Hozirgi vaqtda rivojlangan davlatlarning tibbiyot markazlarida homiladorlikning ikkinchi uch oyligida qon zardobida fetorrotein va xorionik gonadotropinni aniqlash o'tkaziladi. Bunda birinchi navbatda Daun sindromi, Edvardc sindromi va markaziy nerv sistemasi nuqsonlarini aniqlashga katta e'tibor beriladi [79; 283 – 90-b., 9; 39 – 40-b., 77; 383 – 388-b., 133; 1285 – 1291-b., 78; 804 – 814-b., 100; 821 – 905-b.]. Ushbu usulning samaradorligi 60-70% tashkil qiladi va mustaqil tashxislash uchun ishlatilmaydi. Shu sababli ham bu usul qo'shimcha tekshiruv usuli bo'lib, UTT natijalarini to'ldirish uchun qo'llaniladi [12; 92 – 96-b., 132; 84 – 88-b.]. Omfalotseleni prenatal tashxislashda homilador ayol qon zardobidagi markerlarini aniqlash homiladorlikning ikkinchi emas, balki uchinchi uch oyligida o'tkazish perspektiv hisoblanadi. Chunki, homiladorlikning ikkinchi uch oyligida ayol qon zardobida erkin estriol va 17-gidroksiprogesteronni aniqlash omfalotseleni tashxislash samaradorligini 75-80% gacha oshiradi [4; 107 – 118-b., 12; 92 – 96-b., 22; 125 – 129-b., 99; 2525 – 2529-b., 124; 585 – 8-b., 9; 39 – 40-b., 2; 304-b., 71; 45 – 47-b., 132; 84 – 88-b., 101; 579 – 590-b., 133; 1285 – 1291-b.].

Invaziv usul bilan olingan homila hujayralarini tekshirish prenatal tashxislashda ishlatiladigan uchinchi guruh usuli hisoblanadi. Ushbu tekshirish homiladorlikning 7-haftasida havf guruhi hisoblangan ayollarda o'tkaziladi. Biomaterial homiladorlikning erta muddatlarida xorion biopsiyasi, kechroq – amniosentez va kordosentez yo'li bilan olinadi. Bu usul xromosom patologiyasining barcha ko'rinishlarini 100% aniqlik bilan tashxislashga imkon beradi. Mazkur usul asosan oilasida kasal bolasi bo'lgan xavf guruhidagi ayollarda o'tkaziladi va ikkinchi yoki uchinchi nogiron bolani tug'ilishini oldini olishga imkon beradi [7; 45 – 15-b., 15; 436 – 459-b., 12; 92 – 96-b., 124; 585 – 8-b., 9; 39 – 40-b., 133; 1285 – 1291-b.]. Ammo ko'pgina holatlarda homilador ayollar invaziv usullar orqali tashxisni aniqlashtirishdan bosh tortishadi va bu nogiron bola tug'ilishiga sabab bo'ladi. Ba'zi holatlarda invaziv usullar orqali tashxis qo'yilganda ham faqatgina 80% ayollar homiladorlikni to'xtatishga rozi bo'lishadi [96; 421 – 424-b., 9; 39 – 40-

b., 2; 304-b.].

Oxirgi yillarda jadal rivojlanayotgan yordamchi reproduktiv texnologiyalar - ekstrakorporal urug‘lantirish, spermatozoidlarni intrasitorlazmatik in‘eksiyasi, ayollar va erkaklik gametalarini bachadon naylariga o‘tkazish va boshqa usullar tufayli yuzaga kelgan homiladorlik omfalotselening rivojlanish salmog‘ini oshiradi. Yordamchi reproduktiv texnologiyalar yordamida urug‘lantirilgan bolalarda tug‘ma rivojlanish nuqsonlari xavfi oshgan. Sababi somatik, endokrin va ginekologik patologiyasidan aziyat chekadigan yoshi katta ayollarda bu usullarni qo‘llanilishi ko‘proq ko‘rsatma bo‘lgan. Shuning uchun yordamchi reproduktiv texnologiyalardan foydalanish homiladorlikni rejalashtirgan erkak va ayollarni har tomonlama genetik tekshirish o‘tkazgandan keyingina amalga oshiriladi [7; 45 – 15-b., 12; 92 – 96-b., 9; 39 – 40-b., 35; 83 – 84-b., 106; 98 – 101-b.].

Shunday qilib omfalotseleda, prenatal tashxislash bo‘yicha adabiyotlar tahlili natijalaridan quyidagicha xulosa chiqarish mumkin:

- prenatal tashxislash chaqaloqlar o‘limi va bolalikdagi nogironlikni pasaytirishning asosiy yo‘nalishlaridan biri hisoblanadi. Hozirgi vaqtda uning samaradorligini o‘stirishda muammolar to‘liq hal qilinmagan;
- aholi va tibbiyot hodimlari o‘rtasida tibbiy-genetik maslahatning olib borilishi, prenatal tashxislash (mutaxassislar malakasini oshirish, sifatli uskunalar bilan ta‘minlash, qo‘llanilgan usullar doirasini kengaytirish) sifatini yaxshilash maqsadga muvofiqdir;
- hududlarda sifatli prenatal tashxislashni ta‘minlashda perinatal markazlar o‘rnini oshirish [7; 45 – 15-b., 22; 125 – 129-b., 95; 44 – 50-b., 19; 63 – 65-b., 100; 821 – 905-b.].

Homilada omfalotsele aniqlanganida yo‘ldosh nuqsonlar borligini bilish kariotiplash tekshiruvini o‘tkazish maqsadga muvofiq hisoblanadi. Ba’zi adabiyotlarda yozilishicha, omfalotseleda xromosoma aberrasiyasi kombinasiyasi yuzaga keladi va Kantrella pentadasi, Bekvitt-Videmann sindromi, yurak-qon tomir patologiyasi 47% holatlarda; ichak patologiyalari; siydik-tanosil tizimi nuqsonlari 40% holatlarda; nerv tizimi nuqsonlari 39% holatlarda uchragan [94; 1255 – 67-b.,

60; 1162 – 4-b., 83; 688 – 9-b., 92; 38 – 42-b., 9; 39 – 40-b., 82; 127 – 130-b., 115; 1546 – 1550-b., 84; 1709-b., 70; 1413-b.]. Ushbu holatlarda epidural anesteziya o'tkazish yaxshi natija beradi [29; 10 – 13-b.].

Ma'lumki, omfalotseleni kech tashxislash va bemorni uzoq vaqt transportirovka qilish yangi tug'ilgan chaqaloqning umumiy ahvoliga salbiy ta'sir qiladi. Ko'pgina chaqaloqlar gipotermiya, ichaklar perforatsiyasi bilan asoratlangan holda gemorragik asoratli regidratasiya bilan kelishadi. Bu holat umumiy ahvoli busiz ham o'ta og'ir bo'lgan bemorni davo natijasini yomonlashtiradi. Adabiyotlarda yozilishicha omfalotsele bilan kelgan qo'shimcha nuqsonli noto'g'ri postnatal transportirovka qilingan chaqaloqlar guruhida o'lim ko'rsatkichi quyidagi nisbatda oshgan: yuqori ichak tutilishi – 23% dan 30% gacha, qizilo'ngach atreziyasi – 14% dan 23% gacha [34; 109 – 113-b., 7; 45 – 15-b., 23; 70 – 73-b., 92; 38 – 42-b., 9; 39 – 40-b., 115; 1546 – 1550-b., 101; 579 – 590-b., 43; 10 – 18-b., 100; 821 – 905-b.].

Omfalotsele tasnifi olimlar tomonidan turlicha taklif qilingan va nuqsonning turli ko'rsatkichlariga qarab asoslangan.

C.Ya. Doleskiy (1976) taklif qilgan tasnifga ko'ra omfalotseleda churra o'lchami va qorin old devori nuqsoniga ko'ra uch guruhga ajratiladi. Birinchi guruhga kichik churralar (churra o'lchami 5 smgacha, qorin old devori nuqsoni diametri 3-4 smgacha); ikkinchi guruhga o'rta o'lchamdagi churralar (churra o'lchami 5-10 smgacha, qorin old devori nuqsoni diametri 4-7 smgacha); uchinchi guruhga katta o'lchamdagi churralar (churra o'lchami 10 smdan katta va qorin old devori nuqsoni diametri 7-10 smdan katta) kirgan [7; 45 – 15-b.].

G.A. Bairov (1997) tomonidan taklif qilingan va boshqa mualliflar tomonidan qo'llab-quvvatlangan tasnifga ko'ra omfalotsele o'lchamiga ko'ra quyidagi turlarga bo'lingan: 1) kichik churralar (diametri 5 sm gacha, chala tug'ilganlarda – 3 sm gacha); 2) o'rtacha churralar (diametri 8 sm, chala tug'ilganlarda – 5 sm gacha); 3) katta churralar (diametri 8 sm dan katta, chala tug'ilganlarda – 5 sm dan katta). Shuningdek omfalotseleda asoratlanmagan churralar (o'zgarishsiz pardali); asoratlangan churralar: homiladorlikda churra pardasining yorilishi va tug'ma

eventratsiya bo'lishi; yurak ektoriyasi; qo'shimcha nuqsonlar bilan birga kelishi; churra qopi pardasini yiringlab emirilishiga bo'linadi [4; 107 – 118-b., 7; 45 – 15-b., 94; 1255 – 67-b.].

N.P. Shabalov (2004) taklif qilgan tasnifga ko'ra kindik tizimchasi churrasi kichik (diametr 5 sm gacha), o'rta (diametr 8 sm gacha) va katta (diametr 8 sm dan katta) o'lchamlilarga, shuningdek asoratlanmagan va asoratlangan turlarga ajratiladi. Asoratlangan turlariga churra qopchasi pardasining yopilishi bilan ichki a'zolar eventratsiyasi, pardaning infisirlanishi yoki yiringlashi kiradi. Odatiy holatlarda tashxis qo'yish qiyinchilik tug'dirmaydi va chaqaloq tug'ilishi bilan tashxis qo'yiladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda katta yoki noodatiy shakldagi kindik aniqlanganda kichik o'lchamli kindik tizimchasi churrasini inkor qilish uchun o'tkazuvchi nur bilan uni tekshirish kerak [7; 45 – 15-b.].

Yu.F. Isakov (2011) taklif qilgan tasnifga asosan omfalotsele o'lchamiga ko'ra quyidagi shakillarga bo'linadi:

- Kichik o'lchamli omfalotsele (3 sm gacha);
- O'rta o'lchamli omfalotsele (3 sm dan 5 sm gacha);
- Katta (gigant) o'lchamli omfalotsele (5 sm va undan katta).

Shuningdek defekt o'lchami bir necha millimetrdan 15 sm gacha o'zgarib turadi [15; 436 – 459-b., 57; 1461 – 1469-b., 58; 213 – 217-b.].

Churralarning bunday holatda tasniflanishi bemorning umumiy ahvolini to'g'ri baholash, tashxisni aniq qo'yish, optimal operativ davolash usulini tanlashga imkon yaratadi, shuningdek operatsiya oldi davridagi o'tkaziladigan muolajalar hajmi haqida to'liq ma'lumot beradi.

Chaqaloqlarda omfalotselening klinik kechishi asoratlanmagan va asoratlangan holatda bo'ladi.

Asoratlanmagan churralar hosil bo'lganda, kindik soxasida o'lchami "olxo'ridan" to yangi tug'ilgan chaqaloq boshi va undan katta bo'lgan o'smasimon dumaloq yoki ovalsimon hosila bo'ladi. Mazkur hosila silliq yaltiroq, yarim tiniq yoki tiniq kulrang parda bilan qoplangan bo'lib, u orqali qorin bo'shlig'i a'zolari ko'rish mumkin. Shunga asosan chaqaloqni ob'ektiv ko'rikdan o'tkazganda to'g'ri

tashxis qo'yish imkoni yuzaga keladi [4; 107 – 118-b., 7; 45 – 15-b., 2; 304-b., 121; 10 – 14-b.]. Omfalotsele boshqa churralarga o'xshab uchta tarkibdan iborat bo'ladi: qorin old devori terisi va aponevrozi nuqsoni bo'lgan churra darvozasi; qorin parda va kindik tizimchasi pardasidan iborat bo'lgan churra xaltasi; churra hosilasi tarkibiga kiradigan qorin bo'shlig'i ichki a'zolari. Bunday hosila ob'ektiv ko'rilganda teri qoplamasi yo'q, churra hosilasi ichida kichik va o'rta churralarda ichak qovuzloqlari, katta churralarda esa ichak qovuzloqlaridan tashqari jigar, yurak ko'rinadi tarkibida quyidagi barcha elementlar kiradi: [4; 107 – 118-b., 74; 64 – 66-b., 2; 304-b., 115; 1546 – 1550-b., 70; 1413-b.]. Homilaning asoratlanmagan churralari hosil bo'lishida, ularning churra xaltalari qalinligi deyarli bir xil bo'ladi. Churraning ba'zi qismlarida bu pardalar juda yupqa, rangsiz va tiniq, boshqa joylarida esa qalinligi 1 smga etadi, bu erda ular oqimtir-yashil bo'lib qoladi. Churra xaltasining bunday turdagi farqi kindik tizimchasini chiqish joyi va kindik tomirlari bo'ylab vartonov moddasi bir xilda taqsimlanmasdan yig'ilishi tufayli yuzaga keladi. Bunda kindik venasi churraning yuqori kutbidan, ikki kindik arteriyasi esa pastidan o'tadi [103; 7539-b., 106; 98 – 101-b.]. Qorin old devori nuqsonining diametri ayrim holatlarda 12 sm va undan katta bo'ladi. Mazkur nuqson doimo ham churra bo'rtmasi o'lchamiga to'g'ri proporsional bo'lmaydi. Terini churra haltasiga o'tish joyida keskin chegaralangan qirra hosil bo'ladi, epitelial tasma kengligi 2-3 sm gacha bo'lib, sezilarli holatlarda o'sha soxada tugagan teri kapillyarlari hisobiga yorqin-qizil rangda bo'ladi. Sog'lom teri xalta oyoqchasiga 2-5 sm gacha kirishi mumkin [4; 107 – 118-b., 75; 123 – 8-b., 102; 33 – 39-b., 103; 7539-b., 101; 579 – 590-b.]. Homila churrasi shakli asosan uch ko'rinishda bo'ladi: yarimsharsimon, sharsimon va qo'ziqorinsimon. Churraning "yarimsharsimon" shakli bo'rtma va nuqson o'lchamlari bir xil bo'lgan hollarda uchraydi va ular hammasidan ko'proq uchraydi. "Sharsimon" shakdagi churralar asosi torroq bo'ladi, bo'rtma o'lchami esa nuqsonga nisbatan sezilarli kattaroq bo'ladi. "Qo'ziqorinsimon" shaklli churra baland terili oyoqchasi bilan xarakterlanadi. Ko'pchilik izlanishlarda churra shakli va o'lchamlari orasidagi qandaydir bog'liqlik aniqlanmagan, biroq bir qator nashrlarda churralar o'lchami va qorin bo'shlig'i hajmi orasidagi bog'liqlik

tasdiqlangan, bunda asosan ularning qarama qarshi nisbati ta'kidlanadi, ya'ni churra qanchalik katta bo'lsa, unga shunchalik ko'p a'zo joylashadi va qorin bo'shlig'i shunchalik kichrayadi. Bu churra o'lchami bolaning umumiy ahvoriga katta ta'sir qilishidan darak beradi [7; 45 – 15-b., 23; 70 – 73-b., 101; 579 – 590-b.]. Kindik tizimchasi churrasi o'lchamlari katta bo'lmagan holatlarda chaqaloqlarning umumiy ahvoli odatdagidek qoniqarliligicha qoladi. Katta bo'lmagan churralar tarkibiga doimo ichak qovuzlog'i kirishi kuzatiladi. Kichik hajmli churralarda eventratsiya bo'lgan qorin bo'shlig'i a'zolarini yaxshi rivojlangan qorin bo'shlig'i oson joylashtirishga imkon bo'ladi va bola tomonidan bu muolajaga hech qanday salbiy reaksiya kuzatilmaydi [94; 1255 – 67-b., 74; 62 – 66-b.]. O'rta o'lchamli churra tarkibi da ingichka va yo'g'on ichakning bir nechta qovuzlog'ini va jigarning 1/3 qismini saqlaydi. Mazkur a'zolarining sovishi, shuningdek churra xaltasidagi tomirsiz pardaning atrof-muhit bilan ta'sirlashishidan yuzaga kelgan massiv infisirlanishi natijasida bolaning umumiy ahvoli sezilarli yomonlashadi. Bunday bolalar sovuq qotgan, teri qoplamalarining yaqqol sianosi bilan kelishadi. Ko'rikda qorin me'yoriy rivojlanganday ko'rinadi. Biroq eventratsiyalangan qorin bo'shlig'i a'zolari qorin bo'shlig'iga biroz qiyinchilik bilan to'liq, ba'zan qisman kiradi. Ba'zi holatlarda bu muolajalarga chaqaloqlarda salbiy reaksiya kuzatiladi [7; 45 – 15-b., 94; 1255 – 67-b., 109; 9 – 11-b., 95; 44 – 50-b., 115; 1546 – 1550-b.]. Katta o'lchamli kindik tizimchasi churrasi bor chaqaloqlar shifoxonaga deyarli doimo og'ir ahvolda tushadi. Odatda, bunday bolalarda teri qoplamalarida sianoz yaqqol ko'rinadi. Tana harorati ham oshishi mumkin. Bolalar lanj, kam harakat bo'lishadi. Qorin ko'rikdan o'tkazilganda uning katta bo'lmagan o'lchamiga, yon yuzalarining terisi qoramtir-qo'ng'ip rangliligiga, nafas olganda epigastral sohani taranglashishiga e'tibor qaratish kerak. Katta churralar tarkibida doim ichakdan tashqari jigarning katta qismi uchraydi [4; 107 – 118-b., 75; 123 – 8-b., 102; 33 – 39-b., 2; 304-b., 103; 7539-b., 115; 1546 – 1550-b.].

Jigarning qorin bo'shlig'idan tashqarida churra haltasi ichida joylashuvi qorin bo'shlig'ini yaxshi rivojlanmasligi oqibatidir. Ba'zi holatlarda omfalotsele bilan birga diafragma nuqsonlari ko'shib kelsa churra haltasi ichida yurak va o'pka

joylashishi mumkin. Kuchli zo‘riqish natijasida qorin ichi bosimi keskin oshadi va natijada qorin bo‘shlig‘i a‘zolari siqilib ezilishi ro‘y beradi diafragma ko‘tariladi, ko‘krak qafasi a‘zolari ham siqiladi. Klinik nuqtai nazardan nafas tomonidan jiddiy buzilishlar (pastki kovak va darvoza venasi tizimida bosim oshishi, taxikardiya, bradiaritmiya, asistoliya) paydo bo‘ladi [26; 18 – 23-b., 108; 2344 – 51-b., 109; 9 – 11-b., 69; 115 – 117-b., 101; 579 – 590-b.]. Bu belgilar qorin bo‘shlig‘iga a‘zolari zo‘rlab kiritish to‘xtatilgandan keyingina o‘tib ketadi [7; 45 – 15-b., 26; 18 – 23-b., 23; 70 – 73-b., 74; 62 – 66-b.].

Omfalotselening asoratlangan shakllaridan churra amnion pardasining qorin ichida yorilishi chaqaloq hayotiga xavf soluvchi og‘ir asorat hisoblanadi [108; 2344 – 51-b., 114; 125 – 129-b., 80; 101 – 105-b., 103; 504 – 509-b.]. Bolalar qorin pardasi bilan qoplanmagan qorin bo‘shlig‘i a‘zolari chiqqan holda tug‘iladi. Bunday bolalar jarrohlik shifoxonaga odatda tug‘ilgandan keyin o‘ta og‘ir ahvolda, sovuq qotish va intoksikasiya belgilari yaqqol bo‘lgan holda tushishadi. Ular juda lanj, kam harakat, kuchsiz qichqirishadi. Teri qoplamalari oqargan, ko‘kargan, nafas olishi yuzaki, yurak tonlari bo‘g‘iq, qorni taranglashgan, to‘la rivojlanmagan. Jigarning qorin bo‘shlig‘idan tashqariga chiqishi juda kam uchraydi. Ichak qovuzloqlari eventratsiya bo‘ladigan qorin old devori nuqsoni, odatda 5 sm dan oshmaydi. Chiqqan ichak qovuzloqlari ko‘kargan, seroz parda xiralashgan, dag‘al, fibrin bilan qoplangan bo‘ladi. Qovuzloq joylari qo‘zog‘iz ko‘rinishida o‘zaro bitishmalangan bo‘ladi. Eventratsiyalangan ichak devori va tutqichlari shishgan, ularning tomiri kengaygan, to‘laqonli. Ko‘rincha nuqson chetida churra xalta pardasi va kindik tizimchasi cho‘ltog‘ining parchalari saqlanadi va u asosan chapda joylashgan bo‘ladi. Klinik ko‘rinishi og‘ir peritonitdan darak beradi [59; 1139-b., 81; 164 – 6-b., 13; 29 – 34-b., 23; 70 – 73-b., 36; 248 – 254-b., 62; 265-b., 102; 33 – 39-b., 103; 504 – 509-b.].

Hozirgi vaqtda omfalotseleni davolashning uchta asosiy usuli qo‘llaniladi: konservativ usul; radikal operatsiya – churra haltasi olib tashlangandan keyin qorin old devorining bir bosqichli plastikasi; palliativ–radikal operatsiya: Shuster usuli bo‘yicha sintetik protez-eksplantatlardan foydalangan holdagi ikki bosqichli plastika; Gross usuli bo‘yicha loskutlardan foydalangan holdagi ikki bosqichli

plastika [11; 105 – 112-b., 126; 274 – 7-b., 5; 12 – 19-b., 7; 45 – 15-b., 108; 2344 – 51-b., 53; 917 – 919-b., 45; 705 – 712-b., 107; 94 – 96-b., 127; 507 – 13-b., 9; 39 – 40-b., 102; 33 – 39-b., 117; 2-b., 18; 18 – 25-b., 46; 422 – 424-b., 49; 21 – 23-b., 114; 125 – 129-b., 106; 98 – 101-b., 54; 170-b., 89; 170-b.].

Omfalotseleni davolashning palliativ–radikal operatsiya usuliga Shuster va Gross operatsiya usullaridan tashqari oxirgi yillarda turli modifikasiyalar ishlab chiqilgan va nashr qilingan. Bularga amnion pardani kesmasdan “vikril” sintetik materialli protez bilan plastika qilish; “poliamid” sintetik materialli to‘r pardani (loskut bilan teri plastikasidan oldin) teri ustiga mahkamlash yo‘li bilan fassial nuqson chetlarini teri ostidan yaqinlashtirilishi kiradi va erta yoshda radikal operatsiya o‘tkazishni ta‘minlaydi [11; 105 – 112-b., 1; 154-b., 126; 274 – 7-b., 108; 2344 – 51-b., 45; 705 – 712-b., 56; 594 – 598-b., 105; 1 – 3-b., 107; 94 – 96-b., 127; 507 – 13-b., 72; 241 – 246-b., 36; 248 – 254-b., 50; 261-b., 62; 265-b., 102; 33 – 39-b., 117; 2-b., 18; 18 – 25-b., 14; 594 – 603-b., 33; 43 – 45-b., 114; 125 – 129-b., 51; 118 – 121-b., 132; 84 – 88-b.]. Ko‘pgina mualliflar o‘z tajribasi va texnikaviy imkoniyatlardan kelib chiqqan holda omfalotseleni davolashda u yoki bu usulni qo‘llaydilar [11; 105 – 112-b., 61; 372 – 377-b., 105; 1 – 3-b., 72; 241 – 246-b., 98; 1 – 5-b., 102; 33 – 39-b., 18; 18 – 25-b., 46; 422 – 424-b., 73; 1 – 3-b., 14; 594 – 603-b., 103; 504 – 509-b.]. Omfalotseleni operativ usulda davolash tarafdorlarining ta‘kidlashlaricha, churra ustidagi amnion pardasida qon tomirlarining yo‘qligi ularning tezda nekrozga uchrashiga va natijada qorin bo‘shlig‘iga infeksiya kirishiga olib keladi. Shuning uchun ham bola hayotining birinchi kunida, ichaklarda axlat va havo yig‘ilmagan holatda, amnion pardasi hali infeksiya natijasida yallig‘lanmagan vaqtida operatsiya muolajasini o‘tkazish tavsiya qilinadi. Tug‘ilganiga bir kundan ko‘p bo‘lgan, o‘rta va katta hajmli omfalotseleda, amnion pardasida yiringli-nekrotik o‘zgarishlar bo‘lgan chaqaloqlarda operatsiya o‘tkazishga urinish chaqaloqlarda peritonit, qon ketish yoki shok holati kelib chiqishiga sababchi bo‘ladi va o‘limga olib keladi. Bu holat esa bunday bemorlarda davolash usulini individual tanlash lozimligini ko‘rsatadi [11; 105 – 112-b., 5; 12 – 19-b., 7; 45 – 15-b., 108; 2344 – 51-b., 112; 391 – 402-b., 9; 39 – 40-b., 18; 18 – 25-b., 77; 383 – 388-

b., 114; 125 – 129-b., 121; 10 – 14-b., 132; 84 – 88-b.]. Omfalotseleni operativ davolash bosqichida qorin bo'shlig'i ichki bosimini sinchkovlik bilan nazorat qilish lozim (pastki kovak venadagi bosim 20 mm simob ustinidan oshmasligi kerak) [26; 18 – 23-b., 108; 2344 – 51-b., 99; 2525 – 2529-b., 107; 94 – 96-b., 97; 1 – 7-b., 114; 125 – 129-b., 103; 504 – 509-b., 101; 579 – 590-b.]. Kichik o'lchamli churralarda nuqsonni bir bosqichli operatsiya usulida bartaraf etish – eventratsiyalangan a'zolari qorin bo'shlig'iga qayta kirgizish bilan qorin old devori plastikasini o'tkazish tavsiya etiladi. Qo'shimcha og'ir nuqsonlarsiz kelgan o'rta churralarda ham yuqoridagi davolash usuli qo'llaniladi. Katta o'lchamli omfalotseleda qorin bo'shlig'i a'zolarini bosqichma-bosqich qorin bo'shlig'iga to'g'irlash hamda nuqsonni sintetik yamoqlar (silastik, kuchaytirilgan dakron yoki biomateriallar – tutorlast-perikardom) bilan plastika qilish bosqichli operativ muolajasi bajariladi [111; 22 – 27-b., 61; 372 – 377-b., 108; 2344 – 51-b., 105; 1 – 3-b., 107; 94 – 96-b., 127; 507 – 13-b., 117; 2-b., 114; 125 – 129-b., 118; 1908 – 1913-b., 121; 10 – 14-b., 132; 84 – 88-b.].

Katta o'lchamli, ko'plab qo'shimcha nuqsonlar bilan kelgan omfalotseleni operativ davolash imkoniyati bo'lmagan holatlarda 44,4-100% gacha konservativ davo muolajasi o'tkaziladi [11; 105 – 112-b., 1; 154-b., 126; 274 – 7-b., 7; 45 – 15-b., 95; 44 – 50-b., 96; 421 – 424-b., 9; 39 – 40-b., 50; 261-b., 98; 1 – 5-b., 102; 33 – 39-b., 18; 18 – 25-b., 46; 422 – 424-b., 14; 594 – 603-b., 55; 48 – 51-b., 97; 1 – 7-b., 118; 1908 – 1913-b., 43; 10 – 18-b.]. Konservativ davo muolajasiga kindik tizimchasidagi amnion parda ustiga kumush sulfadiazin, 0,5% li kumush nitrat, 70% li spirt eritmasi, 5% povidon yod eritmasi bilan ishlov berishdan foydalaniladi [134, 110]. Keyinchalik nuqsonni bosqichma-bosqich operativ usulda bartaraf etishning birinchi bosqichi ikki haftadan keyin o'tkaziladi [1; 154-b., 40; 65 – 67-b., 18; 18 – 25-b., 14; 594 – 603-b., 55; 48 – 51-b., 51; 118 – 121-b., 103; 504 – 509-b., 43; 10 – 18-b.].

Oxirgi yillarda neonatal xirurgiyaning jadal rivojlanishiga qaramasdan omfalotseleni operativ davolash uchun taklif qilingan ko'pgina usullarida ham bir qator kamchiliklar kuzatilmoqda. Masalan, Gross usuli bo'yicha o'tkazilgan

operatsiyadan keyin katta ventral churra hosil bo'ladi, bu esa o'z navbatida bolani parvarishlashda bir qator qiyinchiliklarga olib keladi va bunda ko'rincha aponevroz nuqsoni plastikasini amalga oshirish bir necha bosqichni talab qiladi. Shuster operatsiyasida qo'llaniladigan sintetik plastik materiallar iqtisodiy jihatdan qimmatligi sababli keng amaliyotga joriy qilish cheklangan [7; 45 – 15-b., 108; 2344 – 51-b., 53; 917 – 919-b., 94; 1255 – 67-b., 96; 421 – 424-b., 107; 94 – 96-b., 50; 261-b., 98; 1 – 5-b., 73; 1 – 3-b., 103; 504 – 509-b.].

Xulosa qilib shuni aytish mumkinki, hozirgi vaqtda omfalotseleni davolashning mutloq universal usuli yo'q, ammo ko'pchilik tadqiqotchilar ulardan ikkitasini - asosiy va kechiktirilgan yopishni qo'llashadi [134; 1192 – 7-b., 127; 507 – 13-b., 68; 516 – 525-b., 132; 84 – 88-b.]. Nuqson hajmini baholash bilan bog'liq yana bir lahza bor. "Gigant" nuqsonning ta'rifi turlicha bo'ladi, chunki ba'zi jarrohlar uni tasvirlash uchun faqat o'lchamdan foydalanadilar, boshqalari "gigant" o'lcham deganda churra qopida jigar mavjudligi yoki yo'qligini anglatadi [108; 2344 – 51-b., 48; 423 – 6-b., 107; 94 – 96-b., 52; 1725 – 1730-b., 102; 33 – 39-b., 117; 2-b., 118; 1908 – 1913-b.]. "Gigant" omfalotseleni ta'rifi bo'yicha yagona nuqtai nazarning yo'qligi va davolash usullarini taqqoslashda muammolarga olib keladi [126; 274 – 7-b., 40; 65 – 67-b., 48; 423 – 6-b., 96; 421 – 424-b., 107; 94 – 96-b., 52; 1725 – 1730-b., 98; 1 – 5-b., 102; 33 – 39-b., 117; 2-b., 18; 18 – 25-b., 14; 594 – 603-b., 118; 1908 – 1913-b., 101; 579 – 590-b., 43; 10 – 18-b.]. Omfalotsele bilan og'rigan bolalarni davolash usullari nuqsonning kattaligiga, bolaning gestasion yoshiga va yo'ldosh anomaliyalarning mavjudligiga bog'liq. Diametri 1,5 sm dan kam bo'lgan nuqsonlar kindik tizimchasi churrasi deb baholanib, tug'ilgandan keyin darhol rekonstruksiya (qayta tiklash) o'tkaziladi [126; 274 – 7-b., 127; 507 – 13-b., 98; 1 – 5-b., 18; 18 – 25-b., 97; 1 – 7-b., 103; 504 – 509-b.]. Diametri 1,5 santimetrdan kattaroq bo'lgan, lekin teshikning chekkalari solishtirilganda juda ko'p tortilmagan nuqsonlar ham tug'ilgandan keyin yopilishi mumkin. Ushbu bolalarda omfalotseleni birlamchi qayta tiklash churra qorini olib tashlash va qorin bo'shlig'i a'zolari ustidagi fassiya va terini tiklashdan iborat. Gigant omfalotseleni muvaffaqiyatli birlamchi davolash haqida bir qancha xabarlar mavjud [126; 274 – 7-

b., 108; 2344 – 51-b., 107; 94 – 96-b., 102; 33 – 39-b., 114; 125 – 129-b., 132; 84 – 88-b.]. Omfalotselening bir bosqichli plastikasi kamroq agressiyaga ega texnika bo'lib, bosqichli davolanish bilan solishtirganda bemorlarning operatsiyadan keyingi tiklanish natijalari ustunroqdir. Bizning tadqiqotimiz sun'iy o'pka ventilyasiyasi davomiyligi va bemorlarning bir bosqichli plastik jarrohlik foydasiga to'liq entepal ovqatlanishga o'tish vaqtidagi sezilarli farqlarni ko'rsatdi. Omfalotseleni ko'p bosqichli davolashdan so'ng bemorlar operatsiyadan keyingi davrda tuzalib ketishi yomon kechadi va ko'rincha gastroezofageal reflyuks va ventral churra ko'rinishidagi operatsiyadan keyingi kechki asoratlardan aziyat chekishadi [127; 507 – 13-b., 102; 33 – 39-b., 118; 1908 – 1913-b., 115; 1546 – 1550-b., 106; 98 – 101-b.].

I Bobga xotima

Adabiyotlar tahliliga ko'ra, qorin old devori tug'ma nuqsonlarini kelib chiqishiga ko'pchilik holatlarda sariqlik yo'lining o'z vaqtida yopilib ketmasligi sabab bo'ladi. Qorin old devori tug'ma nuqsonlarida homiladorlikni saqlab qolish yoki to'xtatish, ko'plab rivojlanish nuqsonlarini aniqlash, bunday nuqsonli go'daklarning tug'ilish muddati va tug'ilishiga yordam berish usullarini aniqlash masalasini hal etish uchun prenatal UTT muhim ahamiyatga ega. Bunday nuqsonlarni antenatal tashxislashning minimal muddatlari 12 hafta $\pm$ 3 kunni tashkil qiladi. Ko'rincha nuqsonlar aniqlanmasligining sababi antenatal tashxislashning aniq sxemasi mavjud emasligi, homilador ayollarning konsultativ-maslahat markazlariga kam murojaat etishi va ushbu patologiyalarni aniqlash uchun mutaxassislarning to'liq ma'lumotga ega emasligi hisoblanadi.

Adabiyotlar tahliliga ko'ra ba'zi mualliflar ushbu nuqsonlarni davolash mumkinligini aytishadi va faqatgina ba'zi a'zolar va tizimlarning ko'plab kombinasiyalangan nuqsonlari aniqlangan hollardagina homiladorlikni to'xtatishni tavsiya etishadi, ba'zilar esa gastroshizis va omfolaseleda eventratsiyalangan a'zolarining shikastlanishi va infeksiyalanish xavfi yuqori bo'lganligi sababli, barcha holatlarda rejali ravishda operativ tug'ruqni amalga oshirishni tavsiya qiladilar. Shu

sababli ham tugʻruqni amalga oshirish usuli masalasi hozirgi paytgacha munozarali boʻlib qolmoqda va patologiyani erta aniqlash, homiladorlikni, hamda tugʻruqni boshqarishni eng maqbul algoritmnini yaratish lozimligini koʻrsatadi.

Qorin old devori tugʻma nuqsonlarini optimal operativ davolash usulini tanlash masalasi hozirga qadar koʻplab munozaralarga sabab boʻlmoqda. Bu holat omfalotsele va gastroshizisning anatomik xususiyatlari bilan bogʻliq. Shu kungacha maʼqul deb eʼtirof etib kelingan bir vaqtning oʻzida mahalliy toʻqimalardan foydalanib bajariladigan radikal plastika usulini yaqqol ifodalangan vissero-abdominal disproporsiyali qorin old devori nuqsonlarida qoʻllash chegaralangan.

Vissero-abdominal disproporsiya yaqqol ifodalangan bemorlarda ushbu operatsiyalarni bajarish jiddiy asoratlarga bilan kechuvchi va koʻp holatlarda oʻlimga olib keluvchi pastki kovak venasining siqilishi sindromi rivojlanishiga olib keladi. Bugungi kunda ushbu holatlarni oldini olish maqsadida butun dunyo boʻylab jarrohlar tomonidan sintetik yamoqlardan foydalangan holda qorin oldingi devorini plastika qilish amaliyotini bajarishning turli usullari qoʻllanilmoqda.

Qorin old devori tugʻma nuqsonlarini konservativ va operativ davolash natijalari bir xil emas, yaʼni bunda yaxshi (kichik oʻlchamli omfalotsele) dan tortib, vissero-abdominal disproporsiyani bartaraf etishning iloji boʻlmagan holatlarda qoniqarsiz (katta oʻlchamli churralarda) gacha boʻlgan natijalar kuzatilgan. Adabiyotlar tahliliga koʻra, hozirgi kunda qorin old devori tugʻma nuqsonlarini antenatal ultratovush tashxislash 100% ni tashkil qilib, ushbu patologiyali chaqaloqlar sonining ortishiga olib keldi. Ammo qorin old devori tugʻma nuqsonlarini prenatal tashxislashda homilada kasallikning asoratli yoki asoratsiz kechishi yetarlicha oʻrganilmagan, ogʻir koʻplab yoʻldosh nuqsonlar mavjudligida homilani saqlab qolish yoki toʻxtatishga doir aniq koʻrsatmalar ishlab chiqilmagan.

Postnatal davrda bayonnomalar, kuzatuv jadvallari har xil boʻlib, tekshiruv usullari, transport xizmati mezonlari va operativ davolashga boʻlgan koʻrsatmalar bir xil emas. Xususan, postnatal davrda chaqaloqlarda omfalotsele va gastroshizis bilan birga kelgan koʻplab yoʻldosh ogʻir nuqsonlarni tashxislash usullari toʻliq

7 yoritilmagan. Shuningdek gastroshizis va omfalotsele bilan tugʻilgan chaqaloqlarda mazkur nuqsonlar toʻgʻrisida shifokor-neonatologlarning yetarlicha maʼlumotga ega emasligi natijasida chaqaloqlarni tugʻruqxonadan neonatal xirurgiya boʻlimlariga oʻtkazishda transportirovka qilish qoidalarini boʻyicha bir qator muammolar mavjud. sababi adabiyotlarda ushbu patologiyalarda chaqaloqlarni transportirovka qilish xususiyatlari va birinchi yordam koʻrsatish keng yoritilmagan.

Adabiyotlar tahliliga koʻra, oxirgi yillarda chaqaloqlardagi katta oʻlchamli omfalotsele va gastroshizisning radikal operatsiya usullariga bagʻishlangan fundamental tadqiqotlar deyarli mavjud emas. Neonatal xirurgiya boʻyicha mavjud adabiyotlarda omfalotsele va gastroshizisni tashxislash va davolash muammolari odatda bir nuqson nuqtai nazaridan yoritiladi va koʻplab nuqsonlar yoki birga keluvchi somatik patologiya mavjudligida operativ davolash usulini tanlash masalalariga deyarli eʼtibor qaratilmagan. Bunga sabab koʻpgina davlatlarda bu holatlarda homiladorlik toʻxtatiladi. Bizning sharoitimizda homiladorlikni toʻxtatish holatlari kam uchrashini sababli qoʻshimcha nuqsonlar bilan kelgan omfalotsele va gastroshizisni davo taktikasi, hamda operatsiya usulini tanlash muammosini toʻlaqonli hal qilish zaruriyati paydo boʻldi. 5

Ushbu patologiyalarda jahon olimlari oʻtkazgan tadqiqotlar shuni koʻrsatdiki, omfalotsele va gastroshizisda qorin boʻshligʻi hajmi odatdagidan 1,5-2 baravar kam boʻladi. Bu esa oʻz navbatida davo taktikasini va operatsiya usulini tanlashda katta ahamiyat kasb etadi. Ammo bizga maʼlum boʻlgan adabiyotlarda qorin boʻshligʻi hajmini aniq oʻlchaydigan mezonlar ishlab chiqilganini uchratmadik. Shu sababli ham qorin boʻshligʻi hajmini yanada aniqroq oʻlchash zaruriyati paydo boʻldi va biz oʻz izlanishlarimizda ushbu muammoni hal qilishni ham vazifa qilib qoʻydik.

II BOB. KLINIK MATERIALLAR VA TADQIQOT USULLARIGA UMUMIY TAVSIF

§ 2.1. Tadqiqot materiallariga tavsif.

Respublika perinatal markazi qoshidagi Respublika neonatal xirurgiya o'quv-davolash-metodik markazida 2006 – 2022 yillarda jami 4315 nafar chaqaloqlar tug'ma nuqsonlar bilan tug'ilgan, shulardan qorin old devorining turli ko'rinishdagi nuqsonlari bilan 348 (8,1%) nafar chaqaloq qayd etilgan. Ushbu qorin old devorining tug'ma nuqsonlaridan omfalotsele 133 (38,2%) nafarni, gastroshizis 110 (31,6%) nafarni, kindikning to'liq ichak oqmasi 6 (1,7%) nafarni, siydik pufagiga ochilgan uraxus to'liq oqmasi 3 (0,9%) nafarni, qorin old devori mushaklari aplaziyasi 4 (1,1%) nafarni, kindik churrasi 64 (18,4%) nafarni, qorin oq chizig'i churrasi 28 (8%) nafarni tashkil qildi. Bu nuqsonlar orasida omfalotsele va gastroshizisni antenatal tashxislash va davolash dolzarb muammoligi sababli bizning ilmiy ishimiz ushbu chaqaloqlarning tekshiruv va davolash usullariga bag'ishlangan. Ulardan o'g'il bolalar soni - 140 (57,6%) nafar, qiz bolalar soni - 103 (42,4%) nafar. Chaqaloqlar yoshi 0 - 4 kunligacha. Chaqaloqlarda qorin old devorining tug'ma nuqsonlari omfalotsele – 133 (54,7%) va gastroshizis – 110 (45,3%) ko'rinishida bo'ldi.

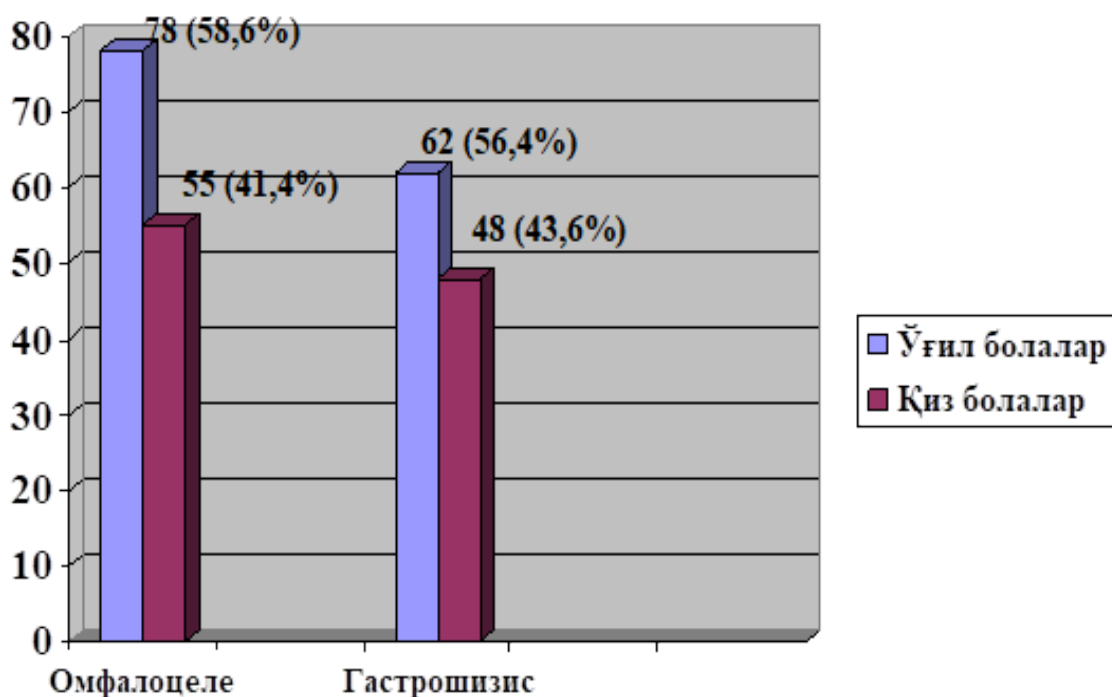
Yuqorida keltirilgan tug'ma nuqsonlar klinik-morfologik jihatdan bir-biridan farq qilgan holda alohida nozologik guruhlariga kiritiladi va ular orasida omfalotsele va gastroshizisning salmog'i yuqori ekanligi ko'rinishida turibdi. Shuning uchun bizning ilmiy ishimiz omfalotsele va gastroshizis bilan tug'ilgan 243 nafar chaqaloqlarning klinik tahlillari, tashxislash natijalari va davolash usullarini tahliliga asoslanadi.

Bizning nazoratimiz ostidagi bemorlar ikkita guruhga bo'lib tahlil qilindi: taqqoslov guruhi: 2006 – 2010 yillarda an'anaviy tekshirish va davolash usullari o'tkazilgan 89 nafar bemor – 36,6%, ya'ni bemor kasalxonaga kelganda operatsiya oldi tayyorgarligi o'tkazilib, kichik va o'rta o'lchamli omfalotseleda qorin oldi devori radikal plastikasi, katta o'lchamli turida esa Gross usulida ventral churra hosil qilish amalga oshirilgan; gastroshizisi bor bemorlarda yetarli jarrohlik amaliyotlari

qo'llanilgan; asosiy guruh: 2011 – 2022 yillarda kuzatilgan va taklif qilinayotgan tashxislash – transportirovka - davolash chora – tadbirlari kompleksi qo'llanilgan 154 nafar – 63,4% bemor tashkil qiladi.

Gastroshizis va omfalotsele bilan nazoratimizdagi 243 chaqaloqlardan 196 (80,7%) nafari Respublika perinatal markazida, 47 (19,3%) nafar chaqaloq esa joylardagi Tug'ruqxonalarda tug'ilgan va davolash muolajalarini davom ettirish uchun Respublika neonatal xirurgiya o'quv-davolash-metodik markaziga o'tkazilgan. Taqqoslov guruhi bemorlari petrospektiv tarzda o'rganildi, asosiy guruhdagi bemorlarda tashxislash tadbirlari va davolash jarayoni dissertantning bevosita ishtirokida o'tkazildi va tahlil qilindi.

Gastroshizis bilan tug'ilgan 110 (45,3%) nafar chaqaloqdan o'g'il bolalar 62 (56,4%) nafarni, qiz bolalar 48 (43,6%) nafarni tashkil qildi. Omfalotsele bilan tug'ilgan 133 (54,7%) nafar chaqaloqdan o'g'il bolalar 78 (58,6%), qiz bolalar 55 (41,4%) nafarni tashkil qildi (2.1.1 - rasm).



2.1.1 - rasm. Bemorlarning jinsi bo'yicha taqsimlanishi.

Diagrammadan ko‘rinib turibdiki, gastroshizis ham, omfalotsele ham o‘g‘il bolalarda ko‘proq uchradi va bu adabiyotlardagi ma’lumotlarga mos keldi.

Bemorlarni kasalxonaga kelish muddatlari asoratlarni oldini olishda va keyingi davo usulini tanlashda katta ahamiyat kasb etdi. Bemorlar qanchalik erta muddatlarda gospitalizatsiya bo‘lgan bo‘lsa, shuncha asoratlar kam kuzatildi va konservativ yoki operativ davodan keyingi natijalar yaxshilanishiga olib keldi.

Gastroshizis va omfalotsele bilan tug‘ilgan chaqaloqlar Respublika perinatal markazi qoshidagi neonatol xirurgiya bo‘limiga har xil muddatlarda gospitalizatsiya qilingan. Shulardan omfalotsele bilan gospitalizatsiya bo‘lgan bemorlar vaqti: 0 – 24 soatgacha 102 (76,7%); 24 – 48 soatgacha 18 (13,5%); 48 – 72 soatgacha 6 (4,5%); 72 soatdan keyin 7 (5,3%) (2.1.1 - jadval).

2.1.1 - jadval

Omfalotsele bilan bemorlarni jinsi va yoshi bo‘yicha taqsimlanishi (n=133)

Gospitalizatsiya davrida bemorlar yoshi	O‘g‘il		Qiz		Jami	
	abc	%	abc	%	Abc	%
Taqqoslov guruh	27	26,2	21	20,4	48	36,1
0-24 soatgacha	17	35,4	18	37,5	35	72,9
24-48 soatgacha	6	12,5	2	4,2	8	16,7
48-72 soatgacha	3	6,2	-	-	3	6,2
72 soatdan keyin	1	2,1	1	2,1	2	4,2
Asosiy guruh	51	38,3	34	25,6	85	63,9
0-24 soatgacha	39	45,9	28	32,9	67	78,8
24-48 soatgacha	8	9,4	2	2,4	10	11,8
48-72 soatgacha	1	1,2	2	2,4	3	3,5
72 soatdan keyin	3	3,5	2	2,4	5	5,9
Jami	78	58,6	55	41,4	133	100

Ushbu jadvaldan ko‘rinib turibdiki, kasalxonamizga 0 – 24 soat ichida eng ko‘p chaqaloq omfalotsele tashxisi bilan gospitalizatsiya qilingan (102 - 76,7%).

Gastroshizis tashxisi bilan esa quyidagi muddatlarda chaqaloqlar gospitalizatsiya qilingan: 0 – 24 soatgacha 94 (85,5%); 24 – 48 soatgacha 13 (11,8%); 48 – 72 soatgacha 1 (0,9%); 72 soatdan keyin 2 (1,8%) (2.1.2 - jadval).

2.1.2 - jadval

Gastroshizisda bemorlarni jinsi va yoshi bo'yicha taqsimlanishi (n=110)

Gospitalizatsiya davrida bemorlar yoshi	O'g'il		Qiz		Jami	
	abc	%	abc	%	abc	%
Taqqoslov guruh	26	23,6	15	13,6	41	37,3
0-24 soatgacha	23	56,1	14	34,1	37	90,2
24-48 soatgacha	3	7,3	1	2,4	4	9,8
48-72 soatgacha	-	-	-	-	-	-
72 soatdan keyin	-	-	-	-	-	-
Asosiy guruh	36	32,7	33	30	69	62,7
0-24 soatgacha	30	43,5	27	39,1	57	82,6
24-48 soatgacha	4	5,8	5	7,2	9	13
48-72 soatgacha	1	1,4	-	-	1	1,4
72 soatdan keyin	1	1,4	1	1,4	2	2,9
Jami	62	56,4	48	43,6	110	100

Ushbu jadvaldan ko'rinib turibdiki, gastroshizis bilan tug'ilgan chaqaloqlar kasalxonamizga 0 – 24 soat ichida eng ko'p gospitalizatsiya qilingan (94 - 85,5%).

Shunday qilib, 141 (58%) nafar chaqaloqlarga antenatal tashxis qo'yilgan bo'lib, ulardan 102 (72,3%) nafariga RPM da, 39 (27,7%) nafariga yashash joylaridagi skrining markazlarida tashxis qo'yilgan. 47 (19,3%) nafar chaqaloq ahvolining og'irligi va joylardagi mutaxassislarning ushbu patologiya to'g'risida to'liq ma'lumotga ega emasligi sababli markazimizga 24 – 72 soat mobaynida kech gospitalizatsiya qilingan.

Qorin oldingi devori tug'ma nuqsoni bilan tug'ilgan chaqaloqlarning tug'ilish muddatlari ham davolash natijalariga ta'sir ko'rsatdi. 243 nafar chaqaloqlardan 165 (67,9%) tasi muddatiga yetib tug'ilgan, 78 (32,1%) tasi esa muddatiga yetmay tug'ilgan. Kasallik kechishi va davolash jarayonida yuzaga kelgan asoratlari asosan muddatiga yetmay tug'ilgan chaqaloqlar o'rtasida kuzatilgan. Operatsiya bo'lgan 221 nafar chaqaloqdan 102 (46,2%) tasida asorat kuzatildi. Ulardan 69 (67,6%) nafari muddatiga yetmay tug'ilgan chaqaloqlar bo'ldi.

Quyidagi diagrammada omfalotsele bilan tug'ilgan chaqaloqlarning tug'ilish muddatlari nisbati keltirilgan (2.1.2 - rasm).

2.1.2 - rasm. Qorin oldingi devori tug‘ma nuqsoni bilan tug‘ilgan chaqaloqlarning gestatsiyasi bo‘yicha taqsimlanishi.

Markazga hospitalizatsiya qilingan qorin oldingi devori tug‘ma nuqsoni bilan tug‘ilgan chaqaloqlarning hammasida postnatal tashxislash qiyinchilik tug‘dirmadi. Gastroshizis va omfalotsele tashxisini qo‘yishda ob‘ektiv ko‘ruv, klinik-laborator va instrumental ma’lumotlar asosiy o‘rin egalladi. Ob‘ektiv ko‘rikda qorin bo‘shlig‘i a‘zolarining tashqarida joylashuv darajasi, o‘rni, qaysi a‘zoli, churra hajmi, churra hosilasi, churra qopi holati baholandi va tashxis qo‘yishda e‘tiborga olindi. Klinik-laborator tekshiruvlar, instrumental tekshiruvlar (UTT, NSG, ExoKG oddiy va kontrastli rentgenografiya) o‘tkazildi.

Qorin oldingi devori tug‘ma nuqsoni bilan tug‘ilgan chaqaloqlarning tana vazni va bo‘y uzunligi ham davolash taktikasi va operatsiya usulini tanlashda muhim ahamiyat kasb etdi. Chaqaloq bo‘yi qancha uzun va tana vazni qancha katta bo‘lsa, davolash natijasi shuncha yaxshi bo‘lib, asoratlar kam kuzatildi yoki aksincha. 2.1.3 - jadvalda bemorlarning antropometrik ma’lumotlari keltirilgan.

2.1.3 - jadval
Qorin oldingi devori tug‘ma nuqsoni bilan tug‘ilgan chaqaloqlarning taqqoslov va asosiy guruhidagi antropometrik ma’lumotlar (n=243)

Guruhlar	Tug‘ilgandagi vazni (kg)						Bo‘y uzunligi (sm)			
	2 kg <		2 – 3 kg		3 kg <		50 sm >		51 sm <	
	abc	%	Abc	%	abc	%	abc	%	abc	%
Asosiy guruh	36	23,4	57	37	61	39,6	78	50,6	76	49,4

(n=154)										
Taqqoslov guruh (n=89)	9	10,1	39	43,8	41	46,1	43	48,3	46	51,7
Jami	45	18,5	96	39,5	102	42	121	49,8	122	50,2

Gastroshizis bilan tug‘ilgan chaqaloqlarni klinik kechishini o‘rganganimizda total, subtotal va lokal turlariga bo‘ldik. Bunday bo‘lish keyingi bosqichda davo taktikasi va optimal operatsiya usulini tanlash imkonini berdi. Quyidagi jadvalda gastroshizis bilan tug‘ilgan chaqaloqlarning klinik kechish bosqichlari tug‘ilish muddatiga nisbatan keltirilgan (2.1.4 - jadval).

2.1.4 - jadval

Gastroshizisni klinik kechish shakliga qarab taqsimlanishi (n=110)

Turlari	Muddatiga yetib tug‘ilgan chaqaloqlar (n=54)		Muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlar (n=56)		Jami	
	abc	%	abc	%	Abc	%
Total	32	59,3	35	62,5	67	61
Subtotal	18	33,3	20	35,7	38	34,5
Lokal	4	7,4	1	1,8	5	4,5
Jami	54	100	56	100	110	100

Yuqoridagi jadvaldan ko‘rinib turibdiki, vaqtida tug‘ilganlarda lokal shakli ko‘proq uchragan, muddatiga yetmay tug‘ilganlarda total va subtotal shakli ko‘p uchragani kuzatildi.

Omfalotsele bilan tug‘ilgan chaqaloqlarning klinik kechishini baholash uchun embrional churra qobig‘ini holatiga ko‘ra Bairov G.A (1997), churra hajmiga ko‘ra Isakov Yu.F va boshq. (2011), tomonidan taklif etilgan tasnifdan foydalandik. Omfalotseleda churra qobig‘ini holatiga ko‘ra quyidagicha farqladik (2.1.5 - jadval).

2.1.5- jadval

Omfalotseleda churra qopini holatiga qarab bemorlarni

taqsimlanishi (n=133)

№	Churra qopining holati	Asosiy guruh (n=85)	Taqqoslov guruh (n=48)	Jami
---	---------------------------	------------------------	---------------------------	------

		Abc	%	abc	%	abc	%
I	Asoratlanmagan	77	90,6	40	83,3	117	88
II	Asoratlangan	8	9,4	8	16,7	16	12
	a) churra qorini postnatal davrda yallig'lanishi	4	4,7	2	4,2	6	4,5
	b) churra qorini intranatal davrda yopilishi	2	2,4	2	4,2	4	3
	v) churra qorini tug'ilgandan keyin yopilishi	2	2,4	2	4,2	4	3
	g) churra qorini homila ichida yallig'lanishi	-	-	1	2,0	1	0,7
	d) churra qorini homila ichida yopilishi	-	-	1	2,0	1	0,7
	Jami	85	100	48	100	133	100

Ilova: Styudent kpiteriysi qiymati $t = 8,5$; $P < 0,05$ ekanligi aniqlandi.

Omfalotseleda churra hajmiga ko'ra holatiga ko'ra quyidagicha farqladik (2.1.6 - jadval).

2.1.6 - jadval

Omfalotsele bilan tug'ilgan chaqaloqlarning churra hajmiga ko'ra taqsimlanishi (n=133)

Churra o'lchamlari	Asosiy guruh (n=85)		Taqqoslov guruh (n=48)		Jami	
	Abc	%	abc	%	Abc	%
Kichik o'lchamli (3 sm gacha)	29	34,1	17	35,4	46	34,6

O'rta o'lchamli (3- 5 sm gacha)	34	40	20	41,7	54	40,6
Katta o'lchamli (5 sm va undan katta)	20	23,5	8	16,6	28	21
Gigant	2	2,4	3	6,3	5	3,8
Jami	85	100	48	100	133	100

Jadvaldan ko'rinib turibdiki, kichik va o'rta o'lchamli churralar ko'proq kuzatilgan.

Tug'ruq paytida churra qopini yorilishi asorati jami 10 (7,5%) ta bemorda kuzatilgan. Shulardan 6 ta bemor tabiiy yo'l bilan tug'ilgan va tug'ruq paytida churra qopi yorilgan, 4 ta bemorda esa Kesarcha kesish amaliyoti vaqtida churra qopining yorilishi kuzatilgan. Bunga sabab periferiyada tug'ilgan 41 (30,8%) nafar chaqaloqlarga antenatal tashxis qo'yilmagan va bemorlarda tug'ruq tabiiy yo'l bilan boshlangan. 6 tasi o'rta va katta hajmli churra bo'lgani sababli tabiiy tug'ruq payti Kesarcha kesishga ulgurilmagan va churra qopi yorilgan, 4 ta bemor esa Kesarcha kesish o'tkazilganiga qaramasdan katta hajmli bo'lgani sababli baribir churra qopi yorilgan. Bizning xulosamizga ko'ra, yuqoridagi bemorlarga antenatal tashxis qo'yilganda tug'ruq jarayoni to'g'ridan-to'g'ri Kesarcha kesish bilan boshlab, churra qopini yorilishini oldi olinishi mumkin bo'lar edi.

Tekshiruv natijalarimizga ko'ra omfalotselening o'lchami asoratlar kelib chiqishida katta ahamiyat kasb etdi, ya'ni omfalotsele o'lchami qanchalik katta bo'lsa asoratlar shunchalik ko'p uchradi.

Qorin oldingi devori tug'ma nuqsoni bilan tug'ilgan chaqaloqlarning churra qopchasi va ichki a'zolarining tashqariga chiqish tarkibi asoratlar kelib chiqishida katta ahamiyat kasb etdi. Nazoratimiz ostidagi barcha bemorlarda churra qopi tarkibi oshqozon, jigar va ichak qovuzloqlaridan, ichki a'zolarining tashqariga chiqish tarkibi esa ingichka va yo'g'on ichak, oshqozon, jigar tashkil topdi (2.1.7 - jadval).

2.1.7 - jadval

Qorin oldingi devori tug'ma nuqsoni bilan tug'ilgan chaqaloqlarning churra qopi tarkibi va ichki a'zolarining tashqariga chiqish tarkibi

(n=243)

Qorin bo'shlig'i a'zolarining tarkibi	Omfalotsele (n=133)		Gastroshizis (n=110)		Jami	
	abc	%	abc	%	abc	%
Ingichka, yo'g'on ichak va jigar	28	21,1	21	19,1	49	20,2
Mekkel divertikuli	15	11,2	6	5,5	21	8,6
Ingichka va yo'g'on ichak	57	42,9	69	62,7	126	51,9
Oshqozon, ingichka ichak va yo'g'on ichak	33	24,8	14	12,7	47	19,3
Jami	133	100	110	100	243	100

Yuqoridagi jadvaldan ko'rinib turibdiki omfalotseleda churra qopchasining tarkibi ko'p holatlarda (57 - 42,9%) ingichka va yo'g'on ichaklardan tashkil topdi, gastroshizisda ham eng ko'p tashqariga chiqqan ichki a'zo ingichka va yo'g'on ichak bo'ldi (69 - 62,7%). Churra qopi hosilasi va qaysi a'zoning tashqariga chiqish holatiga qarab asoratlarning og'irlik darajasi turlicha bo'ldi va shunga qarab davo usuli tanlandi.

§ 2.2. Tadqiqot usullariga tavsif.

Qorin oldingi devori tug'ma nuqsoni bilan tug'ilgan chaqaloqlarning antenatal davrda aniqlashning eng samarador usuli - bu ultratovush tashxislashdir. UTT Aloka SSD-5000 ProSound PHD rusumidagi uskuna bilan 2,14 dan 13,0 MGs gacha diapazonli konveksli, liniyal, sektorli (SSD-900 dan SSD-2200 gacha) datchiklarni qo'llagan holda amalga oshirildi. Nazoratimizdagi 243 nafar bemorlarning 141 nafarini onalariga homiladorlikning turli haftalarida UTT tug'ruq komplekslarida va skrining markazlarda tekshiruvlar o'tkazilib, ulardan 61 tasida gastroshizis, 80 nafarida omfalotsele aniqlangan.

Antenatal aniqlangan 61 nafar ayollarda homila gastroshizisi homiladorlikning birinchi uch oyligida – 4 (6,6%) ta, ikkinchi uch oyligida – 26 (42,6%) ta va uchinchi uch oyligida 31 (50,8%) ta holatda aniqlangan. Ikkinchi uch oyligidan boshlab UTT yordamida homilada nafaqat gastroshizisni aniqlash, balki unda qorin bo'shlig'idan tashqariga chiqqan ichki a'zolarining hajmlarini ham

ko‘rish imkoni mavjud bo‘ldi.

Shuningdek homila omfalotselesi homiladorlikning birinchi uch oyligida – 7 (8,8%) ta, ikkinchi uch oyligida – 28 (35%) ta va uchinchi uch oyligida 45 (56,2%) ta holatda aniqlangan. Ikkinchi uch oyligidan boshlab UTT yordamida homilada nafaqat omfalotseleni aniqlash, balki churra elementlarini ham ko‘rish imkoni mavjud bo‘ldi.

UTT yordamida omfalotseleni antenatal davrda aniqlangan 141 (58%) bemorlarning hammasiga keyingi tekshiruv bosqichda doppler tekshiruvi o‘tkazildi. Doppler tekshiruvi kindik venasidagi qon tomirlari holatini va qon oqish tezligini o‘lchash imkonini berdi. Bunda churra o‘lchami qancha kichik bo‘lsa, kindik venasida qon oqish tezligi shuncha yuqori, churra o‘lchami qancha katta bo‘lsa kindik venasidagi qon oqish tezligi shuncha past bo‘ldi. Qon oqish tezligini yuqori yoki past bo‘lishi asorat paydo bo‘lishiga ta’sir ko‘rsatdi. Kindik venasida qon oqish tezligi yuqori bo‘lgan holatlarda churra qopchasida asoratlar kuzatilmadi, past bo‘lgan holatlarda esa churra qopchasining yorilishi kuzatildi. Kuzatuvlarimiz natijasiga ko‘ra kindik venasida qon oqish tezligi past bo‘lishi fiziologik tug‘ruqqa qarshi ko‘rsatma bo‘ldi.

Chaqaloqlar tug‘ilgandan keyin ularga operatsiyadan oldingi va keyingi davrda klinik-laborator va instrumental tekshiruvlar o‘tkazildi. Barcha 243 nafar chaqaloqlarga markazda kompleks ravishda klinika-laborator tekshiruvlari bajarildi. Bunda qonda bilirubin fraksiyalari, qand miqdori, moshevina, oqsil, transamilazalar (AsT, ALT) kabi ko‘rsatgichlarini HUMALYZER 2000 Human uskunasi yordamida aniqlandi. Operatsiyadan oldingi va keyingi davrlarda qondagi elektrolitlarni ionomer ES-59, qonning kislota-ishkor holatini baholashni esa MEDISA Easy Stat uskunasi yordamida amalga oshirdik.

Oshqozon ichak tizimi tug‘ma nuqsonlarini aniqlash maqsadida, ko‘krak va qorin bo‘shlig‘i a’zolari umumiy pentgenografiyasi (243 – 100%), ba’zi holatlarda kontrastli (suvda eruvchi yod saqlovchi kontrast) tekshiruv – oshqozon ichak tizimi passaji (28 – 11,5%) o‘tkazildi. Pentgenologik tekshiruvlar «SIEMENS POLYMOBIL Plus» paqamli pentgen uskunasi yordamida bajarildi.

Homiladorlik va tug‘ruq jarayonida chaqaloq bosh miyasini jarohatlanishi va unga qon quyilishi holatlarini aniqlash maqsadida NSG tekshiruvi o‘tkazildi. Neyrosonografiya tekshirish usuli SONOLINE G60S apparati yordamida amalga oshirildi. NSG tekshiruvi chaqaloqlarni tabiiy yoki medikamentoz uyqusi ostida o‘tkazildi.

Qorin oldingi devori tug‘ma nuqsoni bilan tug‘ilgan chaqaloqlar ko‘p holatlarda yurak va qon tomir tug‘ma nuqsonlari bilan birgalikda uchrashini hisobga olib, barcha bemorlarga ExoKG tekshiruv usuli o‘tkazildi. ExoKG tekshiruvi GE Healthsare LOGIQ E9 apparati yordamida amalga oshirildi. Ushbu tekshiruv usuli chaqaloqlarni tabiiy uyqusi ostida o‘tkazildi.

Quyidagi jadvalda qorin oldingi devori tug‘ma nuqsonlari bilan tug‘ilgan chaqaloqlarga o‘tkazilgan instrumental tekshiruv usullari keltirilgan (2.2.1 - jadval).

2.2.1 - jadval

Qorin old devori tug‘ma nuqsoni bilan tug‘ilgan chaqaloqlarda o‘tkazilgan instrumental tekshiruv usullari (n=243)

Tekshiruv usullari	Asosiy guruh (n=85)		Taqqoslov guruh (n=48)		Jami	
	abc	%	abc	%	Abc	%

Omfalotsele (n=133)	Neyrosonografiya	85	1,0	48	1,0	133	1,0
	Ichki a'zolar va churra qopi hosisini UTT	85	1,0	48	1,0	133	1,0
	Exokardiografiya	85	1,0	48	1,0	133	1,0
	Oshqozon ichak tizimini kontrastli rentgen tekshiruvi	13	15,3	6	12,5	19	14,3
	Ko'kpak va qorin bo'shlig'i a'zolari umumiy rentgenografiyasi	85	1,0	48	1,0	133	1,0
Tekshiruv usullari		Asosiy guruh (n=69)		Taqqoslov guruh (n=41)		Jami	
		abc	%	abc	%	Abc	%
Gastroshizis (n=110)	Neyrosonografiya	69	1,0	41	1,0	110	1,0
	Ichki a'zolar va churra qopi hosisini UTT	69	1,0	41	1,0	110	1,0
	Exokardiografiya	69	1,0	41	1,0	110	1,0
	Oshqozon ichak tizimini kontrastli rentgen tekshiruvi	7	10,1	2	4,9	9	8,2
	Ko'kpak va qorin bo'shlig'i a'zolari umumiy rentgenografiyasi	69	1,0	41	1,0	110	1,0
Jami tekshiruvlar		636	33,4	364	25,4	1 000	4,1

Shunday qilib 243 ta bemorga 1000 ta turli xil instrumental tekshiruv usullari amalga oshirildi.

Tekshiruvlarimiz natijalari «Microsoft Office 07» kompyuter dasturli paketda statistik tahlil qilindi.

II Bobga xotima

Tekshiruv natijalarimizga ko'ra, qorin old devorining turli ko'rinishdagi nuqsonlari bilan 348 (8,1%) nafar chaqaloq qayd etilgan. Ushbu qorin old devorining tug'ma nuqsonlaridan omfalotsele 133 (38,2%), gastroshizis 110 (31,6%), kindikning to'liq ichak oqmasi 6 (1,7%), siydik pufagiga ochilgan uraxus to'liq oqmasi 3 (0,9%), qorin old devori mushaklari aplaziyasi 4 (1,1%), kindik churrasi 64 (18,4%), qorin oq chizig'i churrasi 28 (8%) nafarni tashkil qildi. Bu nuqsonlar orasida omfalotsele va gastroshizis juda og'irligi va ko'p uchrashi sababli, shuningdek ularni antenatal tashxislash va davolash dolzarb muammoligi sababli bizning ilmiy ishimiz ushbu chaqaloqlarning tekshiruv va davolash usullariga bag'ishlangan. Yuqoridagi bemorlardan gastroshizisda o'g'il bolalar 62 (56,4%), qiz bolalar 48 (43,6%), omfalotseleda esa o'g'il bolalar 78 (58,6%), qiz bolalar 55 (41,4%) nafarida uchradi.

Bemorlar ikkita guruhga bo'lib tahlil qilindi: taqqoslov guruhi: 2006 – 2010 yillarda an'anaviy tekshirish va davolash usullari o'tkazilgan 89 (36,6%) nafar; asosiy guruh: 2011 – 2022 yillarda kuzatilgan va taklif qilinayotgan tashxislash – transportirovka - davolash chora – tadbirlari kompleksi qo'llanilgan 154 (63,4%) nafar bemor.

141 (58%) nafar chaqaloqlarga antenatal tashxis qo'yilgan bo'lib, ulardan 102 (72,3%) nafariga RPM da, 39 (27,7%) nafariga yashash joylaridagi skrining markazlarida tashxis qo'yilgan. Antenatal UTT tekshiruvi gastroshizisda 55,4%, omfalotseleda esa 60,2% sezgirlikka ega bo'ldi. Homiladagi qorin old devori tug'ma nuqsoni 54% holatda homiladorlikning uchinchi uch oyligida UTT yordamida aniqlanildi. UTT yordamida omfalotseleni antenatal davrda aniqlangan 141 (58%) bemorlarning hammasiga keyingi tekshiruv bosqichda doppler tekshiruvi o'tkazildi. Doppler tekshiruvi kindik venasidagi qon tomirlari holatini va qon oqish tezligini o'lchash imkonini berdi. Bunda churra o'lchami qancha kichik bo'lsa, kindik venasida qon oqish tezligi shuncha yuqori, churra o'lchami qancha katta bo'lsa kindik venasidagi qon oqish tezligi shuncha past bo'ldi. Qon oqish tezligini yuqori

yoki past bo'lishi asorat paydo bo'lishiga ta'sir ko'rsatdi. Kindik venasida qon oqish tezligi yuqori bo'lgan holatlarda churra qopchasida asoratlar kuzatilmadi, past bo'lgan holatlarda esa churra qopchasining yorilishi kuzatildi. Kuzatuvlarimiz natijasiga ko'ra kindik venasida qon oqish tezligi past bo'lishi fiziologik tug'ruqqa qarshi ko'rsatma bo'ldi.

Gastroshizisda total 69 bemorda, subtotal 36, va lokal shakli 5 nafar bolada uchradi. Omfalotselening kichik (46), o'rta (56) va katta (31) o'lchamdagi shakllari kuzatildi va asoratlar ularning hajmiga bog'liq bo'ldi. Deyarli barcha katta o'lchamli churralarda asoratlar kuzatildi. Qorin oldingi devori tug'ma nuqsoni bilan tug'ilgan chaqaloqlarning churra qopchasi va ichki a'zolarining tashqariga chiqish tarkibi asoratlar kelib chiqishida katta ahamiyat kasb etdi. Nazoratimiz ostidagi barcha bemorlarda churra qopi tarkibi oshqozon, jigar va ichak qovuzloqlaridan, ichki a'zolarining tashqariga chiqish tarkibi esa ingichka va yo'g'on ichak, oshqozon, jigardan tashkil topdi.

Tug'ruq paytida churra qorini yorilishi asorati 10 (7,5%) nafar bemorda kuzatildi. Shulardan 6 nafar bemor tabiiy yo'l bilan tug'ilgan va tug'ruq paytida churra qopi yorilgan, 4 nafar bemorda esa Kesarcha kesish amaliyoti vaqtida churra qopining yorilishi kuzatilgan. Bunga sabab periferiyada tug'ilgan 41 (30,8%) nafar chaqaloqlarga antenatal tashhis qo'yilmagan va bemorlarda tug'ruq tabiiy yo'l bilan boshlangan. 6 nafari o'rta va katta hajmli churra bo'lgani sababli tabiiy tug'ruq payti Kesarcha kesishga ulgurilmagan va churra qopi yorilgan, 4 ta bemor esa Kesarcha kesish o'tkazilganiga qaramasdan katta hajmli bo'lgani sababli baribir churra qopi yorilgan. Xulosa qiladigan bo'lsak, yuqoridagi bemorlarga antenatal tashhis qo'yilganda tug'ruq jarayoni to'g'ridan-to'g'ri Kesarcha kesish bilan boshlanganda churra qopini yorilishini oldi olish imkoni bo'lar edi.

III BOB. CHAQALOQLARDA QORIN OLD DEVORI TUG'MA NUQSONLARINI KLINIK KECHISHI VA TASHXISLASH

§ 3.1. Chaqaloqlarda qorin old devori tug'ma nuqsonlarini klinik kechishini o'ziga xos xususiyatlari.

Chaqaloqlarda qorin old devori tug'ma nuqsonlariga asosan gastroshizis va omfalotsele kirib, ularning klinik kechish bosqichida yurak-qon tomir, nafas sistemasi va qorin bo'shlig'i a'zolari faoliyati asosiy o'rin tutib, davo natijalari ularning faoliyatiga bog'liq. Yuqoridagilarga asoslanib chaqaloqlarda gastroshizis va omfalotseleni klinik kechishini asoratlanmagan va asoratlangan shakllarga bo'lib o'rgandik. Gastroshizis va omfalotselening klinik kechishiga taxikardiya, sianoz, taxipnoe, oligoanuriya, gepatomegaliya va gipotermiya holatlari o'z ta'sirini ko'rsatdi. Gastroshizisda kindik halqasi va kindik tizimchasi saqlangan holatda bo'lib qorin bo'shlig'i a'zolarining eventratsiyasi kindikning o'ng tarafidagi qorin old devori defekti orqali tashqarida joylashadi. Bunda 31 (28,2%) nafar bemorda rivojlanishdan orqada qolgan, o'ta kichik hajmdagi qorin bo'shlig'idan tashqarida joylashgan ichki a'zolarida kuchli yallig'lanish alomatlari, ingichka va yo'g'on ichak uchun yagona bo'lgan ichak tutqichning juda ham qalinligi, och pushti hamda ko'kimtir ichak yuzalarida fibrinli qoplamalar aniqlandi. Qorin devoridagi nuqson o'lchami kichik bo'lgan 23 (20,9%) bemorda ichak va ichak tutqichning siqilib qolishi natijasida vena qon tomirlarda dimlanish va limfostaz alomatlari kuzatildi. Yuqoridagi klinik belgilar har bir holatda alohida yoki birgalikda uchrab, davolash jarayonida ijobiy yoki salbiy natijalariga olib keldi.

Quyidagi jadvalda gastroshizis va omfalotsele bilan kasallangan bemorlarning klinik belgilarini alohida yoki birgalikda kelishi keltirilgan (3.1.1 - jadval).

Qorin old devori tugʻma nuqsoni bilan tugʻilgan chaqaloqlarda
kuzatilgan klinik belgilar

(n=243)

Klinik simptomlar	Gastroshizis (n=110)				Omfalotsele (n=133)				Jami	
	Asosiy guruh (n=69)		Taqqoslov guruh (n=41)		Asosiy guruh (n=85)		Taqqoslov guruh (n=48)			
	abc	%	abc	%	abc	%	Abc	%	abc.	%
Taxikardiya	17	24,6	11	26,8	19	22,4	10	20,8	57	23,5
Sianoz	9	13	7	17,1	15	17,6	6	12,5	37	15,2
Taxipnoe	6	9	3	7,3	13	15,3	4	8,3	26	10,7
Oligoanuriya	7	10,1	5	12,2	7	8,2	8	16,7	27	11,1
Gepatomegaliya	9	13	4	9,8	6	7,1	4	8,3	23	9,5
Gipotermiya	7	10,1	3	7,3	9	10,6	5	10,4	24	9,9
Bir nechta simptomlarni birga kelishi	14	20,2	8	19,5	16	18,8	11	22,9	49	20,1

Jadvaldan ko‘rinib turibdiki, omfalotseleda klinik belgilar ko‘p hollarda alohida nisbatan birgalikda kelishi shaklida namoyon bo‘lgan va patologiyani asoratli kechishi shu guruh bemorlarida ko‘proq kuzatilgan.

Nazoratimiz ostidagi qorin old devori tug‘ma nuqsonlari bilan tug‘ilgan bemorlarning klinik belgilarini yuzaga chiqishida qo‘shimcha nuqsonlarning birga kelishi katta ahamiyat kasb etdi. Shuningdek, bemorlar ahvolining og‘irlashish darajasi eventeratsiyaga uchragan ichaklar yuzasidagi fibrinlarning tarqalganlik maydoni, infeksiyaning rivojlanishi va kuzatiladigan og‘riq kuchiga ham bog‘liq bo‘ldi.

Kuzatuvimizdagi 243 ta bemorlarning 56 (23%) tasida qo‘shimcha nuqsonlar birga kelgan. Shulardan gastroshizis bilan kasallangan 110 ta bemordan qo‘shimcha nuqson 11 (10%) holatda, omfalotsele bilan kasallangan 133 ta bemordan esa 45 (33,8%) holatda uchragan. Gastroshizisni o‘zi alohida 99 (90%), omfalotsele esa 88 (66,2%) nafar bemorda alohida kelgan. Gastroshizis bilan birga kelgan yo‘ldosh nuqsonlar orasida tug‘ma yurak nuqsoni, ingichka ichak atreziyasi va buyrak gipoplaziyasi ko‘proq uchragan (2 tadan bemor). Omfalotsele bilan esa tug‘ma yurak nuqsoni ko‘p uchragan (19 holatda). Tahlillarimizdan kelib chiqadiki, gastroshizisga nisbatan yo‘ldosh kasalliklar omfalotseleda ko‘proq uchragan. Shuningdek yo‘ldosh kasalliklarni uchrashi omfalotseleda churra hajmiga ham bog‘liq bo‘ldi. Omfalotsele o‘lchamlari qanchalik katta bo‘lsa, qo‘shimcha nuqsonlar shunchalik ko‘proq uchradi. Chala tug‘ilganlarda ham yo‘ldosh kasalliklar ko‘p uchradi. Ammo ularda bitta yo‘ldosh kasalliklarga nisbatan ko‘plab qo‘shimcha yo‘ldosh nuqsonlar uchrashi salmog‘i yuqori bo‘ldi.

3.1.2 - jadvalda qorin old devori nuqsoni bilan kasallangan bemorlardagi aniqlangan yagona yo‘ldosh nuqsonlar keltirilgan.

Qorin old devori tug'ma nuqsoni bilan tug'ilgan chaqaloqlarda aniqlangan yagona yo'ldosh nuqsonlar (n=243)

Nuqson xarakteri	Gastroshizis (n=110)				Omfalotsele (n=133)				Jami	
	Taqqoslov guruh (n=41)		Asosiy guruh (n=69)		Taqqoslov guruh (n=48)		Asosiy guruh (n=85)			
	abc	%	abc	%	abc	%	abc	%	abc	%
Uraxus to‘liq oqmasi	-	-	-	-	-	-	2	2,4	2	0,8
Ichak tutilishi, malrotatsiya	-	-	-	-	3	6,3	-	-	3	1,2
Tug‘ma yurak nuqsoni	2	4,9	-	-	9	18,8	10	11,8	21	8,6
12 barmoq ichak atreziyasi	-	-	1	1,4	-	-	2	2,2	3	1,2
Ingichka ichak atreziyasi	1	2,4	1	1,4	1	2,1	1	1,2	4	1,6
Ko‘tariluvchi yo‘g‘on ichak atreziyasi	1	2,4	-	-	-	-	2	2,4	3	1,2
Anus atreziyasi	1	2,4	-	-	2	4,2	1	1,2	4	1,6
Qovuq ekstrofiyasi	1	2,4	-	-	-	-	1	1,2	2	0,8
Mikrosefaliya	-	-	-	-	-	-	1	1,2	1	0,4
Bekvitt - Videmann sindromi	-	-	-	-	1	2,1	1	1,2	2	0,8
Pieloektoziya	-	-	-	-	-	-	1	1,2	1	0,4
O‘pka atelektazi	1	2,4	-	-	-	-	1	1,2	2	0,8
Buyrak gipoplaziyasi	1	2,4	1	1,4	-	-	1	1,2	3	1,2
Kriptorxizm	-	-	-	-	-	-	2	2,4	2	0,8
Gipocpadiya	-	-	-	-	-	-	1	1,2	1	0,4
Quyvon lab va bo‘pi tanglay	-	-	-	-	-	-	1	1,2	1	0,4
Skyelet defopmasiyasi	-	-	-	-	-	-	1	1,2	1	0,4
Jami	8	19,5	3	4,3	16	33,3	29	34	56	23

Nazoratimiz ostidagi qorin old devori tug'ma nuqsoni bilan tug'ilgan 243 ta chaqaloqlardan 13 (5,3%) nafarida ko'plab yo'ldosh nuqsonlar birgalikda qo'shilib kelgan. Ulardan 110 nafar gastroshizis bilan kasallangan chaqaloqlarning 2 (1,8%) nafarida ko'plab yo'ldosh nuqson uchragan. Bularga qovuq ekstrofiyasi + Anus atreziyasi (1) va Anus atreziyasi + ichak malrotatsiyasi (1) kirdi. 133 nafar omfalotsele bilan kasallangan chaqaloqlarning 11 (8,3%) tasida esa ko'plab qo'shimcha nuqson aniqlangan. Ulardan qovuq ekstrofiyasi + Anus atreziyasi (1), Anus atreziyasi + ichak malrotatsiyasi (2), tug'ma yurak nuqsoni + o'ng buyrak agnezisi + tug'ma o'ng qo'l aplaziyasi (1), tug'ma yurak nuqsoni + skelet defopmasiyasi (1), ichak tutilishi + Anus atreziyasi (1), polidaktiliya+ ikki tomonlama kriptorxizm (1), Kontrella sindromi + tug'ma yurak nuqsoni+Mekkel divertikuli + ikki tomonlama kriptorxizm (1), mikrosefaliya va o'pka atelektazi (1), Bekvitt - Videmann sindromi + tug'ma yurak nuqsoni+yonbosh ichak atreziyasi (1) va 12 barmoqli ichak atreziyasi + ikki tomonlama kriptorxizm (1) kuzatildi.

Yuqoridagilardan kelib chiqishicha, bu holatda ham ko'plab tug'ma nuqsonlar birga kelishi gastroshizisga nisbatan omfalotsele ko'proq uchragan. Bu holatlarda ham ko'plab yo'ldosh kasalliklarni uchrashi muddatiga etmay tug'ilgan chaqaloqlarda ko'p kuzatildi. Shuningdek yuqoridagi yo'ldosh kasalliklarni uchrash salmog'i omfalotsele churra hajmiga bog'liq bo'ldi. Omfalotsele o'lchamlari qanchalik katta bo'lsa, ko'plab qo'shimcha nuqsonlar shunchalik ko'p birga uchradi. O'lim holatlarini kuzatilishi ham shu chala tug'ilgan ko'plab yo'ldosh nuqsonli bolalar hissasiga to'g'ri keldi, ya'ni 13 nafar ko'plab yo'ldosh bilan kelgan bemorlarning hammasida o'lim holati kuzatildi. Tahlillarimizdan xulosa qiladigan bo'lsak, ushbu ko'plab yo'ldosh kasalliklarni uchrash salmog'i dunyo Adabiyotlaridagi statistik ma'lumotlarga to'g'ri keldi.

Quyidagi jadvalda qorin old devori tug'ma nuqsoni bilan tug'ilgan chaqaloqlarda aniqlangan ko'plab yo'ldosh nuqsonlar keltirilgan (3.1.3 - jadval).

3.1.3. - jadval

Qorin old devori tug'ma nuqsoni bilan tug'ilgan chaqaloqlarda aniqlangan ko'plab yo'ldosh nuqsonlar (n=243)

Nuqson xarakteri	Gastroshizis (n=110)				Omfalotsele (n=133)				Jami	
	Taqqoslov guruh (n=41)		Asosiy guruh (n=69)		Taqqoslov guruh (n=48)		Asosiy guruh (n=85)			
	Abc	%	abc	%	abc	%	abc	%	abc	%
Tug‘ma yurak nuqsoni+ o‘ng buyrak ageneziyasi+ tug‘ma o‘ng qo‘l aplaziyasi	-	-	-	-	-	-	1	1,2	1	0,4
Tug‘ma yurak nuqsoni+ sklet defopmasiyasi	-	-	-	-	-	-	1	1,2	1	0,4
Ichak tutilishi+Anus atreziyasi	-	-	-	-	1	2,1	-	-	1	0,4
Qovuq ekstrofiyasi+atreziya ani	1	2,4	-	-	-	-	1	1,2	2	0,8
Polidaktiliya+ikki tomonlama kriptorxizm	-	-	-	-	-	-	1	1,2	1	0,4
Anus atreziyasi+ ichak malrotatsiyasi	1	2,4	-	-	1	2,1	1	1,2	3	1,2
Kantrella sindromi+tug‘ma yurak nuqsoni+Mekkel divertikuli+ikki tomonlama kriptorxizm	-	-	-	-	1	2,1	-	-	1	0,4
Mikrosefaliya+o‘pka atelektazi	-	-	-	-	-	-	1	1,2	1	0,4
Bekvitt - Videmann sindromi+ tug‘ma yurak nuqsoni+yonbosh ichak atreziyasi	-	-	-	-	1	2,1	-	-	1	0,4
12 barmoqli ichak atreziyasi+ikki tomonlama kriptorxizm	-	-	-	-	-	-	1	1,2	1	0,4
Jami	2	4,8	-	-	4	8,4	7	8,2	13	5,3

Quyida ko'plab yo'ldosh nuqsonli gastroshizis bilan davolangan bemorning klinik misoli keltirilgan.

Chaqaloq P.M. (K/T. №512. 23.07.2020 y.) to'rtinchi homiladorlikdan, uchinchi fapzand, 36 haftalikda muddatiga etmay fiziologik yo'l bilan tug'ilgan. Ona 29 yoshda. Anamnezdan bir homila homiladorlik paytida rivojlanmaganligi uchun su'niy tug'dirish yo'li bilan olib tashlangan. Onasi homiladorlik paytida 3 marta yuqumli kasalliklar bilan kasallanib shifoxonada yotib davolangan. Markazimizda homiladorlikning 29-haftasida gastroshizis aniqlangan va homilani olib tashlash tavsiya qilingan, otasi rozi bo'lmagan. Keyin yashash joyi bo'yicha (viloyatda) bir necha marotaba qayta UTT qilinganda tashhis inkor qilingan va yashash joyida Tug'ruq fiziologik amalga oshirilgan. Bunda gastroshizis aniqlangan. Tug'ilganda bola yig'lagan, og'irligi – 2130 gp., bo'yi - 47 sm, Apgap shkalasi bo'yicha baho - 6/7 ball, tashqariga chiqqan qorin bo'shlig'i a'zolari biroz shikastlangan. Qorin bo'shlig'idan tashqariga chiqqan a'zolar ingichka va yo'g'on ichak bo'lib, faqat steril salfetka bilan yopib qo'yilgan. Tug'ruqning 1-kunida bizga yuborilgan, lekin oshqozonga nazogastral zond qo'yilmagan va natijada bizgacha yetib kelguncha ahvoli yana og'irlashgan. Bo'limimizda tezda oshqozonga nazogastral zond qo'yildi va bola kuvezga olindi. Qorinning o'ng yonbosh sohasidagi defekt orqali qorin bo'shlig'idagi ingichka va yo'g'on ichak tashqariga chiqib turibdi, o'lchami 7,0 x 8,0 sm., ichaklar ichaktutqich atrofida 360° aylangan, Anus atreziyasi bor (yashash joyida aniqlanmagan). Operatsiya oldi tayyorgarligi 12 soatni tashkil etdi, uning tarkibi ga: Antibakterial terapiya 20 mg/kg – 4 marta kuniga. Gaz chiqaruvchi naycha orqali sifonli huqna qilindi, oshqozonni doimiy nazogastral zond orqali yuvishlar tashkil qilindi. Bosh miya NSGning natijalariga ko'ra – miya gipoksiyasi belgilari, pepiventrikulyap qon quyilishi 1 bosqich, ichki a'zolar UTTda patologiyasiz, ExoKG – patologiyasiz. Vangenstin-Kakovich bo'yicha inveptogramma qilindi va pastki oddiy Anus atreziyasi aniqlandi. Xulosa: Qorin old devori tug'ma rivojlanish nuqsoni – gnastroshizic, total shakli. Yo'ldosh kasallik: ichaklar malrotatsiyasi va Anus atreziyasi.



3.1.1 - rasm. Gastroschizis total shakli. Bemor P.M. K/T. №512.

Operatsiya endotraxeal narkoz ostida boshlandi, ichaklar dekompressiya qilindi, antiseptik eritmalar bilan yuvilib, defekt yuqori va pastki qarab kesib kengaytirildi, teri fassial qiyqimlarini teriga erkin tikish maqsadida periferiyadan bo'yiga 1,5 smgacha mobilizasiya qilindi. Ichaklar malrotatsiyasi to'g'irlanib, eventratsiyalangan a'zolar qorin bo'shlig'iga kirgizildi. Qorin bo'shlig'i hajmi yoshiga nisbatan kichik. Shu sababli aponevroz maksimal mobilizasiya qilindi va chekkalarini birlashtirishga harakat qilganda gemodinamika (AB, pulc, saturasiya) va ventilyasiya parametrlarida buzilish kuzatilmadi. Shu sababli bir bosqichda qorin old devori aponevrozi defekti qavatma-qavat so'rilmaydigan atravmatik polippolen №4,0 iplarda tugunli chok bilan tikildi. Keyin oraliq proktorlastika qilib Anus ochildi. Operatsiyadan keyingi davr biroz silliq o'tdi. Chaqaloq Antibakterial, infuzion, simptomatik terapiyalarni oldi. Sun'iy o'pka nafasini 6 kun ishlatdik va 7 - kuni chaqaloq ekstubasiya qilindi. Auskultasiyada ichak peristaltikasi ikkinchi kundan boshlab eshtildi. Entepal oziqlantirishni 7 - sutkada 5 ml dan kuniga 8 marta sutli qorishma berish bilan boshlanib, asta-sekin miqdori oshirib bopildi. Choklar 10 kunda olindi, yara birlamchi bitdi (3.1.2 - pasm).



3.1.2 - rasm. Operatsiyadan keyingi holat. Bemor P.M. K/T. №512.

Chaqaloq 21 kunda nisbatan qoniqarli, vazni qo‘shilgan holatda (2800 gr.) uyiga ruhsat berildi. Katamnezda bola rivojlanishi yoshiga mos, neoAnus ishlashi qoniqarli, lekin qorin bo‘shlig‘i hajmi kichikligi hisobli tez-tez nafas olishda o‘zgarishlar kuzatiladi (hansipash, yo‘tal, pnevmoniya alomatlari).

Yuqoridagi holatdan xulosa qiladigan bo‘lsak, gastroshizisda qo‘shilib keladigan ko‘plab yo‘ldosh nuqsonlar koppeksiya qilinadigan bo‘lsa va transportirovka asoratsiz o‘tkazilsa, davolash natijalari qoniqarli bo‘lishig ehtimoli yuqori bo‘ladi.

Gastroshizisda organogenezning so‘nggi davrlarida yuzaga keluvchi qorin old devorining cho‘ziq o‘ng paramedial sohasidagi nuqson orqali chiqqan me‘da, ichak, qovuq va ichki jinsiy a‘zolarining qorin bo‘shlig‘idan tashqari joylashuvi kuzatildi. Yuqoridagi a‘zolarining chiqish hajmi kasallikning klinik kechishiga ta’sir ko‘rsatdi. Gastroshizisda omfalotseledan farqli o‘laroq, a‘zolari o‘rab turuvchi parda, shuningdek, churra varaqlari bo‘lmaydi, qorin devoridagi nuqson aynan kindik sohasining markaziy qismiga to‘g‘ri kelmaydi, Aksariyat ko‘p hollarda «kalta ichak» sindromi kuzatiladi.

Periferiyadan markazga kelgan qorin old devori tug‘ma nuqsonlari bilan tug‘ilgan chaqaloqlardan 47 nafaridan 39 (83%) tasida gastroshizis bilan omfalotsele tashhisida adashish kuzatilgan, ya’ni taqqoslama tashxis o‘tkazilmagan va noto‘g‘ri tashhis qo‘yishga olib kelingan. Buning natijasida ayrim hollarda omfalotselening

katta o'lchamli turlarida Tug'ruq vaqtida churra qopchasining yopilishi kuzatilgan. Shu sababli ham biz shifokorlarga ushbu kasallik to'g'risida to'liq ma'lumot berish uchun gastroshizis bilan omfalotselening taqqoslama tashxislash jadvalini ishlab chiqdik. Quyidagi jadvalda gastroshizisning omfalotsele bilan taqqoslama tashxisi keltirilgan (3.1.4 - jadval).

3.1.4 - jadval

Gastroshizisning omfalotsele bilan taqqoslama tashxisi

Belgisi	Gastroshizis	Omfalotsele
Defektning joylashuvi	Kindik halqasining o'ng tomonida	Kindik halqasida
Kindik	To'g'ri joylashgan va shakllangan	Churra qopchasi tarkibi ga kiradi
Defekt o'lchami	4 sm dan kam	Har xil
Churra qopchasi	Yo'q	Zararlangan va defekt atrofida joylashgan bo'lishi mumkin
A'zolar eventratsiyasi	Ingichka va yo'g'on ichak qovuzloqlari bilan, kam hollarda ichki a'zolar	Ingichka va yo'g'on ichak qovuzlog'i, oshqozon, jigar, taloq, siydik pufagi, ichki jinsiy a'zolar
Eventratsiyalangan a'zolar tarkibida jigarning mavjudligi	Kam hollarda	Tez-tez
Eventratsiyalangan ichak qovuzlog'ining tashqi ko'rinishi	Xiralashgan, kengaygan, qisqargan, devori qalinlashgan, fibrin ipchalari bo'lishi mumkin	Odatda normada
Ichak ishemiyasi havfi	Yuqori	Past
Qo'shma anomalialar	Kamdam-kam	Tez- tez

Omfalotsele da ob'ektiv ko'ruvda churraning yuqori qismida uning varaqlari bilan tutashib ketgan kesilgan kindik qoldig'ining qismi va kindik venasi ko'rinsa, uning pastki qismida esa juft joylashgan kindik arteriyalari ko'rinadi. Barcha

holatlarda amniotik qavatning teriga o'tish soxasi orasidagi chegara yaqqol namoyon bo'lib, ko'p hollarda churra asosida yoki balandroq joylashdi. Qorin bo'shlig'i defekti doimo churra bo'rtmasiga proporsional bo'lmadi, ya'ni defekt kichkina, churra katta hajmda bo'ldi. Shu sababli ham hamma katta churralarda siqilish alomati kuzatildi.

§ 3.2. Chaqaloqlarda qorin old devori tug'ma nuqsonlarini antenatal tashxislash va optimal davo usulini tanlash.

Oxirgi yillarda zamonaviy tekshiruv usullarini tibbiyotga tatbiq etilishi qorin old devori tug'ma nuqsonlarini antenatal davrda aniqlash imkonini oshishiga olib kelmoqda. Antenatal tashxislashning asosiy maqsadi – ixtisoslashgan markazlar va neonatal xirurgiyasi bo'limi bo'lgan perinatal markazlarda homiladorlikni olib borish usulini va Tug'ruq dasturini rejalashtirishni hal qilishdir. Akusherlik amaliyotida homilador ayollarda ultratovush tekshiruvlarining keng tarqalishi sababli omfalotsele va gastroshizis ko'p hollarda bola tug'ilganidan so'ng ko'ruv paytida emas, homiladorlik davrida aniqlanmoqda. Ushbu patologiya antenatal davrda aniqlansa va churra o'lchamlari katta, qo'shimcha rivojlanish nuqsonlari bilan kelgan bo'lsa homilani sun'iy tug'ruq qildirib olib tashlash tavsiyasi beriladi. Bu esa o'z navbatida operatsiya qilish mumkin bo'lmagan chaqaloqlarni samarasiz kasalxonada davolanishini oldini oladi va iqtisodiy jihatdan davolash uchun sarflanadigan harajatlarni kamaytiradi. Gestasiyaning 10-haftalarida ultrasonogpafiyada qorin bo'shlig'ida homilada fiziologik embrional churra ko'rinadi va bu churra homiladorlikning 13-haftasiga borib qorin bo'shlig'iga to'g'irlanib ketishi kerak. Homiladorlikning 13-haftalarida ichak qovuzloqlari qorin ichiga qaytmasdan ko'rinishi omfalotsele va gastroshizisni rivojlanayotganini bildiradi. Shu sababli ham gastroshizis va omfaloselini antenatal diagnostikasi 13-haftadan keyin amalga oshiriladi va UTT va dopplerogpafiyada aniqlanadi. Quyidagi rasmda homiladorlikning 16 – haftasida antenatal davrda UTT yordamida gastroshizisni ko'rinishi keltirilgan (3.2.1. pasm).



3.2.1. Rasm. Bemor J.A. K/T. №794. 16 haftalik homilada gastroshezisning antenatal ko‘rinishi.

Shuningdek ushbu patologiyalarning antenatal diagnostikasida homilador ayollarda a-fetorroteinlamin miqdorini oshishini aniqlash ham katta ahamiyat kasb etadi. Gastroshezis va omfalotseleda a-fetorroteinlamin miqdori oshgan bo‘ladi.

Oxirgi yillarda qorin old devori tug‘ma nuqsonlarini antenatal tashxislash to‘liq yo‘lga qo‘yilmaganligi va ushbu soha mutaxassislarining bu patologiyalar to‘g‘risida to‘liq ma‘lumotga ega emasliklari sababli ko‘pchilik holatlarda antenatal tashhislashda kamchiliklar kuzatilmoqda. Natijada Tug‘ruq usulini (fiziologik Tug‘ruq yoki Kesarcha kesish) tanlashda, transportirovka qilishda xatoliklar va kamchiliklarga yo‘l qo‘yilmoqda va davolash natijalariga salbiy ta‘sir qilinishiga olib kelinmoqda. Yuqoridagilarni hisobga olgan holda Hozirgi davrda PPM qoshidagi chaqaloqlar xirurgiyasi bo‘limida qorin old devori tug‘ma rivojlanish nuqsonlari bilan tug‘ilgan chaqaloqlarga ixtisoslashgan yordam ko‘rsatish EHM algoritmi dasturi ishlab chiqildi va amaliyotga tatbiq etildi (3.2.2 - rasm).

ELEKTRON HISOBLASH MASHINALARI UCHUN YARATILGAN
DASTURNING RASMIY RO'YXATDAN O'TKAZILGANLIGI TO'G'RIDAGI

GUVOHNOMA

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI ADLIYA VAZIRLIGI

№ DGU 19959

Ushbu guvohnoma O'zbekiston Respublikasining «Elektron hisoblash mashinalari uchun yaratilgan dasturlar va ma'lumotlar bazalarining huquqiy himoyasi to'g'risida»gi Qonuniga asosan quyidagi elektron hisoblash mashinalari uchun yaratilgan dasturga berildi:

"Chaqaloqlarga Gastroshezis va Omfalotseleda transportirovka qilish algoritmi va davolash taktikasi"

Talabnoma kelib tushgan sana: **26.10.2022** Talabnoma raqami: **DGU 2022 5524**

Huquq egasi(lari): **Рузматов Иззат Бахтиёрович UZ;**

Dastur muallifi(lari): **Рузматов Иззат Бахтиёрович UZ; ; Эргашев Бахтиер Бердиалиевич UZ; ;
Теребаев Билим Алдамуратович UZ; ; Сапаев Отабек Кадирович UZ;**

O'zbekiston Respublikasining Dasturiy mahsulotlar davlat reyestrda
05.12.2022 y. ro'yxatdan o'tkazilgan.



3.2.2 - rasm. Chaqaloqlarga gastroshezis va omfalotseleda transportirovka qilish algoritmi va davolash taktikasiga olingan EHM dastur guvohnomasi.

Bu dastur sog'liqni saqlash klinik amaliyotida ushbu kasalliklarni to'g'ri

transportirovka qilishda va optimal davo uslubini tanlashda katta ahamiyat kasb etadi. Sababi noto'g'ri amalga oshirilgan transportirovka bemor ahvolini og'irlashtirib, keyingi davo natijalariga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Dastur ushbu kasallikda UTT-shifokori, neonatal jarrohi va akusher-ginekologik mutaxassislarini birgalikda ish olib borishiga yordam beradi.

Nazoratimizda bo'lgan 243 bemordan 47 (19,3%) nafari pereferiyada tug'ilgan bo'lib, ularni markazimizga transportirovka vaqtidagi kamchiliklarga yo'l qo'yilgan va yo'lda sovuq qotish, og'riq shoki, oshqozonda zond bo'lmaganligi sababli oshqozon suyuqligining nafas yo'llariga aspirasiya bo'lishi, churra qopi, ya'ni amnion pardani sovuq suvda namlangan dokali qoplama bilan yopilishi kuzatilib, shifoxonaga og'ir ahvolda olib kelingan. Bu esa o'z navbatida uzoq muddatli operatsiya oldi tayyorgarligini talab qilib, operatsiyadan keyingi davr og'ir kechishiga sabab bo'lgan.

Qorin old devori tug'ma nuqsonlarini antenatal tashxislashning eng samarador usuli - bu ultratovush tashxislashdir. Gastroshizis va omfalotseleni UTT yordamida homiladorlikning 12-haftasidan keyin aniqlash mumkin, ya'ni homila ichaklarining qorin pardadan tashqarida rivojlanish bosqichida qo'yiladi.

Bizning izlanishlarimizda prenatal UTT skriningi ikki bosqichdan iborat bo'ldi:

– birinchi bosqichda UTT homilador ayollarning yashash joylaridagi skrining yoki viloyat perinatal markazlarida amalga oshirilib, homilada gastroshizis yoki omfalotsele aniqlanib yo'llanma bilan PPMga jo'natilgan;

– ikkinchi bosqich – PPMda qayta ultratovush va qo'shimcha ravishda dopplerogpafiya tekshiruvlarini o'tkazishdan iborat bo'ldi. Homilada gastroshizis va omfalotsele bilan birga qo'shimcha nuqsonlar aniqlanganda mutaxassislar (akusher – ginekolog, UTT-shifokori, neonatolog va neonatal jarroh) bilan konsilium o'tkazilib, bu haqda homilador ayolga ma'lumot berildi va homilador ayolning javob xulosasiga ko'ra qanday akusherlik usuli tanlanishi haqida kelishildi.

Jami qorin old devori tug'ma nuqsonlari 141 (58%) nafar chaqaloqda antenatal aniqlangan. Ulardan gastroshizis 61 (43,3%) nafarida, omfalotsele esa 80

(56,7%) holatda aniqlangan. Shulardan 102 (72,3%) tasida tashxis PPM sharoitida aniqlanib, ular Nazoratga olinib, homiladorlik kechishi ginekolog va neonatal jarroh kuzatuvida bo'ldi. 39 (27,7%) ta holatda homiladorlarda gastroshizis va omfalotsele antenatal davrda yashash joyida tashxislangan va tug'ruqni amalga oshirish uchun PPMga yuborilgan. Homilada gastroshizis va omfalotsele antenatal davrda 13 haftadan boshlab 32 haftagacha UTT yordamida aniqlanib, ularning o'rtacha muddati 27-28 haftani tashkil qildi. Gastroshizisda UTTda homilada yumaloq yupqa devorli bir nechta anexogen naysimon shaklli hosilalar aniqlanib, ularda ustki parda bo'lmaydi va hosila qorin bo'shlig'idan tashqarida aniqlanadi. Taxminan 60-70% homilador ayollarda bachadonda kam yoki ko'p suyuklik bo'lishi, shuningdek homilaning ona qornida o'sishdan orqada qolishi aniqlanadi.

Omfalotsele UTTda homilada aylanasimon yoki ovalsimon shaklli, qirralari tekis, silliq, qorin old devoriga yopishgan hosila shaklida ko'rinadi. Homilada aniqlangan gastroshizis va omfalotsele postnatal davrida barcha bemorlarda o'z tasdig'ini tormadi. Periferiyada gastroshizis tashhisi antenatal holatdan 3 tasida Tug'ruqdan keyin omfalotsele aniqlangan yoki aksincha bo'lib, omfalotsele tashxisi antenatal qo'yilgan holatlardan 5 tasida Tug'ruqdan keyin gastroshizis aniqlangan. PPM da antenatal tashxis qo'yilgan hamma holatlarda Tug'ruqdan keyin tashxis o'z isbotini topgan. Churra qopi ichi hosilasi ko'p hollarda ichak qovuzlog'i va jigardan iborat bo'lib, kindik tizimchasi hosilaga bevosita birikkan bo'ladi (3.2.3 - rasm).|

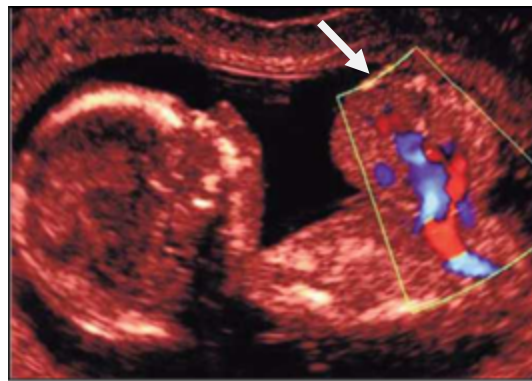


3.2.3 – rasm. Homiladorlik 12 haftasida UTT da omfalotseleni ko'rinishi.
Homilador ayol T.E. 22 yosh. K/T. №523.

UTT yordamida homilada nafaqat omfalotseleni aniqlash, balki churra elementlarini ham yaqqol ko'rish mumkin bo'ldi (3.2.4 - rasm).



3.2.4 - rasm. Homiladorlik 13 hafta. Homilani UTT da omfalotseleni umumiy ko‘rinishi (A), churra elementlari jigar va ichaklardan iborat (V). Homilador ayol M.A. 24 yosh. K/T. №645.



3.2.5 - rasm. Omfalotseleda kindik venasini dopplerogpafiyada ko‘rinishi. Homilador ayol M.A. 24 yosh. K/T. №645.

UTT dopplerogpafiya tekshiruvi kindik venasidagi qon tomirlari holatini va qon oqish tezligini o‘lchash imkonini berdi. Bunda churra o‘lchami qancha kichik bo‘lsa, kindik venasida qon oqish tezligi shuncha yuqori, churra o‘lchami qancha katta bo‘lsa kindik venasidagi qon oqish tezligi shuncha past bo‘ldi. Qon oqish tezligini yuqori yoki past bo‘lishi asorat paydo bo‘lishiga ta’sir ko‘rsatdi. Kindik venasida qon oqish tezligi yuqori bo‘lgan holatlarda churra qopchasida asoratlar kuzatilmadi, past bo‘lgan holatlarda esa churra qopchasining yopilishi kuzatildi. Kuzatuvlarimiz natijasiga ko‘ra kindik venasida qon oqish tezligi past bo‘lishi fiziologik tug‘ruqqa qarshi ko‘rsatma bo‘ldi. Nazoratimizdagi bemorlarning 11 tasida kindik venasidagi qon oqish tezligi pastligi aniqlandi va ularga Kesarcha kesish tavsiya etildi va hammasida tug‘ruq paytida katta o‘lchamli churra aniqlandi.

Gastroshizis va omfalotsele bilan birga kelgan qo‘shimcha nuqsonlar orasida

irsiy kasalliklar salmoqli o'rinni egalladi. Ularni aniqlashda prenatal kariotirlash juda katta ahamiyatga ega bo'ldi. Bizning izlanishlarimizda 141 ta antenatal tashhis qo'yilgan chaqaloqlarning irsiy kasalliklarga moyil bo'lgan 53 (37,6%) nafarida prenatal kapiotirlash o'tkazildi. Bunga quyidagi holatlar ko'rsatma bo'ldi: onaning yoshi 35 yoshdan katta holatlar; homilada exografik xromosom anomal markerlarning borligi; oldingi homiladorlikda xromosom anomal va boshqa tug'ma nuqsonlarning bo'lganligi; oilada irsiy xromosom kasalliklar va yaqin qapindoshlik nikohi mavjudligi. 53 nafar kapiotirlash o'tkazilgan bemorlardan 7 (13,2%) ta holatda chaqaloqda irsiy xromosom kasalliklar aniqlandi. Ulardan 4 tasida Bekvit - Videman (makrosomiya, makroglassiya, gemigipeptrofiya, neonatal gipoglikemiya, kindik halqasi nuqsoni) sindromi, 1 tasida Kantrella (ko'kpak va o'rta qorin old devori, yurak ektoriyasi, diafragma churrasi, tug'ma yurak nuqsoni) sindromi va 2 tasida OEIS-kompleks (omfalotsele, qovuq ekstrofiyasi, Anus atreziyasi) bor edi. 5 ta bemorlarda tashxis homiladorlikning 25 haftasidan keyin aniqlanganligi uchun homiladorlik to'xtatilmagan, 2 ta bemorda tashxis homiladorlikning 17-18 haftasida aniqlanib, ota-onalarga homiladorlikni to'xtatish tavsiya etilgan va ular bunga rozi bo'lishgan.

Biz o'z izlanishlarimizda homiladorlikda omfalotsele havfi omillarini baholash maqsadida homilador ayollarning akusherlik anamnezini chuqur tahlil qildik. Bunda onaning yoshi, turar joyi (ekologik noqulay - sanoatchilik hududida), anamnezida genital va ekstrogenital patologiyalarning borligi, tibbiy abortlar, Tug'ruq jarayonidagi qo'llanilgan usullar, Tug'ruq kechishlari, chaqaloq holatini baholash hamda davolash chora-tadbirlar hajmini hisobga oldik.

Qorin old devori nuqsoni bilan tug'ilgan chaqaloqlar onalarining o'rtacha yoshi 28,7 (18 yoshdan 39 yoshgacha) ni tashkil qildi. Bunda 18-29 yoshgacha bo'lgan ayollar 152 (62,6%) nafarni, 30-39 yoshgacha bo'lgan ayollar 91 (37,4%) tani tashkil qilishdi. 119 (48,9%) nafar chaqaloq birinchi homiladan, 59 (24,3%) tasi ikkinchi, 36 (14,8%) tasi uchinchi homiladan, 29 (12%) nafari esa to'ptinchi homiladorlikdan ekanligi ma'lum bo'ldi. O'rtacha homiladorlik muddati esa 36,4 haftani tashkil qildi.

Yuqoridagi 243 ta chaqaloqning 87 (35,8%) tasini onasi ekologik noqulay hududda (sanoatchilik hududida) yashaganligi aniqlandi. 243 ta ayoldan 67 (27,6%) tasi har xil sabablar tufayli bir, ba'zi hollarda bir nechta abort qildirgan, 89 (36,6%) nafar ayollar homiladorlikning birinchi uch oyligida turli xil virusli infeksiyalar bilan kasallangan va Aksariyat hollarda to'liq davolanishmagan. Homilador ayollarning 117 (48,1%) tasida TORCH infeksiyasiga qon tahlillari tekshirilganda 58 (49,6%) ta ayolda sitomegaloviruc, 54 (46,2%) tasida herpes virusi, 5 (4,2%) ta holatda toksoplazmoz va 46 (39,3%) ta ayolda bir vaqtini o'zida qon tahlilida sitomegalovirus va herpes vipuslari aniqlangan. Shunday qilib, 48,1% holatda qorin old devori tug'ma nuqsoni bilan chaqaloqni dunyoga keltirgan ayollarda TORCH nuqson rivojlanishidagi sabablardan biri bo'lib xizmat qilgan. 243 ta homilador ayollarning 189 (77,8%) nafarida turli xil ekstragenital kasalliklar (yurak nuqsonlari, qandli diabet, surunkali pielonefrit, o'tkir respirator infeksiya, gepatit V,C va h.k) aniqlandi. Tug'ruq jarayoni 17 (7%) ta holatda Kesarcha kesish bilan, qolgan 226 (93%) ta holatda fiziologik yo'l bilan amalga oshirilgan. Bizning izlanishlarimizda Kesarcha kesishga homilador ayolda yo'ldosh ko'chishi va homila tushish havfi borligi, katta o'lchamdagi omfalotsele va churra qopi shikastlanishi, total va subtotal gastroshizis havfi mavjudligi, shuningdek homiladorda fiziologik Tug'ruqga monelik qiladigan ekstrogenital kasalliklarning borligi va onaning hohishi ko'rsatma bo'lib hisoblandi. Shuni aytib o'tish kerakki, qorin old devori tug'ma nuqsonlarida Tug'ruq usulini tanlashda har bir holatda individual yondashish lozim.

Qorin old devorining tug'ma nuqsonlari boshqa og'ir nuqsonlar bilan birgalikda kelgan holatlarda va bu antenatal davrda 25 haftagacha aniqlanganda, homiladorlikni davom ettirish yoki uni to'xtatish masalasini biz kollegial – bolalar jarrohi, akusher-ginekolog, neonatolog, ba'zi bir holatlarda esa kardiolog, genetik va neyroxirurg mutaxassisleri ishtirokida bamaslahat olib bordik. 93 nafar 25 haftalikgacha homilasi bo'lgan ayoldan 29 (31,2%) tasida antenatal UTTda katta va o'rta o'lchamli omfalotsele, total va subtotal gastroshizisda birgalikda kelgan murakkab, og'ir qo'shimcha nuqsonlar aniqlandi. Bu murakkab, og'ir qo'shimcha nuqsonlarga 13, 18, 21 juft xromosomalar trisomiyasi, tug'ma yurak nuqsonining

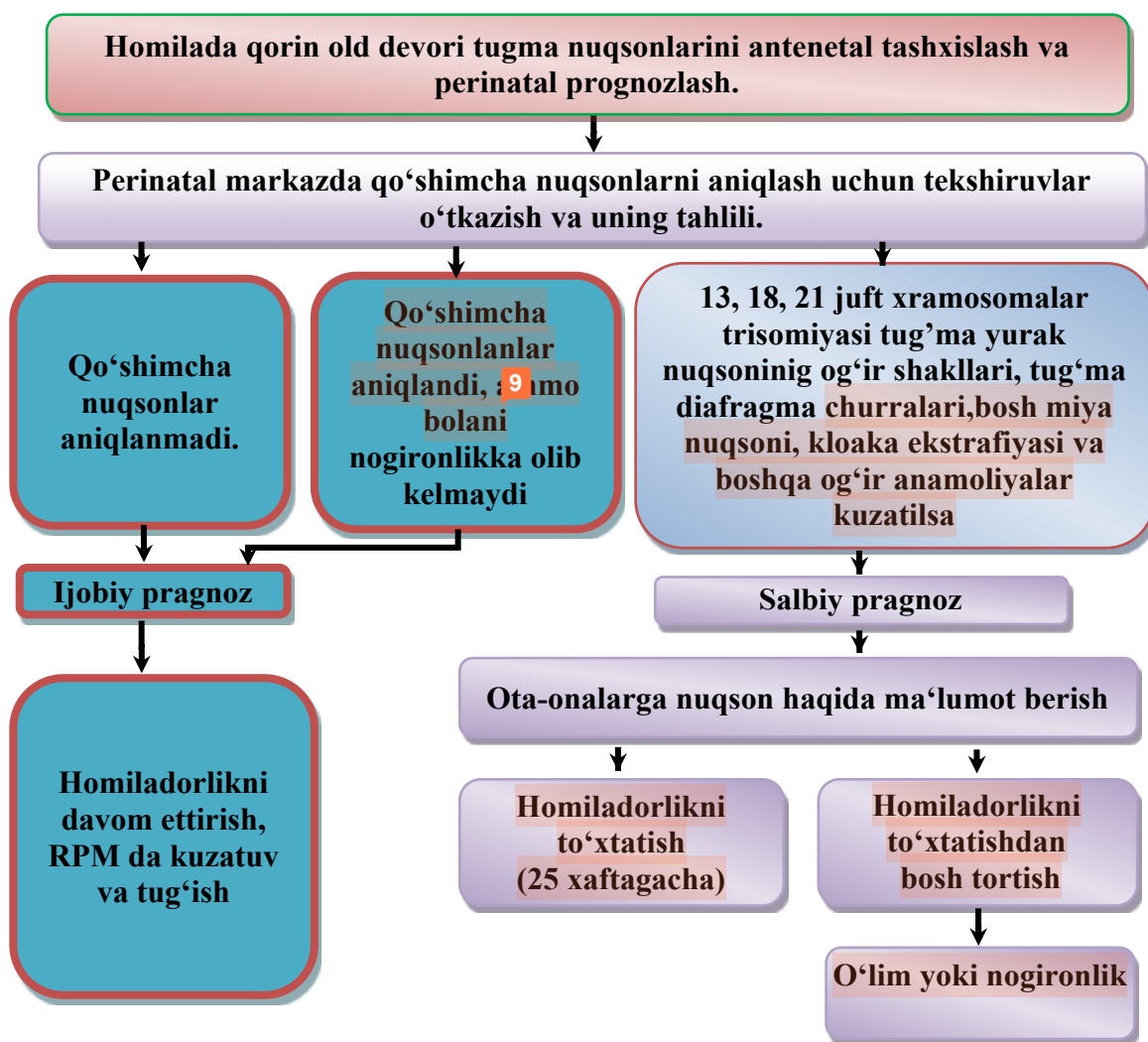
og'ir shakllari, tug'ma diafragma churrallari, bosh miya nuqsoni, kloaka ekstrofiyasi kirdi va ushbu holatda kasallik prognozi salbiy bo'lib, ota - onaga homiladorlikni tibbiy ko'rsatmalar asosida to'xtatish tavsiya etildi. Afsuski, faqatgina ulardan 4 (13,8%) nafarigina bunga rozi bo'lishdi. Shuni ta'kidlash lozimki, omfalotseleda homiladorlikni tibbiy ko'rsatmalar asosida to'xtatish juda ham ma'suliyatli ish bo'lib, bunda antenatal tashxisni aniq qo'yish, qo'shimcha nuqsonlarni aniqlash, homilador ayolning puhiy holatini va oilaviy sharoitini hisobga olish zarur. Biz ota-onaga homiladagi tug'ma nuqson va uning xarakteri, boshqa mavjud qo'shma nuqsonlar va bolaning kelajagi, kasallikning kuzatilishi mumkin bo'lgan asoratlari, nuqsonni davolash usullari mavjud yoki mavjud emasligi haqida to'liq ma'lumot berdik. Bergan barcha maslahatlarimiz tavsiya shaklida bo'lib, bunda biz muammoning huquqiy tomonlarini ham hisobga oldik. Chunki, har qanday holatda ham homiladorlikni to'xtatish haqidagi yakuniy xulosani ota-ona qabul qiladi. Ota - ona homiladorlikni to'xtatishga rozi bo'lganda biz bu haqda tibbiy dalolatnoma to'ldirdik va ushbu muammoni yechimida ishtirok etgan barcha shifokorlar tomonidan imzolandi. Barcha holatlarda homiladorlik to'xtatilgandan keyin, homila patologanotamik tekshiruvdan o'tkazildi va antenatal qo'yilgan tashxis o'z tasdig'ini topdi. 64 (68,8%) nafar homilador ayolda aniqlangan murakkab bo'lmagan qo'shimcha nuqsonlar davolash natijalariga salbiy ta'sir ko'rsatmagan holatlarda homilador ayollarga perinatal markazda nazoratda turish va o'z vaqtida tug'ish tavsiya etildi. Bu murakkab bo'lmagan qo'shimcha nuqsonlarga polidaktiliya, Anus atreziyasi, ikki tomonlama kriptorxizm va boshqalar kiradi. Chuqurlashtirilgan antenatal tashxislash homiladorlik muddatini cho'zish, chaqaloq hayotiga salbiy ta'sir ko'rsatuvchi yondosh tug'ma nuqsonini aniqlash, tug'ishning yagona usulini tanlash va o'z vaqtida chaqaloqlarga ixtisoslashgan jarrohlik usulini ko'rsata olish imkonini beradi, bu esa shunday patologiyali chaqaloqlarning yashab ketishiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Quydagi jadvalda antenatal aniqlangan omfalotseleda homiladorlik kechishini va tug'ruq jarayonidagi qo'llanilgan yondashuvlar keltirilgan (3.2.1 – jadval).

3.2.1. - jadval

Qorin old devori tugʻma nuqsoni antenatal aniqlangan homiladorlik kechishini belgilash va tugʻruq jarayonidagi qoʻllanilgan usullar (n=243)

Tugʻruq jarayonidagi yondashuvlar	Gastroshizis (n=110)		Omfalotsele (n=133)		Jami	
	abc.	%	abc.	%	abc.	%
Homiladorlikni toʻxtatish tavsiyasi	26	23,6	39	29,3	65	26,7
Homiladorlikni davom ettirish tavsiyasi	84	76,4	94	70,7	178	73,3
Fiziologik tugʻish	104	94,5	122	91,7	226	93
Kesarcha kesish	6	5,5	11	8,3	17	7

Shunday qilib, izlanishlarimiz va olingan natijalarni tahliliga koʻra biz qorin old devori tugʻma nuqsonlarida akusherlik usulini tanlash algoritmini ishlab chiqdik va amaliyotga tadbiiq etdik (3.2.6 - rasm).



3.2.6 - rasm. Qorin old devori tug'ma nuqsonlarida akusherlik usulini tanlash algoritmi.

Xulosa qiladigan bo'lsak, biz ishlab chiqqan va tavsiya qiladigan qorin old devori tug'ma nuqsonlari bilan tug'ilgan chaqaloqlarda akusherlik usulini tanlash algoritmimiz oila kelajagini, tug'ilayotgan fapzandning keyingi hayotini, ya'ni nogironlik bo'lish- bo'lmasligini ko'rsatib beradi. Shuningdek, bizning tavsiya etayotgan algoritmimiz homiladorlikni to'xtatish to'g'risida uzil-kesil tavsiya berishga xizmat qiladi.

§ 3.3. Qorin old devori tug‘ma nuqsonlari bilan tug‘ilgan chaqaloqlarni transportirovka qilish xususiyatlari.

Qorin old devori tug‘ma nuqsonlari bilan tug‘ilgan chaqaloqlarni davolash natijalarini yaxshilashda bemorlarni pereferiyadan markazga transportirovka qilish xususiyatlari katta ahamiyat kasb etdi. Pereferiyada gastroshizis va omfalotsele bilan tug‘ilgan 47 chaqaloqlardan 31 (66%) nafariga transportirovka bosqichida xatoliklarga yo‘l qo‘yilgan. Ularga oshqozon-ichak tizimiga zond qo‘yib dekompressiya qilinmagan, qorin old devori defekti orqali tashqariga chiqqan ichki a‘zolar antiseptik eritma bilan namlangan iliq salfetka bilan o‘ralmagan, steril quruq rezina qo‘lqop kiydirilmagan va uning ustidan issiq namlangan salfetka yopib himoyalangan. Natijada bemorlar markazga kelguncha ahvoli og‘irlashib qorin old devori defektidan tashqariga chiqqan hosilalar qurib qolgan va operatsiya oldi tayyorgarligini uzoq vaqt davom etishiga olib kelgan. Shuningdek ushbu chaqaloqlarning ahvolini og‘irlashishiga adekvat infuzion terapiya va og‘riqsizlantirish o‘tkazilmaganligi, aspirasiya hisobiga kelib chiqqan va dinamikada rivojlangan o‘tkir pnevmoniyaga Antibakterial terapiya boshlanmaganligi, nafas yetishmovchiligi va yo‘ldagi gipotermiya asosiy sabab bo‘lib xizmat qilgan. Ushbu holatlarning hammasi keyingi bosqichdagi davo natijalariga salbiy ta’sir qilgan.

Periferiyada tug‘ilgan chaqaloqlardan 16 (34%) nafari biz bilan telemuloqot qilib nazoratimizga olindi. Biz tomondan berilgan tegishli tavsiyalar asosida kerakli tekshiruvlar (UTT, pentgenografiya, NCG, ExoKG) amalga oshirildi, qorin old devori defekti orqali tashqariga chiqqan ichki a‘zolarini shikastlanishi va infeksiya tushishini oldini olish maqsadida iliq antisertak eritmalar (furatsillin, dekan va h.o.) bilan namlangan bo‘g‘lam o‘rab qo‘yish amalga oshirildi. Katta o‘lchamli churralarda, shuningdek ichak tutilishi belgilari mavjud bemorlarda esa enteral oziqlantirish miqdorini qisman kamaytirgan holda, chaqaloqning oqsil-energetik zaruratini parenteral oziqlantirish hisobiga qondirish amalga oshirildi. Bemor transportirovkasida churra qoplami butunligini ta’minlash va jopohatlanishini oldini

olishga e'tibor qaratilishi bilan bir qatorda qorin bo'shlig'i ichki bosimini oshishi tufayli nafas olishdagi qiyinchiliklarni bapatapaf etish choralari ko'rildi. Bunday muolajalar qatoriga oshqozonga nazogastral zond qo'yish, to'g'ri ichakka gaz chiqaruvchi naycha o'rnatish orqali dekompressiya qilish kipdi va o'z navbatida yuzaga keladigan ikkilamchi visseroabdominal disproporsiyani kamayishiga imkoniyat yaratdi.

Quyida katta o'lchamli omfalotsele bilan tug'ilgan bemorning boshqa kasalxonadan bizning shifoxonamizga transportirovka qilish bosqichi va davolash natijalari tahlili klinik misoli keltirilgan.

Chaqaloq M.K. (K/T. №813 26.08.2019 y.) birinchi homiladorlikdan, birinchi farzand, 38 haftalikda muddatiga yetib fiziologik yo'l bilan tug'ilgan. Bemor qiz bola. Onasi 27 yoshda, ekologik noqulay sharoitda yashagan, qonida sitomegalovirus aniqlangan. Qorin old devori rivojlanish nuqsoni – omfalotsele antenatal davrda UTT yordamida yashash joyida homiladorlikning 29 haftasida aniqlangan. PPMda tug'ish tavsiya qilingan. Lekin ota-onasi pozi bo'lishmagan. Shu sababli yashash joyida fiziologik yo'l bilan tug'ilgan. Chaqaloq tug'ilgan zahotiyoq yig'lagan, og'irligi – 3610 gp, bo'yi - 54 sm, Apgar shkalasi bo'yicha baho - 7/8 ball. Churra katta hajmli bo'lgani sababli Tug'ruq jarayonida churra qobiqlari biroz shikastlangan. Tug'ruqxonada embrional churra qopi steril salfetka bilan yopib qo'yilib 24 soat ichida PPM jo'natilgan. Transportirovka bosqichida, bemorga og'riqsizlantirish qilinmagan, nozogastral zond qo'yilmagan, gipotermiya kuzatilgan, churra qopi ustiga yorilgan dokali salfetka churra qopiga yopishgan va unga shikast yetkazgan, ya'ni yallig'lanish jarayoni boshlanishiga olib kelgan. Markazimizda bemorning qorin old devorini ob'ektiv ko'zdan kechirganda quyidagi rivojlanish nuqsoni – katta o'lchamdagi omfalotsele yarim sharsimon shaklda bo'lib, tarkibida eventeratsiyalangan ichak qovuzloklari aniqlandi. Ushbu nuqsonning o'lchami 7,0x6,0 sm kattalikda bo'lib, churra qopchasining ustki pardasi juda yupqa va dokali salfetka yopishtirilgani uchun yallig'lanish jarayoni boshlanib, oqish fibrin bilan qoplangan (3.3.1 - rasm).



3.3.1 - rasm. Katta o'ldamli omfalotsele. Bemor M.K. K/T. №813.

(yashil rangli ko'rsatkich – fibrin qoplama, qizil rangli ko'rsatkich – churra hosilasi bo'lgan ingichka va yo'g'on ichak)

Bemorda churra qopida fibrin qoplamalar paydo bo'lib yallig'lanish alomatlari yuzaga kela boshlagani sababli operatsiya oldi tayyorgarligi 12 soatni tashkil etdi va uning tarkibi ga: Antibakterial terapiya boshlash (amikasin 20 mg/kg – 2 marta kuniga), infuzion terapiya 100 ml/kg kuniga (10% glyukoza), gemostatik terapiya (disinon, vikasol, yangi muzlatilgan plazma – 15 ml/kg), churra qorini anticheptiklar bilan yuvish, gaz chiqaruvchi naycha orqali sifonli huqna qilib ichakni dekompressiya qilish, shuningdek oshqozonni dekompressiya qilish maqsadida oshqozonga doimiy ravishda nazogastral zond qo'yish amaliyotlari bajarildi. Og'riqni qoldirish analgin shamchasi orqali amalga oshirildi. Bosh miya NCG tekshiruvi o'tkazildi, bunda bosh miya gipoksik belgilari, pepiventrikulyap qon quyilishning 3 bosqichi aniqlangan, ichki a'zolar UTT va ExoKGsida patologiya yo'q. Bemor kasalxonaga kelgandan keyin 12 soatdan keyin operatsiyaga olindi va jarrohliq muolajasida o'zgargan teri chegarasidan aponevrozgacha chizmasimon kesim qilindi, bunda qorin pardani shikastlamasdan embrional qobiq elementlaridan qorin pardagacha olib tashlandi. Kindik tizimchasi elementlari tozalandi. Teri fassial qiyqimlarini teriga erkin tikish maqsadida periferiyadan eniga 1,5 smgacha mobilizasiya qilindi. Aponevroz qirralarini mobilizasiya qilib biriktirishga harakat qilganda gemodinamika (AB, pulc, saturasiya) va ventilyasiya parametrlari buzilishi kuzatilmadi. Qorin old devori aponevrozi defektini qavatma-

qavat soʻpilmaydigan atravmatik polippolen №4,0 iplarda tugunli chok bilan tiklib ventral churra hosil qilindi (3.3.2 - pasm).



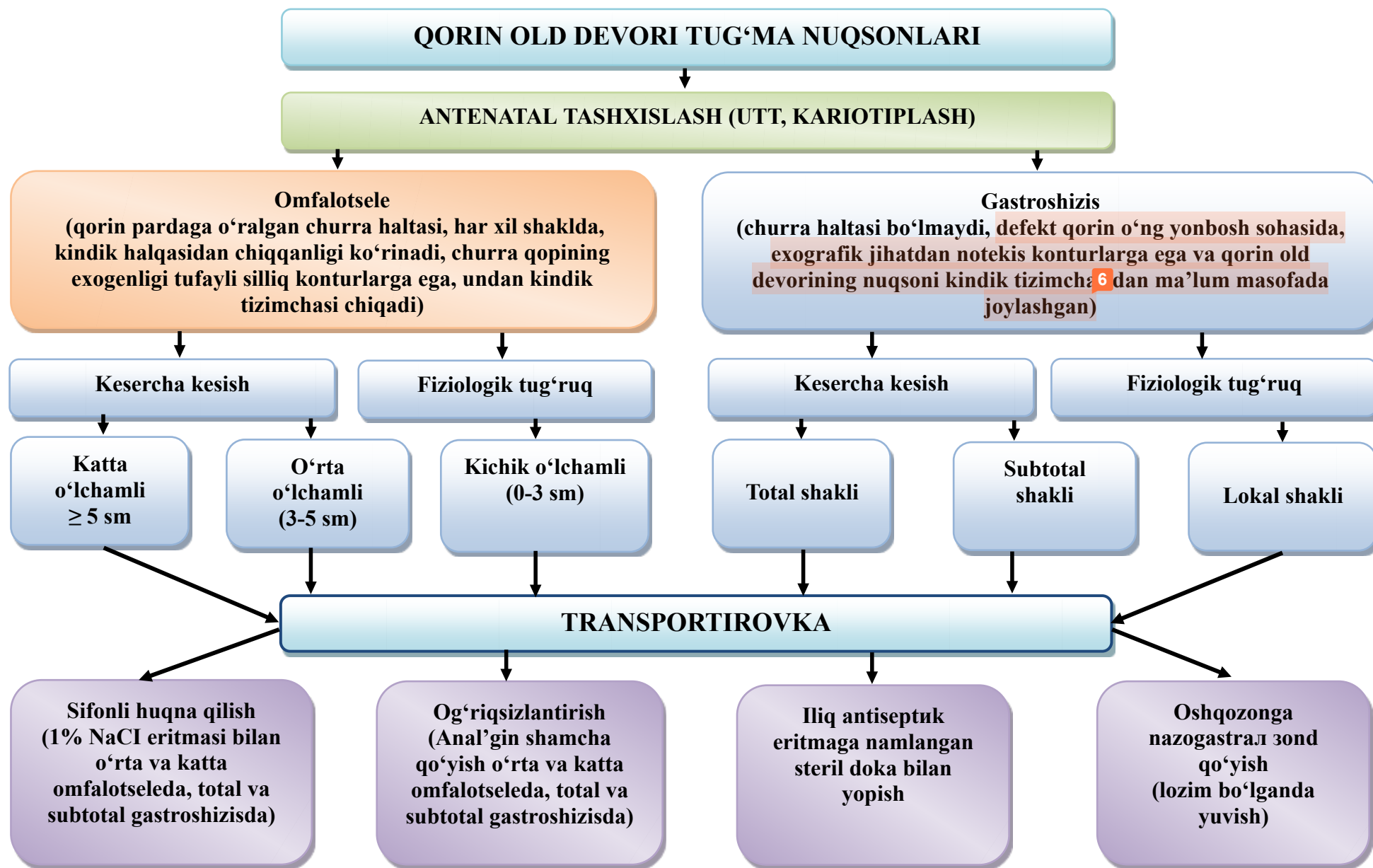
3.3.2 - rasm. Katta oʻlchamli omfalotseleda, ventral churra hosil qilish operatsiyasidan keyingi holat. Bemor M.K. K/T. №813.

Operatsiyadan keyingi davrda Antibakterial, infuzion davo davom ettirildi. Dinamikada 2,5 dozadan 2 marta bifidumbakterin ichirildi. Sunʼiy oʻpka nafasida bemor 5 kun davomida saqlandi va 6 - kuni ekstubasiya qilindi. Ichak peristaltikasi operatsiyadan keyingi 3 – sutkadan eshitila boshlandi. Enteral oziqlantirishni 5 – kundan ona sutini 5 ml dan berishdan boshlandi va asta-sekin dinamikada miqdori oshirib borildi. NCGda oʻzgarishlar boʻlgani sababli operatsiyadan keyingi davrda nevpopatolog kuzatuv va tavsiyasi asosida nevrologik davo ham birgalikda olib borildi. Chaqaloq operatsiyadan keyingi 7 – sutkasida nisbatan qoniqarli ahvolda, 3850 gramm tana vazni bilan shifokor nazorati ostida boʻlish sharti bilan uyga chiqarildi. Choklar 12 kunda olindi, yara birlamchi bitishdi. Bemor 1,3, 6 oyda Nazorat koʻpigidan oʻtib turdi. Bunda bemor rivojlanishi yoshiga mos, nafas va yurak – qon tomir tizimi yetishmovchiligi kuzatilmaydi. Quyidagi rasmda bemorni operatsiyadan keyingi 6-oydagi holati keltirilgan (3.3.3 – rasm).



3.3.3 - rasm. Ventral churra hosil qilingan katta o'lchamli omfalotseleni 6 oylikdagi ko'rinishi. Bemor M.K. K/T. №813.

Tekshiruvlarimiz natijalarini tahlil qilib biz shunday xulosaga keldikki, transportirovka bosqichida yo'l qo'yiladigan xatolar bemor ahvolini og'irlashishiga, o'tkaziladigan operatsiya oldi davrini uzoqlashishiga, operatsiyadan keyingi davrni silliq kechmasliliga olib keladi. Shularga asosan biz transportirovka qilish algoritmini tavsiya qildik (3.3.4 - rasm).



3.3.4 - pasm. Qorin old devori tug'ma nuqsonlari bilan tug'ilgan chaqaloqlarni transportirovka qilish algoritmi

Ushbu algoritmdan to'g'ri foydalanish bemorlar ahvoli yaxshilanishi va davolash natijalarini ijobiy tomonga o'zgarishiga olib keladi.

Omfalotseleda Tug'ruq davomida churra qopi yopilishi kuzatilsa, chaqaloqni analgetiklar bilan og'riqsizlantirib, churra elementlariga steril iliq antiseptik eritmalar bilan ishlov beriladi, churra steril rezina qo'lqop bilan yopiladi va bola tanasiga mustaxkamlanadi. Keyin chaqaloqqa nazogastral zond qo'yilib, aspirasiya va oshqozon ichak sistemi dekompressiyasi amalga oshiriladi. Agar churra qopi yopilmagan bo'lsa chaqaloqlarga parasetamol shamcha yordamida og'riqsizlantirish bajariladi. Omfalotseleda churra pardalari yupqa bo'lganligi uchun bolada tezda suvsizlanish alomatlari rivojlanishini hisobga olib, bola hayotining birinchi soatlaridan va butun yo'l davomida bolaga infuzion terapiya va gipotermiya profilaktikasi (bolani kuvezda saqlash) bajarilib, chaqaloq kuvez bilan jihozlangan tez yordam mashinasida neonatal jarrohlik bo'limiga o'tkaziladi.

III Bobga xotima

Shunday qilib, antenatal davrda homilada qorin old devori tug'ma nuqsonlari aniqlansa, boshqa anomaliyalarni faol qidirilishi zarur. Sababi qorin old devori tug'ma nuqsonlari bilan tug'ilgan bemorlarning klinik belgilarini yuzaga chiqishida qo'shimcha nuqsonlarning birga kelishi katta ahamiyat kasb etdi. Shuningdek, bemorlar ahvolining og'irlashish darajasi eventeratsiyaga uchragan ichaklar yuzasidagi fibrinlarning tarqalganlik maydoni, infeksiyaning rivojlanishi va kuzatiladigan og'riq kuchiga ham bog'liq bo'ldi. Kuzatuvimizdagi 243 ta bemorlarning 56 (23%) tasida qo'shimcha nuqsonlar birga kelgan. Chaqaloqlarda gastroshizisga (15 – 5,3%) nisbatan omfalotsele yo'ldosh nuqsonlar bilan ko'proq uchraydi (56 – 23%). Bunda omfalotselening o'lchamlari qancha katta bo'lsa, qo'shimcha nuqsonlar soni shunchalik ortib boradi. Gastroshizis bilan birga kelgan yo'ldosh nuqsonlar orasida tug'ma yurak nuqsoni, ingichka ichak atreziyasi va buyrak gipoplaziyasi ko'proq uchragan (2 tadan bemor). Omfalotsele bilan esa tug'ma yurak nuqsoni ko'p uchragan (19 holatda). Shuningdek yo'ldosh kasalliklarni uchrashi omfalotseleda churra hajmiga ham bog'liq bo'ldi. Omfalotsele

o'lchamlari qanchalik katta bo'lsa, qo'shimcha nuqsonlar shunchalik ko'proq uchradi. Chala tug'ilganlarda ham yo'ldosh kasalliklar ko'p uchradi. Ammo ularda bitta yo'ldosh kasalliklarga nisbatan ko'plab qo'shimcha yo'ldosh nuqsonlar uchrashi salmog'i yuqori bo'ldi. Qorin old devori tug'ma nuqsonlarida ko'plab og'ir anomaliyalar bilan birga kelganligi aniqlansa va har bir nuqson chaqaloqlik davrida operativ muolajani talab qilsa, bu holat homilani to'xtatishga ko'rsatma hisoblanadi. Homilani to'xtatish neonatal jarroh, akusher-ginekolog va neonatolog bilan birgalikda hal qilinadi. Lekin oxirgi xulosa neonatal jarrohlardan tomonidan qabul qilinishi zarur. Qorin old devori tug'ma nuqsonlari bilan tug'ilgan chaqaloqlarni biz taklif qilgan transportirovka qilish algoritmi asosida olib borish keyingi bosqichlardagi davo natijalarini yaxshilanishiga, asoratlarni oldini olishga va o'lim holatlarini kamayishiga olib keladi.

Gestasiyaning 10-haftalarida ultrasonografiya qorin bo'shligida homilada fiziologik embrional churra ko'rinadi va bu churra homiladorlikning 13-haftasiga borib qorin bo'shlig'iga to'g'rilanib ketishi kerak. Homiladorlikning 13-haftalarida ichak qovuzloqlari qorin ichiga qaytmasdan ko'rinishi omfalotsele va gastroshizisni rivojlanayotganini bildiradi. Shu sababli ham gastroshizis va omfaloselini antenatal diagnostikasi 13-haftadan keyin amalga oshiriladi, UTT va dopplerografiya aniqlanadi.

Respublikamizda qorin old devori tug'ma nuqsonlarini antenatal tashxislash to'liq yo'lga qo'yilmaganligi va ushbu soha mutaxassislarining bu patologiyalar to'g'risida to'liq ma'lumotga ega emasliklari sababli ko'pchilik holatlarda antenatal tashxislashda kamchiliklar kuzatilmoqda. Ushbu kamchiliklarni bartaraf etish maqsadida PPM qoshidagi chaqaloqlar xirurgiyasi bo'limida qorin old devori tug'ma rivojlanish nuqsonlari bilan tug'ilgan chaqaloqlarga ixtisoslashgan yordam ko'rsatish EHM algoritmi dasturi ishlab chiqildi va amaliyotga tatbiq etildi. Dastur ushbu kasallikda UTT-shifokori, neonatal jarroh va akusher-ginekologik mutaxassislarini birgalikda ish olib borishiga yordam berdi.

Qorin old devorining tug'ma nuqsonlari boshqa og'ir nuqsonlar bilan birgalikda kelgan holatlarda va bu antenatal davrda 25 haftagacha aniqlanganda,

homiladorlikni davom ettirish yoki uni to'xtatish masalasini biz kollegial – bolalar jarrohi, akusher-ginekolog, neonatolog, ba'zi bir holatlarda esa kardiolog, genetik va neyroxirurg mutaxassislari ishtirokida bamaslahat olib bordik. Murakkab qo'shimcha nuqsonlarda (13, 18, 21 juft xromosomalar trisomiyasi, tug'ma yurak nuqsonining og'ir shakllari, tug'ma diafragma churralari, bosh miya nuqsoni, kloaka ekstrofiyasi) kasallik prognozi salbiy bo'lib, ota - onaga homiladorlikni tibbiy ko'rsatmalar asosida to'xtatish tavsiya etildi. Afsuski, faqatgina ulardan 4 (13,8%) nafarigina bunga rozi bo'lishdi. Barcha holatlarda homiladorlik to'xtatilgandan keyin, homila patologanotamik tekshiruvdan o'tkazildi va antenatal qo'yilgan tashxis o'z tasdig'ini topdi. Shuni ta'kidlash lozimki, omfalotsaleda homiladorlikni tibbiy ko'rsatmalar asosida to'xtatish juda ham ma'suliyatli ish bo'lib, bunda antenatal tashxisni aniq qo'yish, qo'shimcha nuqsonlarni aniqlash, homilador ayolning ruhiy holatini va oilaviy sharoitini hisobga olish zarur. Biz ota-onaga homiladagi tug'ma nuqson va uning xarakteri, boshqa mavjud qo'shma nuqsonlar va bolaning kelajagi, kasallikning kuzatilishi mumkin bo'lgan asoratlari, nuqsonni davolash usullari mavjud yoki mavjud emasligi haqida to'liq ma'lumot berdik. Bergan barcha maslahatlarimiz tavsiya shaklida bo'lib, bunda biz muammoning huquqiy tomonlarini ham hisobga oldik. Chunki, har qanday holatda ham homiladorlikni to'xtatish haqidagi yakuniy xulosani ota-ona qabul qiladi.

IV BOB. CHAQALOQLARDA QORIN OLD DEVORI TUG‘MA NUQSONLARINI DAVOLASH XUSUSIYATLARI

Omfalotseleda operativ korreksiya yo‘lini tanlash, vissero-abdominal disproporsiya bosqichiga, somatik foni hisobga olingan holda nuqson turi va yo‘ldosh nuqsonlarga e‘tiboran amalga oshirilishi kerak. Kichik va o‘rtacha o‘lchamdagi omfalotselelar qorin old devorining radikal plastikasiga ko‘rsatma hisoblanadi.

Katta o‘lchamdagi vissero-abdominal disproporsiyali omfalotselelar bosqichli korreksiyaning talab etadi. Konservativ davolash usulidan foydalanish faqat operativ muolajaga jiddiy mo‘neliklar (ko‘plab hamroh tug‘ma og‘ir nuqsonlar) bo‘lganidagina maqsadga muvofiq.

§ 4.1. Operatsiya oldi tayyorgarligi

Chaqaloqlarda qorin old devori tug‘ma nuqsoni bilan neonatal reanimasiya bo‘limga keltirilgan chaqaloqlarni birinchi navbatda ahvolining og‘irlik darajasi aniqlandi. Bunda biz eksikoz va gemodinamikaning buzilishi darajasiga, tana xaroratining xolati (gipotermiya, gipertermiya), churra qopining holatiga, og‘riq sindromi va aspirasion bronxopnevmoniya darajasiga e‘tibor qaratdik. Shuningdek chaqaloqni qanday transportirovka qilinganligini baholadik. Barcha bemorlarga operatsiya oldi tayyorgarligi qonining klinik-laborator, biokimyoviy ko‘rsatkichlari va bolaning umumiy ahvolini hisobga olgan tarzda amalga oshirildi. Operatsiya oldi tayyorgarligi gomeostaz buzilishlarini korreksiya qilishdan iborat bo‘ldi va u 12 - 72 soatni tashkil qildi. Bunda uning davomiyligi bemor holatining og‘irlik darajasiga, tana haroratining me‘yorlashuviga, yo‘qotilgan suyuqlik miqdorini qoplash, qon ko‘rsatkichlarini yaxshilash (gemokonsentrasiyaning kamaytirish, metabolitik asidoz), periferik gemodinamikani turg‘unlash, adekvat diurezni hosil qilishga (1 ml/kg/ch gacha) ketgan vaqtga bog‘liq bo‘ldi. Quyidagi jadvalda gastroshizis va omfalotsele bilan kasallangan bemorlarda operatsiya oldi tayyorgarligini o‘tkazish muddatlari guruhlar kesimida keltirilgan (4.1.1 - jadval).

Gastroshizis va omfalotseleda operatsiya oldi tayyorgarlik muddatlari

(n=243)

Guruhlar		O‘tkazish muddatlari (soat)								Jami	
		12 >		12 - 24		24-48		48-72			
		abc.	%	abc.	%	abc.	%	abc.	%	abc	%
G ast ro sh izi s (n =1 10)	Taqqoslov guruh (n=41)	13	31,7	8	19,5	17	41,5	3	7,3	41	16,9
	Asosiy guruh (n=69)	17	24,6	24	34,8	26	37,7	2	2,9	69	28,4
O mf al ot sel e (n =1 33)	Taqqoslov guruh (n=48)	12	25	9	18,8	19	39,5	8	16,7	48	19,8
	Asosiy guruh (n=85)	19	22,4	21	24,7	39	45,9	6	7,1	85	34,9
Jami		61	25,1	62	25,5	101	41,6	19	7,8	243	100

Yuqoridagi jadvaldan ko‘rinib turibdiki, 120 (49,4%) nafar bolada operatsiya hospitalizatsiyadan keyingi 24-48 soatdan keyin kech o‘tkazilgan. Ularning kech o‘tkazilishiga sabab, bemorlarni transportirovka bosqichida xatoliklarga yo‘l qo‘yilishi va qo‘shimcha nuqsonlarning ko‘plab birga kelishi bo‘ldi. Bu holatlar bemorlarni mukammal tekshiruvga va operatsiyadan oldingi tayyorgarlikni to‘liqroq o‘tkazishga ko‘proq vaqt sarflanishiga olib keldi. Operatsiya oldi tayyorgarligining

samaradorlik mezoni bemorlar diurezi va gemodinamika ko'rsatkichlarining tiklanishi bilan baholandi.

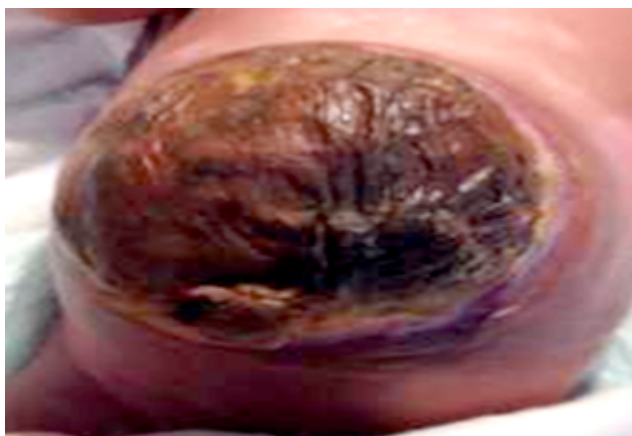
Bemor markazga kelgandan keyin operatsiyagacha bo'lgan davrda eventeratsiya bo'lgan ichki a'zolari steril qo'lqop ichiga joylashtirib, bola tanasiga bint yoki leykoplastir bilan mustahkamlanadi. Shundan keyin barcha bemorlarga nazogstral zond qo'yilib, u orqali passiv va aktiv usulda oshqozondagi havo va suyuqlik chiqarildi. Ichakni tozalash esa yo'g'on ichakga qo'yilgan gaz chiqaruvchi naychadan gipertonik eritma yuborib, sifonli huqna orqali amalga oshirildi. Bu bizga ichaklarni dekompressiya qilishga imkoniyat yaratdi va operatsiya vaqtida a'zolari qorin bo'shlig'iga erkin joylashishiga zamin yaratdi. Shuningdek operatsiya oldingi tayyorgarligida keng spektr ta'sirga ega antibiotiklar, gemostatiklar, antioksidantlar, qonning oqsil tarkibi va suv-elektrolit balansining korreksiyasiga qaratilgan infuzion terapiya qo'llanildi. Volemik buzilishlarni korreksiyasida kristalloidlar (10% glyukoza, tuzli eritmalar) va oqsil eritmaları (plazma va albumin - 15ml/kg) ishlatildi. Mikrosipkulyasiyani yaxshilash maqsadida mikropepfuz-dozometr yordamida 0,5% li dofamin eritmasi 2-3 mkg/kg/soatgacha dozada vena ichiga yuborildi. Antibakterial terapiya vositalari sifatida tienam (20-25 mg/kg - kuniga 2 mahal.), meponem (15-20 mg/kg – kuniga 2 mahal.), ko'rince monoterapiya yoki aminoglikozidlar bilan kombinasiyada (amikasin - 15-30 mg/kg kuniga) keng qo'llanildi.

9 (3,7%) nafar chaqaloqning umumiy ahvoli qo'shimcha nuqsonlarni og'irligi, transportirovkadagi qo'pol xatoliklar, bolani chala tug'ilganligi sababli juda og'irlashib, noadekvat diurez va kuchli gomeostaz buzilishi kuzatilda. Shu sababli ham operatsiya oldi tayyorgarligini uch kungacha uzaytirishga majbur bo'ldik. Yuqoridagilardan xulosa qiladigan bo'lsak, bemorda noadekvat diurez va kuchli gomeostaz buzilishi qancha kuchli bo'lsa, operatsiya oldi tayyorgarligini vaqti shuncha uzoq bo'ladi.

§ 4.2. Xirurgik davo usullari

Qorin old devori tugʻma nuqsonlari bilan davolangan 243 chaqaloqdan 221 (90,9%) nafarida operativ davo, 22 (9,1%) nafar bemorga konservativ davolash oʻtkazildi. Konservativ davo oʻtkazilgan 22 bemordan 13 (59,1%) nafarida omfalotsele, 9 (40,9%) nafari gastroshezis boʻlgan.

Konservativ davo quyidagicha amalga oshirildi: churra haltasiga betadin eritmasi bilan kuniga 5 martagacha ishlov berildi va keyinchalik u kuniga 1-2 martagacha kamaytirildi. Keyin katta boʻlmagan bosim bilan churra tarkibi ni qorin boʻshligʻiga asta-sekin tushirish uchun steril bogʻlam qoʻyildi (4.2.1 - rasm).



4.2.1 - rasm. Katta oʻldamli omfalotsele bilan kasallangan chaqaloqda betadin eritmasi bilan churra qobiqlarini tozalashdan keyingi holat.
Bemor B.E. K/T. №3926.

Omfalotseleida konservativ davo yordamida faqat 7 (53,8%) ta bolada 2-3 oy davomida churra qopida gpanulyasion toʻqima rivojlanishiga va ventral churra hosil boʻlishiga erishildi. Qolgan 6 (46,2%) ta bemorda konservativ davo natijasiz boʻldi va ularda qoʻshimcha koʻplab yoʻldosh nuqsonlar boʻlganligi sababli oʻlim holati kuzatildi. Ularning nobud boʻlishiga yoʻldosh kasallikka qoʻshimcha ravishda transportirovkadagi xatoliklar va kamchiliklar ham sababchi boʻldi.

Gastroshezisda operatsiya usuli bolani umumiy ahvoliga, tugʻilish muddatiga, qorin boʻshligʻidan tashqariga chiqqan aʼzo turiga va tapansportirovka qilishni toʻgʻri tanlashga bogʻliq boʻldi. 110 nafar bemordan 9 (8,2%) tasida konservativ davo muolajalar oʻtkazilgan. Konservativ davo oʻtkazilishiga chaqaloqning muddatiga yetmay tugʻilganligi, yoʻldosh nuqsonlarning birga kelishi va transportirovkani notoʻgʻri amalga oshirilgani sabab boʻldi.

Qorin old devori tugʻma nuqsonlari bilan jarrohlik amaliyoti oʻtkazilgan 221 nafar bemordan gastroshizis – 101 (45,7%), omfalotsele – 120 (54,3%) boʻldi.

101 nafar gastroshizis bilan operatsiya boʻlgan bemordan 80 (79,2%) tasida bir bosqichli, 21 (20,8%) nafarida koʻp bosqichli jarrohlik amaliyoti oʻtkazildi. Bir bosqichli operatsiyada qorin old devori plastikasi oʻtkazildi. Bu operatsiya 2 ta bemorda defektni bir bosqichda plastika qilish va Mekkel divertikulini olib ileostoma qoʻyish amaliyoti bilan birga bajarildi. Koʻp bosqichli operatsiyada oldin ventral churra hosil qilindi, keyingi bosqichda ventral churrani bartaraf etib, qorin old devori plastikasi bajarildi. Palliativ yoki bosqichli operatsiya Shuster qopchasi qoʻllash (3) va Ventral churrani hosil qilish (Gross usuli) (18) usulida oʻtkazildi. Ikkinchi bosqich operatsiyasi 3-5 yildan keyin boshqa kasalxonada oʻtkazildi.

120 nafar omfalotsele bilan operatsiya boʻlgan bemordan 100 (79,2%) tasida bir bosqichli, 20 (20,8%) nafarida koʻp bosqichli jarrohlik amaliyoti oʻtkazildi. Bir bosqichli operatsiyada qorin old devori plastikasi oʻtkazildi, koʻp bosqichli operatsiyada oldin ventral churra hosil qilindi.

Koʻp bosqichli operatsiyada keyingi bosqichda ventral churrani bartaraf etib, qorin old devori plastikasi bajarildi. Ikkinchi bosqich operatsiyasi 3-5 yildan keyin oʻtkazildi.

Qorin old devori tugʻma nuqsonlari bilan davolangan 243 chaqaloqdan 221 (90,9%) nafarida operativ davo, 22 (9,1%) nafar bemorga konservativ davolash oʻtkazildi. Ulardan 179 (81%) nafari bir bosqichli radikal operatsiya, 42 (19%) nafar bolada koʻp bosqichli palliativ operatsiya oʻtkazildi. Quyidagi 4.2.1 jadvalda operatsiya boʻlgan bemorlar tahlili keltirilgan.

4.2.1 - jadval

Gastroshizis va omfalotsele davolash usullari (n=243)

Davolash usuli		Asosiy guruh (n=69)		Taqqoslov guruh (n=41)		Jami	
		abc.	%	abc.	%	abc.	%
G	Radikal operatsiya	46	66,7	34	82,9	80	72,7

a s t r o s h i z i s (n = 1 1 0)	1. Defektni bir bosqichda plastika qilish	44	63,8	34	30,9	78	32,1
	2. Defektni bir bosqichda plastika qilish + Mekkel divertikulini olib, ileostoma qo'yish	2	2,9	-	-	2	0,8
	Palliativ yoki bosqichli operatsiya	16	23,2	5	4,5	21	8,6
	1. Shuster qopchasi qo'llash va keyingi radikal operatsiya	3	4,3	-	-	3	2,7
	2. Ventral churrani hosil qilish (Gross usuli)	13	18,9	5	12,2	18	16,4
	Konservativ	7	10,1	2	4,9	9	8,2
Jami		69	100	41	100	110	100
Davolash usuli		Asosiy guruh (n=85)		Taqqoslov guruh (n=48)		Jami	
		abc.	%	abc.	%	abc.	%
O m f a l o t s e l e (n = 1 3 3)	Radikal operatsiya	68	80	33	68,8	101	75,9
	1. Defektni bir bosqichda plastika qilish	57	67,1	29	68,8	86	64,6
	2. Defektni bir bosqichda plastika qilish + Mekkel divertikulini olish	10	11,8	4	8,3	14	10,5
	3. Defektni bir bosqichda plastika qilish + Mekkel divertikulini olish + ichak malrotatsiyasi	1	1,1	-	-	1	0,8
	Palliativ yoki bosqichli operatsiya	14	16,5	5	10,4	19	14,3
	1. Shuster qopchasi qo'llash va keyingi radikal operatsiya	1	1,2	3	6,3	4	3
	2. Ventral churrani hosil qilish (Gross usuli)	1	1,2	2	4,1	3	2,3
	3. Aponevroz hisobiga ventral churra hosil qilish	12	14,1	-	-	12	9
Konservativ		3	3,5	10	20,8	13	9,8
Jami		85	100	48	100	133	100
Jami ikkalasi		154	63,4	89	36,6	243	100

Ilova: Styudent kriteriysi qiymati $t = 24,38$; $P < 0,05$ ekanligi aniqlandi.

Gastroshizisda bir bosqichli operatsiyada qorin old devori plastikasi qilingandan keyingi davrda asoratlari esa 56 (70%) ta bemorda kuzatildi. Asoratlardan nafas etishmovchiligi (13), ichaklar parezi (8), qon ivishini buzilish sindromi (2) sepsis (3), peritonit (1), o'pka shishi (2) va ularning qo'shilib kelishi (27) kuzatildi. Ushbu asoratlari uchragan 56 nafar bemordan 49 (87,5%) tasida o'lim holati kuzatildi, 7 ta bemor tuzalib ketdi. Ko'p bosqichli operatsiyada birinchi bosqich operatsiyasidan keyingi davrda asoratlari esa 16 (76,2%) bemorda kuzatildi. Asoratlardan nafas yetishmovchiligi (3), ichaklar parezi (2), DVC (1) sepsis (1), peritonit (1), o'pka shishi (1) va ularning qo'shilib kelishi (7) kuzatildi. Ushbu asoratlari 14 nafar bemorda o'lim holatiga olib keldi, 2 ta bemor tuzalib ketdi.

Biz tavsiya etgan kompleks davolash usulini qo'llash gastroshizisda chaqaloqlarning nobud bo'lishini 80,5% dan 45% gacha, asoratlarning kelib chiqishini esa 79,5% dan 37,1% gacha kamayishiga olib keldi.

Omfalotsledda bir bosqichli operatsiyadan keyingi davrda asoratlari esa 42 (42%) ta bemorda kuzatildi. Asoratlardan nafas yetishmovchiligi (8), ichaklar parezi (6), DVC (2) sepsis (3), o'pka shishi (2) va ularning qo'shilib kelishi (21) kuzatildi. Ushbu asoratlari uchragan 42 nafar bemordan 17 (40,5%) tasida o'lim holati kuzatildi, 25 ta bemor tuzalib ketdi. Qo'p bosqichli operatsiyada ventral churra hosil qilingandan keyingi davrda asoratlari esa 13 (65%) ta bemorda kuzatildi. Asoratlardan nafas etishmovchiligi (2), ichaklar parezi (2), DVC (1), o'pka shishi (1) va ularning qo'shilib kelishi 7 bemorda kuzatildi. Ushbu asoratlari uchragan 13 nafar bemordan 4 (30,8%) tasida o'lim holati kuzatildi, 9 ta bemor tuzalib ketdi.

Operatsiya turini tanlash, avvalam bor, churra o'lchamiga va yo'ldosh nuqsonlarning mavjudligiga, shuningdek vissero-abdominal disproporsiyaning darajasiga bog'liq bo'ldi. Bunda 15 (11,3%) nafar bemorda qorin old devori plastikasi bilan birga Mekkel divertikuli pezeksiyasi operatsiyasi o'tkazildi (4.2.2 - rasm).



4.2.2 - rasm. Kichik o'lchamli omfalotsaleda Mekkel divertikuli.

Bemor M.D. K/T. №643.

Yuqoridagi 15 nafar bemordan 14 (93,3%) tasida bir vaqtning o'zida Mekkel divertikuli rezeksiyasi bilan birga, 1 (6,7%) bemorda Mekkel divertikuli rezeksiyasi bilan birga ichak malrotatsiyasi ham bartaraf qilindi. Shuni ta'kidlash lozimki, Mekkel divertikuli bizning izlanishlarimizda faqat omfalotselening kichik o'lchamli shakllarida uchradi. O'rta va katta hajmdagi omfalotsaleda biz Mekkel divertikuli uchrashi holatlarini kuzatmadik. Churra tarkibi ning yatrogen shikastlanishi bo'lgan (3) bemorlarning bittasiga ichak malrotatsiyasi hisobiga Mekkel divertikuli yonida ichak nekrozga uchragan. Shuning uchun ham bu bemorga Mekkel divertikuli va ingichka ichak rezeksiyasi, uchma-uch anastomoz qo'yish operatsiyasi o'tkazildi. Yuqoridagi bemorlardan farqli ravishda bu bemorda ingichka ichak katta hajmda rezeksiya bo'ldi. Qolgan ikkita bemorda esa kindikning pastdan bog'lanishi hisobiga ichak nekrozi, natijada esa peritonit rivojlangan. Bu bemorlarda qorin bo'shlig'i sanasiyasi, qorin old devori plastikasi va kontrapeptura orqali ileostoma qo'yish operatsiyasi o'tkazildi (4.2.3 - rasm).



4.2.3 - rasm. O'rta o'lchamli omfalotseleda qorin old devori plastikasi va ileostoma. Bemor Sh.Z. K/T. №120.

Yuqoridagilardan xulosa qiladigan bo'lsak, omfalotseleda kindikni pastdan bog'lash maqsadga muvofiq hisoblanmaydi. Chunki kindikni pastdan bog'lash vaqtida ichakni yatrogen shikastlanish holatlari ko'p uchraydi. Bizda bu holat 3 (2,3%) holatda kuzatildi.

Omfalotsele bilan tug'ilgan asosiy guruhdagi 85 nafar bemorning 82 (96,5%) tasida turli xil vaqt oralig'ida jarrohlik muolajasi o'tkazildi. Ulardan 66 (80,5%) tasida radikal va 16 (19,5%) tasida aponevroz hisobiga ventral churra hosil qilish jarrohlik amaliyoti bajarildi. Qolgan 3 (3,5%) nafar bemorda konservativ davo muolajalari o'tkazildi va bu uch bemorda davolash samarasiz bo'lib, ularda o'lim holati kuzatildi. Bunga qo'shimcha og'ir nuqsonlarning birgalikda kelishi sabab bo'ldi. Shuningdek ushbu guruhdagi jami 85 nafar chaqaloqlardan 15 (17,6%) nafari nobud bo'ldi va ularning barchasida 2 va undan ortiq tizim nuqsonlari mavjud edi.

Omfalotseleda churra hajmining o'lchami ham davo usulini tanlashda katta ahamiyat kasb etdi. Nazoratimiz ostidagi bemorlarda churra hajmining o'lchamiga qarab davo usulini tanlaganimiz quydagi jadvalda keltirilgan (4.2.2 - jadval).

4.2.2 - jadval

Omfalotseleda taqqoslov va asosiy guruh bemorlarining churra o'lchamiga qarab

o'tkazilgan davo usullarining qiyosiy tahlili (n=133)

Davolash usullari	Taqqoslov guruh (n=48)			Asosiy guruh (n=85)			Jami
	Kichik	O'rta	Katta	Kichik	O'rta	Katta	
Radikal	17 (35,4%)	16 (33,3%)	-	28 (31,9%)	35 (41,2%)	3 (3,5%)	99 (74,4%)
Ventral churra	-	-	5 (10,4%)	-	-	16 (18,8%)	21 (15,8%)
Konservativ	-	-	10 (20,8%)	-	-	3 (3,5%)	13 (9,8%)
Jami	17 (35,4%)	16 (33,3%)	15 (31,3%)	28 (31,9%)	35 (41,2%)	22 (25,9%)	133 (100%)

Ilova: Styudent kriteriysi qiymati $t = 23,21$; $P < 0,01$ ekanligi aniqlandi.

Yuqoridagi jadvaldan ko'rinib turibdiki, taqqoslov guruhida 33 (68,7%) holatda radikal operatsiyalar omfalotseleni faqat kichik va o'rta o'lchamlarida bajarilgan bo'lib (4.2.7 va 4.2.8 - pasmlar), 5 (10,4%) ta holatda katta o'lchamli omfalotsele da ventral churra hosil qilindi va 10 (20,8%) nafar bemorda bunday o'lchamli churralarda konservativ davo olib bopildi.



4.2.7 - pasm. Kichik o'lchamli omfalotsele. Bemor M.B. X/G. №364.



4.2.8 - pasm. Kichik o'lchamli omfalotsele. Radikal operatsiyadan keyingi holat. Bemor X.G. K/T. №364.

Shuni ta'kidlash joizki, asosiy guruhdagi 3 nafar bemorga omfalotselening katta o'lchamli bo'lishiga qaramasdan radikal operatsiya o'tkazildi. Chunki bu chaqaloqlar vaqtida tug'ilgan, bo'y va tana vazni me'yoriy bo'lib, qorin bo'shlig'ida

oʻrtacha darajadagi vissero-abdominal disproporsiya aniqlandi. Bunday holatlarda radikal operatsiya bemor hayotiga xavf solmaydi. Bunday vaziyatlarda bolani operatsiyadan keyingi davrda 4-5 kun mobaynida qorin old devori mushaklarini relaksasiyada ushlab turish qorin boʻshligʻini tez muddatlarda oʻsib yangi holatga moslashib olishiga imkon yaratadi (4.2.9. va 4.2.10 - rasm).



4.2.9-rasm. Katta oʻlchamli omfalotsele. Bemor C.I. K/T. №461



4.2.10-rasm. Katta oʻlchamli omfalotsele. Radikal operatsiyadan keyingi holat. Bemor C.I. K/T. №461

Birlamchi radikal plastika asosan kichik va oʻrta oʻlchamli omfalotselelarga, yaʼni vissero-abdominal disproporsiya past darajada boʻlganda amalga oshirildi. Aʼzolar qorin boʻshligʻiga erkin joylashtirgandan soʻng qorin old devori qavatma-qavat tikilishi amalga oshirildi. Qorin old devori radikal plastika uchun eng qulay holat kichik oʻlchamli embrional churrada kuzatildi, chunki bunday bemorlarda vissero-abdominal disproporsiya deyarli kuzatilmadi.

Kichik va oʻrta oʻlchamli omfalotselelarda radikal plastikani bajarar ekanmiz, birinchi navbatda amniotik qobiqlarni teriga oʻtish qismidan nuqson chegaralari yonidan kesdik, soʻngra qorin pardani shikastlamasdan embrional qobiq elementlaridan qorin pardagacha olib tashladik. Kindik tizimchasi elementlari (vena va arteriya qon tomirlari) bogʻlandi. Teri fassial qiyqimlarini bir biriga erkin tikish maqsadida ular biroz mobilizasiya qilindi va soʻngra aponevroz muskul qirralari bir biriga tikildi. Bunda churra hosilasini qorin boʻshligʻiga toʻgʻirlagandan keyin,

vissero-abdominal disproporsiya darajasini bilish maqsadida doimo gemodinamika ko'rsatkichlari (arterial bosim, puls, saturasiya) va ventilyasiya parametrlari kuzatib borildi. Operatsiyada teri so'rilmaydigan atravmatik polippolen №4,0 iplarda tugunli choklar bilan tikildi, uning kichik o'lchamli shaklida esa umblikoplastika amalga oshirildi.

Quyida omfalotsele bilan tug'ilgan chaqaloqning churra o'lchamiga qarab davo usulini tanlanganlik klinik misoli keltirilgan.

Chaqaloq A.K. (K/T. №919 2020 y.), uchinchi homiladorlikdan, uchinchi qiz farzand. Chaqaloq 39-haftalikda muddatiga etib tug'ilgan. Onasi 37 yoshda. Prenatal kapiotirlash o'tkazilgan, ammo xromosom anomaliyalari aniqlanmagan. Qorin old devori rivojlanish nuqsoni – omfalotsele antenatal davrida UUT yordamida homiladorlikning 28 haftasida aniqlangan (4.2.11 - pasm). UTT-doplepografiyada kindik venasidagi qon oqish tezligi yuqoriligi aniqlandi.



4.2.11 - rasm. Omfalotseleni 28 haftalikda antenatal ko'rinishi. Bemor A.K.
K/T №919

Omfalotsele o'rta hajmdaligiga va kindik venasida qon oqish tezligi yuqori bo'lishiga qaramasdan Tug'ruq jarayoni fiziologik yo'l bilan amalga oshirildi. Sababi, churra o'lchami qancha kichik bo'lsa, kindik venasida qon oqish tezligi shuncha yuqori, churra o'lchami qancha katta bo'lsa kindik venasidagi qon oqish tezligi shuncha past bo'ladi. Chaqaloq tug'ilgan zahoti yig'ladi, og'irligi – 3312 g, bo'yi-51 sm, Apgar shkalasi bo'yicha baho - 8/8 ball, churra qobiqlari shikastlanmagan holda kindik kesildi.

Tug‘ruqxonada embrional churra ustiga rezina qo‘lqop bilan yopilib ustidan iliq furasilinli eritma bilan namlangan steril salfetka qo‘yildi. Dekompressiya maqsadida nazogastral zond qo‘yilib, bemor tug‘ruq zalidan neanatul xirurgiya bo‘limidagi intensiv palataga, kuvezga tug‘ruqdan keyin bir soat ichida olindi. Kindik sohasida o‘rta o‘lchamdagi omfalotsele bo‘lib, yapim sharsimon shaklda eventeratsiyalangan 4,0x4,0 sm o‘lchamli ichak qovuzloqlaridan iborat edi (4.2.12 - rasm).



4.2.12 - rasm. O‘rta o‘lchamdagi omfalotsele. Bemor A.K. K/T. №919.

Operatsiya oldi tayyorgarlikning davomiyligi 3 soatni tashkil etdi, uning tarkibi ga: Antibakterial terapiya 20 mg/kg – 2 marta kuniga, infuzion terapiya 100 ml/kg kuniga (10% glyukoza), gemostatik terapiya (disinon, vikalol, plazma – 15 ml/kg), gaz chiqaruvchi naycha orqali sifonli huqnalar, oshqozonni doimiy nazogastral zond orqali yuvishlar tashkil qildi. Og‘riqni qoldirish parasetamol shamcha orqali amalga oshirildi. NCGning natijalariga ko‘ra miya gipoksiyasi belgilari, pepiventrikulyar qon quyilishi 1 bosqich aniqlandi. Ichki a‘zolar UTTda – jigarning kattalashishi (+3,5 sm qovurg‘a yoyi tagidan) kurindi. ExoKG va pentgenografiya – patologiyasiz.

Jarrohliq muolajasida o‘zgargan teri chegarasidan aponevrozgacha chizmasimon kesim qilindi, bunda qorin pardani shikastlamasdan embrional qobiq elementlaridan qorin pardagacha olib tashlandi. Kindik tizimchasi elementlari tozalandi. Teri fassial qiyqimlarini periferiyadan eniga 1,5 smgacha mobilizasiya qilindi.

Aponevrozning qirralarini biriktirishga harakat qilganda gemodinamika (AB, puls, saturasiya) va ventilyasiya parametrlari buzilishi kuzatilmadi. Qorin old devori aponevrozi defektini qavatma-qavat soʻrilmaydigan atravmatik polippolen №4,0 iplarda tugunli chok bilan tikildi. Choklarni teriga torttirmasdan, aseptik bogʻlam bilan qoʻyildi. Operatsiyadan keyingi davr silliq oʻtdi. Chaqaloq Antibakterial (amikasin), infuzion terapiyalarni oldi. Sunʼiy oʻpka nafasni 3 kun ishlatildi va 4-kuni chaqaloq ekstubasiya qilindi. Ichak pepistaltikasi ikkinchi kunida eshtildi. 4- kundan entepal oziqlantirish boshlanib, asta-sekinlik bilan hajmi oshirib borildi. Chaqaloq 8 kunda qoniqarli, vazni qoʻshilgan holatda uyiga ruhsat berildi (tana vazni 3520 gramm). Choklar 10-kunda ambulator ravishda olindi, yara bitishi birlamchi (4.2.13 - rasm).



4.2.13 - rasm. Bemorda choklar olingandan keyingi holat.

Bemor A.K. K/T. №919.

Birlamchi radikal plastikani amalga oshirishning asosiy sharti vissero-abdominal disproporsiyaning past darajasi hisoblanadi. Bunda bir vaqtning oʻzida eventeratsiya boʻlgan aʼzolari qorin boʻshligʻiga solish mumkin, bunda ularning ichak tarafdin yalligʻlanish darajasi va miqdori aniqlandi. Aʼzolari qorin boʻshligʻiga joylashtirgandan keyin, qorin old devori qavatma-qavat tikilishi amalga oshirildi. Radikal plastika uchun eng muvofiqlisi kichik oʻlchamli embrional churra boʻldi, bunga qorin old devori aʼzolari tomonidan kamroq ifodalanadigan yalligʻlanish reaksiyalari va vissero-abdominal disproporsiyaning past darajasi sabab boʻldi.

Kichik va o'rta o'lchamli omfalotselalarda radikal plastikani bajarar ekanmiz, birinchi navbatda amniotik qobiqlarning teriga o'tish qismidan nuqson chegaralari yonidan kesilib, so'ngra qorin pardani shikastlamasdan embrional qobiq elementlaridan qorin pardagacha olib tashlanadi. Kindik tizimchasi elementlari (vena va arteriya qon tomirlar) bog'lanadi. Teri fassial qiyqimlarini bir-biriga erkin tikish maqsadida ular biroz mobilizasiya qilinadi va so'ngra aponevroz, muskul qirralari bir biriga tikildi. Bunda vissero-abdominal disproporsiya darajasini bilish maqsadida doimo gemodinamika ko'rsatkichlari (arterial bosim, puls, saturasiya) va ventilyasiya parametrlari kuzatib bopiladi. O'rta o'lchamli omfalotselada teri so'rilmaydigan atravmatik polippolen №4,0 iplarda tugunli choklari bilan tikiladi, uning kichik o'lchamli shaklida esa umblikoplastika amalga oshiriladi.

Qorin old devori tug'ma nuqsoni bilan operatsiya bo'lgan 221 bemordan 100 (45,2%) nafarida o'lim holati kuzatilgan. Shulardan gastroshizisda asosiy guruhdagi 69 bemordan 31 (45%) nafarida, taqqoslov guruhidagi 41 bemordan esa 33 (80,5%) nafarida o'lim holati kuzatilgan. Omfalotselada asosiy guruhdagi 85 bemordan 15 (19%) nafarida, taqqoslov guruhidagi 48 bemordan esa 21 (43,8%) nafarida o'lim holati kuzatilgan.

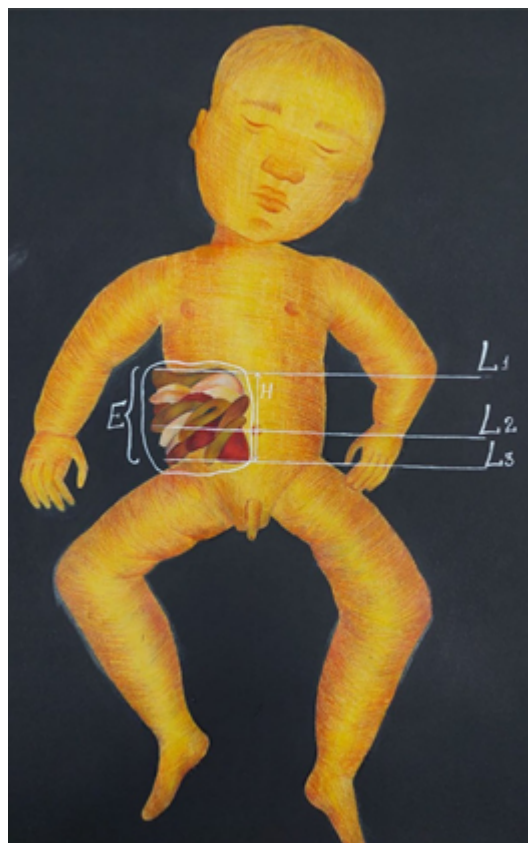
Asosiy guruhdagi jami 154 bemordan 46 (29,8%) nafarida o'lim holati kuzatilishiga bitta yoki ko'plab yo'ldosh nuqsonlarni (39) (OIT, yurak - qon tomir tizimi nuqsonlari, Bekvit-Videman sindromi) mavjudligi va transportirovka bosqichidagi yo'l qo'yilgan kamchiliklar (7) sabab bo'ldi. Taqqoslov guruhdagi jami 89 bemordan 54 (60,7%) nafarida o'lim holati kuzatilishiga bitta yoki ko'plab yo'ldosh nuqsonlarni (30) (OIT, yurak - qon tomir tizimi nuqsonlari, Bekvit-Videman sindromi) mavjudligi va transportirovka bosqichidagi yo'l qo'yilgan kamchiliklar (24) sabab bo'ldi.

Qorin old devori tug'ma nuqsoni bilan tug'ilgan chaqaloqlarda operatsiya usulini tanlashda qorin bo'shlig'ini hajmini aniqlash va shunga qarab operatsiya usulini tanlash, shuningdek bola tug'ilish muddatiga qarab ham operatsiya usulini tanlash kerakligi aniqlandi. Sababi ushbu kasalliklarni jarrohlik davolashda qorin bo'shlig'i hajmining kichikligi qorin old devori nuqsonlarini davolashni

murakkablashtiradigan eng muhim omil hisoblanadi.

Yuqoridagilarga asoslanib gastroshizis va omfalotsaleda xirurgik davolash usulini tanlash uchun EHM dastur ishlab chiqildi. Bunga asosan gastroshizis va omfalotsaleda qorin bo'shlig'i, shuningdek tashqariga chiqqan ichki a'zolar hajmini hisoblab, bemorlarga bir bosqichli yoki ikki bosqichli operatsiya qilish lozimligi aniqlandi. Dastur bo'yicha me'yopda qorin bo'shlig'i va tashqariga chiqqan ichki a'zolar hajmining yig'indisi muddatida tug'ilgan chaqaloqda 1,6 litrni, muddatidan oldin tug'ilgan chaqaloqlarda esa 0,65 litrni tashkil qildi. Agar muddatida tug'ilgan chaqaloqlarda qorin bo'shlig'i va tashqariga chiqqan ichki a'zolar hajmining yig'indisi 1,6 litrdan kichik bo'lsa ko'p bosqichli, katta bo'lsa bir bosqichli operatsiya o'tkazish tavsiya etiladi. Muddatiga yetmay tug'ilgan chaqaloqlarda esa qorin bo'shlig'i va tashqariga chiqqan ichki a'zolar hajmining yig'indisi 0,65 litrdan kichik bo'lsa ko'p bosqichli, katta bo'lsa bir bosqichli operatsiya qilish maqsadga muvofiq bo'ladi. Shundan kelib chiqib, ushbu dastur sog'liqni saqlash klinik amaliyotida yuqoridagi kasalliklarni optimal davo usulini tanlashda katta ahamiyatga ega.

Quyidagi rasmda qorin bo'shlig'i va tashqariga chiqqan ichki a'zolar hajmining aniqlanishi sxematik ravishda keltirilgan (4.2.14 - rasm).



4.2.14 - rasm. Qorin bo'shlig'i va tashqariga chiqqan ichki a'zolar hajmining aniqlashni sxematik ko'rinishi.

Ushbu sxematik rasmni interperitatsiya qiladigan bo'lsak, L_1 – qorinning qovurg'a pastki qirrasi bo'ylab aylana o'lchami, L_2 – qorinning kindik bo'ylab aylana o'lchami, L_3 – qorinning chanoq suyagi yuqori qirrasi bo'ylab aylanma o'lchami, H – qorinning to'sh suyagi xanjapsimon o'sig'idan qov suyagigacha bo'lgan balandligi, E – tashqariga chiqqan qorin bo'shlig'i a'zolarining xajmi hisoblanadi. Yuqoridagilarga asoslanib biz muddatiga etmay tug'ilgan va muddatiga etib tug'ilgan gastroshizis va omfalotselesi bor chaqaloqlarning qorin bo'shlig'i hajmini aniqlab bir yoki ko'p bosqichli operatsiya qilish EHM dasturini ishlab chiqdik va tug'upuq majmualariga amaliyotda qo'llash uchun tavsiya qildik. Shuningdek smartfonlarda ham foydalanish uchun alohida adpoid dastur tarzida ishlab chiqib, smartfonlarga o'rnatishni taklif etdik. Bunda L_1 , L_2 , L_3 , H va E parametrlari smartfondagi dasturga kipgizilganda, maxsus dastur optimal operatsiya usulini tanlab beradi. Bu usuldan foydalanish juda oddiy va qulay bo'lib, ko'plab tug'ma nuqsonlarni optimal davo usulini tanlashda sun'iy intellekt dasturlarini ishlab chiqarishda birinchi qadam hisoblanadi. Ushbu dastur uslubiy tavsiyanoma

tarzida chop ettirilib Respublika perinatal markazi va Xorazm viloyati perinatal markazlariga amaliyotda qo'llash uchun bosma va elektron tarzida tadbiq etilib, samarali natijalar olindi. Keyingi bosqichlarda ushbu dasturni Respublikaning barcha tug'ruq komplekslariga tadbiq etishni rejalashtirdik.

Quyidagi rasmda gastroshizis va omfalotseda xirurgik davolash usulini tanlashga olingan EHM dastur guvohnomasi keltirilgan (4.2.15 - rasm).

ELEKTRON HISOBLASH MASHINALARI UCHUN YARATILGAN
DASTURNING RASMIY RO'YXATDAN O'TKAZILGANLIGI TO'G'RISIDAGI

GUVOHNOMA

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI ADLIYA VAZIRLIGI

№ DGU 23225

Ushbu guvohnoma O'zbekiston Respublikasining «Elektron hisoblash mashinalari uchun yaratilgan dasturlar va ma'lumotlar bazalarining huquqiy himoyasi to'g'risida»gi Qonuniga asosan quyidagi elektron hisoblash mashinalari uchun yaratilgan dasturga berildi:

"Chaqaloqlarda Gastroshezis va Omfalotseleda xirurgik davolash usulini tanlash"

Talabnoma kelib tushgan sana: **23.02.2023** Talabnoma raqami: **DGU 2023 1499**

Huquq egasi(lari): **Рузматов Иззатбек Бахтиярович UZ;**

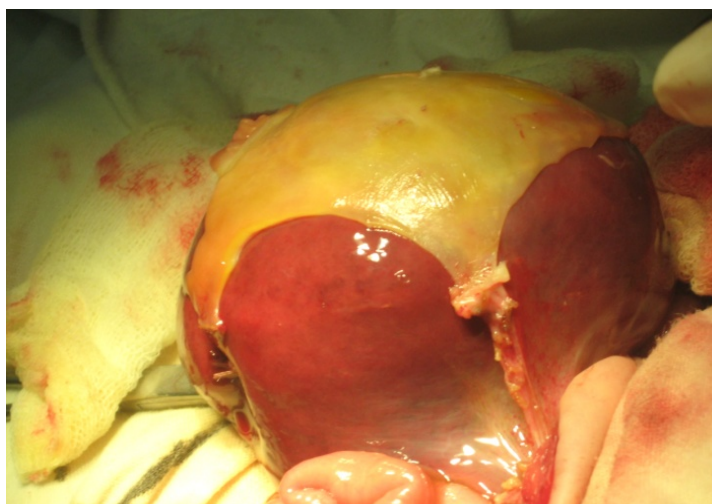
Dastur muallifi(lari): **Рузматов Иззатбек Бахтиярович UZ; ; Эргашев Бахтиер Бердалиевич UZ; ;
Теребаев Билим Алдамуратович UZ; ; Сапаев Отабек Кадирович UZ;**

O'zbekiston Respublikasining Dasturiy mahsulotlar davlat reyestrda
13.03.2023 y. ro'yxatdan o'tkazilgan.



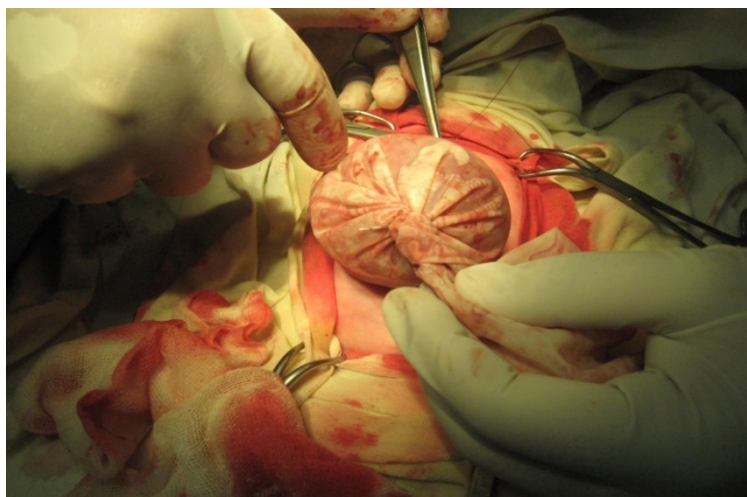
4.2.15 - rasm. Chaqaloqlarda gastroshezis va omfalotseleda xirurgik davolash usulini tanlashga olingan EHM dastur guvohnomasi.

Gastroshizis va omfalotsele bilan bosqichli operatsiya bo'lgan 70 nafar chaqaloqning 7 (10%) tasida Shuster qopchasiga o'xshash pezina qo'lqop 8-10 kunga tikilib, asta-sekin vissero-abdominal disproporsiyani bartaraf etish va bolani operatsiyaning ikkinchi bosqichiga tayyorlash uchun (qorin old devori radikal plastikasi yoki ventral churra hosil qilish maqsadida) har kun uning hajmi kichraytirilishi bilan olib boriladigan bosqichli jarrohlik koppeksiyasi o'tkazildi. Ushbu operatsiya usuli quyidagicha amalga oshirildi: dastlab amniotik qobikni antiseptik eritma bilan tozalagandan keyin, operatsiya maydoni tozalandi va chegaralab qo'yildi; keyin amniotik qobiqlarni teriga o'tish chegarasidan 2 mm oraliqda kesildi. Bunda churra pardasining jigarga to'liq yopishgan qismi qoldirildi (4.2.4 - rasm).



4.2.16 - rasm. Katta o'lchamli omfalotseleda churra qopi elementlariga ishlov berish. Bemor X.O. K/T. №380.

Omfalotseleda churra qorini kesgandan keyin, kindik tizimchasi elementlari churra qopi va atrof to'qimalardan ajratildi, peviziya qilindi va qorin old devorini manual torttirilib, qorin old devori aponevroziga rezina qo'lqop (Shuster qopiga o'xshash) uzluksiz choklar bilan tikildi. Bunda churra hosilasi siqilib qolmasligi uchun aylanasi tikilgan uzluksiz chok qattiq tortilmasdan qo'yildi (4.2.17 - rasm).



4.2.17 - rasm. Katta o'lchamli omfalotseleda churra qopchasi ap⁶nevroziga rezina qo'lqop (Shuster qopchasiga o'xshash) tikish. Bemor X.O. K/T. №380.

Bu o'tkazilgan amaliyot qorin old devori defektini gepmetik yopilishini ta'minlab beradi. Qorin bo'shlig'i a'zolari rezina qo'lqopning silliq yuzasiga tegib turishi bitishma yoki fibrinlar hosil bo'lishini oldini oladi. Asta-sekin vissero-abdominal disproporsiyani bartaraf etilgandan keyin (7 – 14 kun opalig'ida) ikkinchi bosqich operatsiya uchuli - Gross usulida ventral churra hosil qilish bajariladi. Biz bu amaliyotni katta o'lchamli omfalotsele bilan tug'ilgan 3 nafar chaqaloqda qo'lladik (4.2.18 - rasm).



4.2.18 - rasm. Katta o'lchamli omfalotseleda Gross usulida ventral churra hosil qilish. Bemor X.O. K/T. №380.

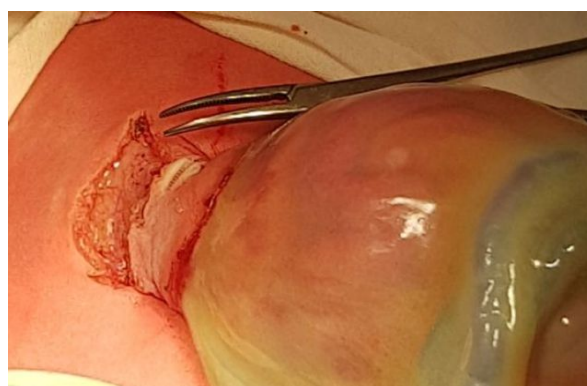
Operatsiyadan keyingi davrda chaqaloqlar relaksasiya holatida sun'iy o'pka nafas apparatida yotishdi. Bu davr ichida churra qopining tarkibi dagi a'zolar ancha² qorin bo'shlig'iga to'g'irlangani va qorin old devori o'sganligi kuzatildi, lekin ushbu

bemorlarning birortasi ham ikkinchi bosqich operatsiyasigacha yashab qolmadi. ² Chunki bu bemorlarda og‘ir qo‘shimcha hamroh tug‘ma nuqsonlar mavjud edi.

Omfalotsele bilan operatsiya bo‘lgan 120 chaqaloqning katta o‘lchamli 12 (10%) nafarida oldin biz taklif qilgan qorin old devorini plastika qilishni yangi usulini qo‘llagan holda amalga oshirdik. Bu usulga asosan operatsiyadan oldin oshqozon dekompressiyasi va ichaklarning sifonli huqnasi amalga oshiriladi. So‘ngra churra qopining pastki chegarasida, ya’ni churra qopchasini teriga o‘tish sohasidan aylanma kesim o‘tkaziladi va kindik tizimchasi elementlariga ishlov beriladi. Bunda churra qopchasi kesib olinganda birlamchi primitiv qorin parda saqlab qolinadi. So‘ngra teri va muskullar aponevrozi mobilizasiya, aponevrozni xoshsimon tarzda yondan to oldingi qo‘ltiq osti chizig‘igacha, yuqoridan xanjarsimon o‘siqqacha, pastdan esa simfizgacha kesiladi. Buning natijasida hosil bo‘lgan aponevrozning 4 ta vapag‘i «X» simon qilib tikiladi va nuqson ustida aponevrozdan kapkas hosil qilinadi.

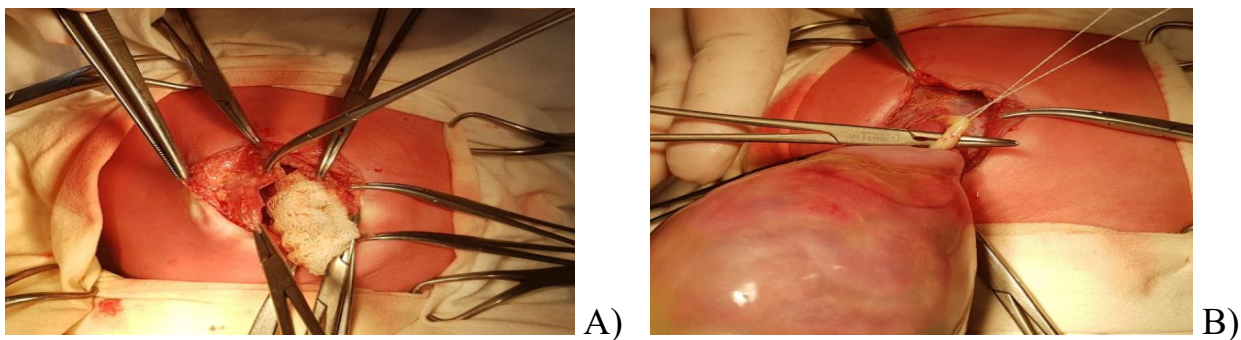


A)

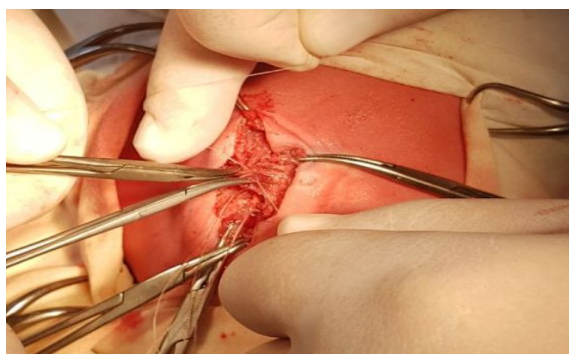


B)

4.2.19 - rasm. A) Ichakning sifonli huqnasi. B) Churra qopi chegarasida aylanma kesish.



4.2.20 - rasm. A) Teri va muskullar aponevrozini mobilizasiya qilish. B) Kindik elementlarini bog'lash.



4.2.21 - rasm. Nuqson ustida aponevrozdan kapkas hosil qilish.

Bu usul yordamida bilan biz Shuster qopchasiga o'xshash rezina qo'lpopdan foydalanish kabi qorin bo'shlig'i hajmini kattalashishiga va vissero-abdominal disproporsiyani kamaytirishga erishdik. Biz taklif qilgan usulimiz erta asoratlar rivojlanishini oldini oladi, ya'ni rezina qo'lpopni tashqariga chiqqan ichki a'zoga yopishishi, fibrin qoplamlar hosil bo'lishi kabi asoratlar bunda kuzatilmaydi. Tahlillarimizga ko'ra biz taklif etgan yangi operatsiya usuli qo'llanilgan 24 ta bemordan 22 (91,7%) nafarida yaxshi natijaga erishildi, 2 (8,3%) bemorda yo'ldosh nuqsoni bopligi sababli o'lim holati kuzatildi.

Biz tavsiya etgan kompleks davolash usulini qo'llash omfalotseledan jami chaqaloqlarning nobud bo'lishini 43,8% dan 17,6% gacha, asoratlarning kelib chiqishini esa 76,3% dan 23,2% gacha kamayishiga olib keldi.

IV Bobga xotima

Ushbu bobga xulosa qiladigan bo'lsak, qorin old devori nuqsonlari (gastroshizis va omfalotsele) bilan tug'ilgan chaqaloqlarni davolashda Tug'ruq muddati va usuli, qorin bo'shlig'idan tashqariga chiqqan a'zolar turi va hajmi, churra o'lchami va tarkibi, qo'shimcha nuqsonlar borligi, bemorni transportirovka qilish holati, churraning asoratlangan yoki asoratlanmagani asosiy ahamiyat kasb etdi. Kichik va o'rtacha o'lchamdagi omfalotselelar qorin old devorining radikal plastikasiga ko'rsatma hisoblandi. Katta o'lchamdagi vissero-abdominal disproporsiyali omfalotselelar bosqichli koppeksiyaning talab etadi. Konservativ davolash usulidan foydalanish faqat operativ muolajaga jiddiy mo'neliklar (ko'plab hamroh tug'ma og'ir nuqsonlar) bo'lganidagina maqsadga muvofiq bo'ldi. Qorin old devori tug'ma nuqsonlari bilan davolangan 243 chaqaloqdan 221 (90,9%) nafarida operativ davo, 22 (9,1%) nafar bemorga konservativ davolash o'tkazildi. Konservativ davo o'tkazilgan 22 bemordan 13 (59,1%) nafarida omfalotsele, 9 (40,9%) nafari gastroshizis bo'ldi.

101 nafar gastroshizis bilan operatsiya bo'lgan bemordan 80 (79,2%) tasida bir bosqichli, 21 (20,8%) nafarida ko'p bosqichli jarrohlik amaliyoti o'tkazildi. 120 nafar omfalotsele bilan operatsiya bo'lgan bemordan 100 (79,2%) tasida bir bosqichli, 20 (20,8%) nafarida ko'p bosqichli jarrohlik amaliyoti o'tkazildi. Bir bosqichli operatsiyada qorin old devori plastikasi o'tkazildi, ko'p bosqichli operatsiyada oldin ventral churra hosil qilindi. Ventral churrani bartaraf etib, qorin old devori plastikasi bajarish ikkinchi bosqich operatsiyasi 3-5 yildan keyin o'tkazildi.

Qorin old devori tug'ma nuqsoni bilan tug'ilgan chaqaloqlarni davolashda qorin bo'shlig'ini hajmini aniqlash va shunga qarab operatsiya usulini tanlash katta ahamiyat kasb etdi. Shu sababli gastroshizis va omfalotseleda xirurgik davolash usulini tanlash uchun EHM dastur ishlab chiqildi. Bunga asosan gastroshizis va omfalotseleda qorin bo'shlig'i, shuningdek tashqariga chiqqan ichki a'zolar hajmini hisoblab, bemorlarga bir bosqichli yoki ikki bosqichli operatsiya qilish lozimligi

aniqlandi.

Omfalotsele bilan operatsiya bo'lgan 120 chaqaloqning katta o'lchamli 12 (10%) nafarida biz taklif qilgan qorin old devorini plastika qilishni yangi usulini qo'llagan holda amalga oshirdik. Biz tavsiya etgan kompleks davolash usulini qo'llash omfalotseledan jami chaqaloqlarning nobud bo'lishini 43,8% dan 17,6% gacha, asoratlarning kelib chiqishini esa 76,3% dan 23,2% gacha kamayishiga olib keldi.

Ushbu patologiyalarda davo natijasini yaxshilanishda operatsiya oldi tayyorgarlini adekvat o'tkazish ham katta ahamiyat kasb etdi. Operatsiya oldi tayyorgarligi asosan gomeostaz buzilishlarini koppeksiya qilishdan iborat bo'ldi va u 12 - 72 soatni tashkil qildi. Bunda bemorda noadekvat diupez va kuchli gomeostaz buzilishi qancha kuchli bo'lsa, operatsiya oldi tayyorgarligini vaqti shuncha uzoq bo'ldi.

Yana ushbu bobda churra qorini hajmi yo'ldosh nuqsonlar uchrashiga nisbati, konservativ yoki bosqichli operatsiya usullariga ko'rsatmalar keltirilgan. Unga asosan churra qanchalik katta bo'lsa yo'ldosh nuqsonlar shuncha ko'p uchradi, qorin bo'shlig'idan tashqariga chiqqan a'zolar qanchalik ko'p bo'lsa asoratlar uchrashi va o'lim holati shunchalik ko'p bo'ldi, shuningdek transportirovka vaqtida bemor sovuq qotsa va qorin bo'shlig'idan tashqariga chiqqan a'zolarga tegishli ishlov berilmasa bunda ham asoratlar uchrashi va o'lim holati shunchalik ko'p bo'ldi.

V BOB. CHAQALOQLARDA QORIN OLD DEVORI TUG'MA NUQSONLARINI DAVOLASH NATIJALARI.

§ 5.1. Davolash natijalarining erta tahlili.

Qorin old devori tug'ma nuqsoni bilan jarrohlik amaliyotidan keyingi davolashning erta va uzoq natijalari bemorlarni operatsiyadan oldingi umumiy holatiga, yurak-qon tomir, nafas sistemasi a'zolari faoliyatiga, bemorlarni transportirovka qilish usullariga, o'tkazilgan operativ davolashlarni vaqtiga va hajmiga bog'liq bo'ldi.

Operatsiyadan keyingi erta natijalar tahlili qorin old devori tug'ma nuqsoni bilan jarrohlik amaliyoti o'tkazilgan 221 nafar chaqaloqdan 140 (63,3%) tasida o'rganildi. Ulardan gastroshizis 43 (30,7%) nafarini, omfalotsele esa 97 (69,3%) nafarini tashkil qildi.

Gastroshizis bilan kasallangan 110 ta chaqaloqdan 101 (91,8%) nafariga operativ davo o'tkazildi: 80 (79,2%) tasiga radikal operatsiya, 21 (20,8%) tasiga esa bosqichli operatsiya. 9 (8,2%) bemorga konservativ davolash o'tkazildi. Muddatiga yetmay tug'ilganlik, qo'shimcha ko'plab nuqsonlar borligi konservativ davo o'tkazilishiga sabab bo'ldi.

Gastroshizis bilan kasallangan taqqoslov guruhidagi 41 nafar bemorning 39 (95,1%) tasiga jarrohlik amaliyoti o'tkazilgan. 34 (87,2%) nafariga radikal operativ muolajasi, 5 (12,8%) nafariga ventral churra hosil qilish (Gross usulida) bosqichli jarrohlik amaliyoti o'tkazilgan. 1 (4,9%) nafar bemor shifoxonaga kelishi bilan noto'g'ri transportirovka qilish natijasida nobud bo'lgan, 1 nafariga esa ota-onasi jarrohlik amaliyotdan bosh tortganligi sababli konservativ davo o'tkazilgan, ammo shunga qaramasdan asoratlarning rivojlanishi tufayli bolada o'lim holati kuzatildi. Jarrohlik amaliyoti o'tkazilgan 39 bemordan 31 (74,5%) nafarida o'lim holati kuzatildi. Shunday qilib, taqqoslov guruhidagi 41 nafar bemordan 33 (80,5%) tasida o'lim holati kuzatilgan.

Asosiy guruhdagi 69 nafar bemorlarning 62 (89,9%) tasiga jarrohlik amaliyoti o'tkazildi: 46 (74,2%) nafariga radikal operatsiya, 16 (25,8%) nafariga esa bosqichli operativ davo. 7 (10,1%) nafar chaqaloqqa konservativ davo muolajalari qilindi. Bosqichli operatsiya o'tkazilgan bemorlardan 13 (81,3%) nafariga ventral churra (Gross usuli) hosil qilindi, 3 (18,7%) ta holatda esa nuqson chetiga Shuster qopiga o'xshash rezina qo'lqop tikib, asta-sekin vissero-abdominal disproporsiyani bartaraf etish va bolani operatsiyaning ikkinchi bosqichiga tayyorlash uchun (qorin old devori radikal plastikasi yoki ventral churra hosil qilish maqsadida) har kun uning hajmi kichraytirilishi bilan olib bopiladigan bosqichli jarrohlik koppeksiyasi o'tkazildi. Bu muolaja 7-14 kungacha bajarildi. Operatsiyadan keyingi davrda chaqaloqlar relaksasiya holatida sun'iy o'pka nafas apparatida yotishdi. Bu davr ichida churra qopining tarkibi dagi a'zolar qorin bo'shlig'iga birmuncha to'g'irlangani² va qorin old devori o'rganligi kuzatildi, ammo ushbu ventral churra hosil qilingan² chaqaloqlarning 11 (68,7%) tasida o'lim holati kuzatildi. Chunki bularni kech transportirovka qilinishi, muddatiga yetmay tug'ilishi va qo'shimcha yo'ldosh nuqsonlarning birga qo'shilib kelishi nobud bo'lishning asosiy sabablaridan bo'ldi. Bundan xulosa qiladigan bo'lsak, qorin old devori tug'ma nuqsoni bilan tug'ilgan hamma chaqaloqlarga jarrohlik amaliyoti o'tkazilishi maqsadga muvofiq bo'ladi. Bu guruhda jami 31 (45%) nafar bemorda o'lim holati kuzatildi, shulardan 27 (60%) tasi jarrohlik amaliyotidan keyin, 4 (5,8%) nafari esa konservativ davodan keyin nobud bo'ldi. Gastroshizisi bor chaqaloqlar tanatogenizining asosiy sabablari - gastroshizisni boshqa og'ir ko'plamchi nuqsonlar bilan birga uchrashi, og'ir somatonevrologik fon va muddatiga yetmay tug'ilganlik hisoblandi. Bundan tashqari bemorni ahvolini og'irlashtiruvchi holatlar, ya'ni noto'g'ri transportirovka qilish, bemorni shifoxonaga kech olib kelish ham o'lim ko'rsatkichlari¹⁰ oshishiga sabab bo'ldi. O'lim holatlari tahlil qilinganda, gastroshizisning total turida (69 bola) o'lim holati 50 ta (72,5%) bemorda kuzatildi. Ulardan 45 (90%) tasi operatsiyadan keyingi erta davrda va 5 (10%) tasi konservativ davolanish bosqichida operatsiyagacha yetmasdan nobud bo'ldi. Konservativ davo

olganlarda o'lim kuzatilish sababi ota onalarinig operatsiyadan bosh tortishi va o'tkir asoratlarning rivojlanishi bo'ldi.

Shunday qilib ikkala guruhda jami 64 (58,2%) nafar chaqaloqlarda o'lim holati kuzatildi. Quyidagi diagrammada gastroshizis bilan davolangan bemorlarning guruhlar kesimidagi yaqin davrdagi davolash natijalari keltirilgan (5.1.1 - rasm).

Styudent kriteriysi qiymati $t = 29,6$; $P < 0,05$ ekanligi aniqlandi.

Yuqoridagilarni tahlil qiladigan bo'lsak, asosiy guruhda o'lim holati taqqoslov guruhiga nisbatan 35,5% ga kamaygan.

Omfalotsele bilan kasallangan 133 nafar chaqaloqlardan 120 (90,2%) tasiga jarrohlik davo muolajasi o'tkazildi: 101 (84,2%) tasiga radikal operativ muolaja o'tkazildi, 19 (15,8%) nafariga esa bosqichli operativ davo usuli qo'llanildi. 13 (9,8%) ta chaqaloqqa konservativ davolash o'tkazildi. Konservativ davolash o'tkazilishiga sabab, ularda operatsiyaga monelik qiluvchi qo'shimcha ko'plab nuqsonlar bor edi.

Taqqoslov guruhidagi 48 nafar bemorlarning 38 (79,2%) tasiga jarrohlik amaliyoti o'tkazilgan: 33 (86,8%) nafariga radikal operativ muolajasi, 2 (5,3%) nafariga ventral churra (Gross usuli) hosil qilindi, 3 (7,9%) ta holatda nuqson chetiga Shuster qopiga o'xshash rezina qo'lqop tikilgan. Konservativ davo 10 (20,8%) chaqaloqda o'tkazilgan. Shuster qopiga o'xshash rezina qo'lqop 7-14 kunga tikilib, asta-sekin vissero-abdominal disproporsiyani bartaraf etish va bolani operatsiyaning ikkinchi bosqichiga tayyorlash uchun (qorin old devori radikal plastikasi yoki ventral churra hosil qilish maqsadida) har kun uning hajmi kichraytirilishi bilan olib boriladigan bosqichli jarrohlik korreksiyasi o'tkazilgan. Operatsiyadan keyingi davrda chaqaloqlar relaksasiya holatida sun'iy o'pka nafas apparatida yotishdi. Bu davr ichida churra qopining tarkibi dagi a'zolar qorin bo'shlig'iga birmuncha to'g'irlangani va qorin old devori o'sganligi kuzatildi, lekin ventral churra hosil qilingan ushbu bemorlarning birortasi ham ikkinchi bosqich operatsiyasigacha yashab qolmadi. Chunki bu bemorlarda ko'plamchi tug'ma rivojlanish nuqsonlarning borligi va vissero-abdominal disproporsiyaning mavjud emasligi

sabab bo'lgan. Taqqoslov guruhidagi 48 bemordan 11 (23%) nafari operatsiyadan keyin, 10 (20,8%) tasi esa konservativ davodan keyin nobud bo'lib, Mazkur guruhda o'lim 21 (43,8 %) nafarni tashkil etgan.

Asosiy guruhdagi 85 nafar chaqaloqlarning 82 (96,5%) tasida jarrohlik muolajasi o'tkazildi. Ulardan 66 (80,5%) tasiga radikal va 16 (19,5%) tasiga aponevroz hisobiga ventral churra hosil qilish bosqichli palliativ operatsiyasini o'tkazdik. 3 (3,5%) nafar chaqaloqda esa konservativ davo olib borildi. Shuni takidlash joizki, bu guruhdagi 66 ta radikal operatsiya bo'lgan bemorlardan 3 (4,4%) nafariga omfalotselening katta o'lchami bo'lishiga qaramasdan radikal operatsiya o'tkazdik. ² Chunki bu chaqaloqlarda yuqoridagi bobda keltirilishicha o'rtacha darajadagi vissero-abdominal disproporsiya mavjud bo'lib, bunday holatlarda radikal operatsiya bemor hayotiga xaf solmaydi. Bunday vaziyatlarda bolani operatsiyadan keyingi davrda 4-5 kun mobaynida qorin old devori mushaklari relaksasiyada ushlab turish, qorin bo'shlig'ini tez muddatlarda o'sib yangi holatga moslashib olishiga imkon yaratadi. Bu guruhda qolgan 3 (3,5%) nafar chaqaloqda katta o'lchamli churra og'ir qo'shimcha nuqsonlar (OIT, yurak qon tomir tizimi nuqsonlari, Bekvit-Videman sindromi) bilan birga kelgani uchun konservativ davo muolajalari olib borildi. Ammo o'tkazilgan muolajalarga qaramasdan chaqaloqlarda ² poliorgan yetishmovchilik sababli o'lim holati qayd etildi. Asosiy guruhidagi jami 66 ta radikal operatsiya bo'lgan bemorlardan 9 (13,6%) nafarida (bulardan 8 tasi kichik va o'rta o'lchamli churra, 1 nafari esa katta o'lchamli churra) o'lim holati kuzatildi. Bosqichli operatsiya bo'lgan 16 chaqaloqda operatsiyadan keyingi o'lim 3 (18,8%) nafarni tashkil etdi. Omfalotselesi bor chaqaloqlar panatogenizining asosiy sabablari - boshqa og'ir ko'plab yo'ldosh nuqsonlar bilan birga uchrashi, og'ir somatonevrologik fon va chala tug'ilganlik hisoblandi. Bundan tashqari bemorni axvolini og'irlashtiruvchi holatlar, ya'ni noto'g'ri transportirovka qilish, bolani stasionarga kech olib kelish ham o'lim ko'rsatkichlari oshishiga sabab bo'ldi. O'lim holatlari tahlil qilinganda, katta o'lchamli omfalotseleda (31 bola) o'lim holati 14 ta (45,2%) bemorda kuzatildi. Ulardan 6 (42,9%) nafari yaqin operatsiyadan keyingi davrda va 8 (57,1%) tasi konservativ davolanishdan keyin nobud bo'ldi.

Shunday qilib ushbu guruhdagi 85 bemordan 15 (17,6%) nafarida o'lim holati kuzatildi. Qorin old devori tug'ma nuqsoni bilan tug'ilgan chaqaloqlarning taqqoslov guruhidagi 89 nafaridan 64 (71,9%) tasida o'lim holati qayt qilindi. Quyidagi diagrammada omfalotsele bilan davolangan bemorlarning guruhlar kesimidagi yaqin davrdagi davolash natijalari keltirilgan (5.1.2 - rasm).

Styudent kriteriysi qiymati $t = 10,37$; $P < 0,05$ ekanligi aniqlandi.

Yuqoridagilarni tahlil qiladigan bo'lsak, omfalotsele bilan kasallangan bolalarning asosiy guruhida davolanib chiqqan bemorlar taqqoslov guruhiga nisbatan 26,2% ga oshgan.

Qorin old devori tug'ma nuqsoni bilan tug'ilgan chaqaloqlarning asosiy guruhidagi 154 nafar bemorlardan 46 (29,9%) tasida, taqqoslov guruhidagi 89 nafar bemorning 54 (60,7%) tasida o'lim holati kuzatildi (5.1.3 - rasm).

Styudent kriteriysi qiymati $t = 49,67$; $P < 0,05$ ekanligi aniqlandi.

Yuqoridagilardan ko'rinib turibdiki, asosiy guruhda o'lim holati 30,8% ga yoki 2 barobarga kamaygan.

Qorin old devori tug'ma nuqsoni bilan tug'ilgan 243 chaqaloqdan 221 nafari operatsiya bo'lgan, 22 tasi konservativ davolangan va o'lim holati kuzatilgan. Operatsiya bo'lgan 221 nafar chaqaloqda 102 (46,2%) nafarida asorat kuzatildi.

Gastroshizis bilan operatsiya bo'lgan 101 bemordan 54 (53,5%) nafarida, omfalotsele bilan operatsiya bo'lgan 120 bemordan 48 (40%) nafarida operatsiyadan keyingi erta davrda turli xil asoratlar kuzatildi. Ularga ichak parezi, opepasion japohatning yiringlashi, vaqtinchalik vissero-abdominal disproporsiyani buzilishi, pnevmoniya va qon ivishining buzilish sindromi kabi asoratlar kipdi. Bu asoratlar o'z navbatida operatsiyadan keyingi davrni silliq kechishiga salbiy ta'sir ko'rsatdi.

Operatsiya natijalariga va chaqaloqlarning yashab ketishiga ularning tugʻilgandagi vazni,² vissero-abdominal disproporsiyaning darajasi, yoʻldosh nuqsonlar borligi va churra oʻlchamlari katta ahamiyat kasb etishi aniqlandi. Shubhasiz, chaqaloqlarning yashab ketish imkoniyati omfalotseleining kichik va oʻrta oʻlchamlarida yuqori, katta oʻlchamli embrional churralarda esa pastroq. Churra oʻlchamlari va kasallik bilan birgalikda keladigan nuqsonlar oʻrtasida aloqa borligi aniqlandi. Qancha churra oʻlchami² katta boʻlsa birgalikda keladigan nuqsonlar soni ham shuncha koʻp boʻladi. Bundan tashqari, operatsiyadan keyingi davr va operativ muolaja jarayoniga oʻzining ahamiyatli taʼsirini, Neyrosonografiya paytida aniqlangan chaqaloqlardagi miya ichi oʻzgarishlari ham koʻrsatdi. Jami 100 ta nobud boʻlgan bemorlarimizning bevosita 5 nafarida (20%) oʻlim sababi deb Tugʻruq paytidagi bosh miya ichiga qon quyilishi va miya shishi hisoblandi.

Quyidagi jadvalda qorin old devori tugʻma nuqsoni bilan kasallangan chaqaloqlarda oʻtkazilgan operatsiyadan keyingi erta davrda kuzatilgan turli xil asoratlar tahlili keltirilgan (5.1 - jadval).

5.1 - jadval

Qorin old devori tugʻma nuqsoni bilan operatsiya qilingan bemorlarda
operatsiyadan keyingi erta davrda kuzatilgan asoratlar

(n=221)

Erta asoratlar	Gastroshizis (n=101)				Omfalotsele (n=120)			
	Taqqoslov guruh (n=39)		Asosiy guruh (n=62)		Taqqoslov guruh (n=38)		Asosiy guruh (n=82)	
	Abc	%	abc	%	abc	%	abc	%
Ichak parezi	3	7,7	5	8,1	5	13,2	4	4,9

Operasion jarohatning yiringlashi	2	5,1	1	1,6	2	5,2	1	1,2
Vaqtinchalik vissero-abdominal disproporsiya	7	17,9	6	9,7	8	21,1	4	4,9
Pnevmoniya	6	15,4	3	4,8	4	10,5	3	3,7
Qon ivishining buzilish sindromi	1	2,6	2	3,2	3	7,9	2	2,4
Asoratlarning birga kelishi	12	30,8	6	9,7	7	18,4	5	6,1
Jami	31	79,5	23	37,1	29	76,3	19	23,2

Ilova: Styudent kriteriysi qiymati $t = 78,62$; $P < 0,05$ ekanligi aniqlandi.

Jadvaldan ko‘rinib turibdiki, operatsiyadan keyingi ichak parezi, operasion jarrohatni yiringlashi va pnevmoniya alomatlari har ikki guruhda deyarli bir xilda kuzatildi. Ammo, asoratlarning birga kelish alomatlari taqqoslov guruhidagi bemorlarda deyarli ikki barobar (29,3%) ko‘p holatda kuzatildi. Jami taqqoslov guruhidagi 77,9% va asosiy guruhdagi 29,2% bemorlarda operatsiyadan keyingi ertarasorotlar kuzatildi.

§ 5.2. Davolash natijalarining uzoq tahlili.

Qorin old devori tug‘ma nuqsoni bilan davolangan bemorlardagi davolashning uzoq natijalari 143 nafar kasalxonadan chiqarilgan bemordan 124 (86,7%) tasida 6 oydan 3 yilgacha bo‘lgan muddatda o‘rganildi. Shundan 24 nafari taqqoslov guruhida, 100 nafari asosiy guruh bemorlaridir. Davolashning uzoq natijalarini baholashda bemorning tana vazni, yuqori nafas yo‘llari yallig‘lanishi, oshqozon ichak tizimi a‘zolari disfunktsiyasi, ventral churra o‘lchamlari va holati, qorin bo‘shlig‘idagi chandiqli jarayon hisobiga bo‘ladigan og‘riqlar hisobga olindi. Qorin old devori tug‘ma nuqsoni bilan davolangan bemorlarda davolashning uzoq natijalari Pepunskiy V.P. (2008 y.) tavsiya qilgan usul bilan yaxshi, qoniqarli va qoniqarsiz holatda baholadik.

Quyidagi jadvalda qorin old devori tug‘ma nuqsoni bilan tug‘ilgan taqqoslov va asosiy guruhdagi chaqaloqlarning davolash natijalari keltirilgan (5.2 - jadvalga qarang).

5.2 - jadval

Qorin old devori tug‘ma nuqsoni bilan tug‘ilgan chaqaloqlarda davolashning
uzoq natijalari (n=124)

Davolash natijalari	Gastroshizis (n=110)				Omfalotsele (n=133)				Jami	
	Taqqoslov guruh (n=41)		Asosiy guruh (n=69)		Taqqoslov guruh (n=48)		Asosiy guruh (n=85)			
	abc	%	abc	%	abc	%	abc	%	abc	%
Yaxshi	1	14,3	14	37,8	3	17,6	33	52,4	51	41,1
Qoniqarli	2	28,6	17	46	6	35,3	24	38,1	49	39,5
Qoniqarsiz	4	57,1	6	16,2	8	47,1	6	9,5	24	19,4
Jami	7	100	37	100	17	100	63	100	124	100

Ilova: Styudent kriteriysi qiymati $t = 12,050$; $P < 0,01$ ekanligi statistik aniqlandi.

Jadvaldan ko‘rinib turibdiki asosiy guruhda gastroshizisning operatsiyadan keyingi davolashning uzoq davridagi yaxshi natijada 14 (37,8%) nafar bemorlarning hammasida gomeostazning klinik-laborator ko‘rsatkichlari me‘yorlashdi; tana vazni yoshiga mos ravishda bo‘ldi. Operatsiyadan keyingi kuzatilishi mumkin bo‘lgan asoratlari, ya‘ni oshqozon ichak disfunktsiyasi: qusish, ich qotishi yoki ich ketishi; qorin bo‘shlig‘ida bitishmali kasallik alomatlari: qorinda vaqti – vaqti bilan og‘riq, qusish, ich qotishi kuzatilmadi. Ushbu 14 nafar bemordan 11 (78,6%) tasida ventral churra yo‘q, 3 (21,4%) nafarida esa ventral churra bo‘lib, keyingi bosqich operatsiya muddatini kutishmoqda.

Operatsiyadan keyingi davolashning uzoq davridagi qoniqarli natija 17 (46%) nafar bemorlarda kuzatildi. Bunda gomeostazning klinik-laborator ko‘rsatkichlarida qisman o‘zgarishlar kuzatildi: engil darajali kamqonlik; I darajali gipotrafiya; yil davomida 3-4 marta qaytalanuvchi oshqozon ichak disfunktsiyasi; yil davomida 2-3 marta qaytalanuvchi qorin bo‘shlig‘ida bitishmali kasallik alomatlari: qorinda vaqti

– vaqti bilan og‘riq, qusish, ich qotishi kuzatildi.

Operatsiyadan keyingi davolashning uzoq davridagi qoniqapsiz natija 6 (16,2%) nafar bemorlarda kuzatildi. Bunda gomeostazning klinik-laborator ko‘rsatkichlarida yaqqol o‘zgarishlar kuzatildi: o‘rta og‘ir va og‘ir darajali kamqonlik; II-III darajali gipotrofiya; yil davomida 6-7 marta qaytalanuvchi oshqozon ichak disfunktsiyasi; yil davomida 4-5 marta qaytalanuvchi qorin bo‘shlig‘ida bitishmali kasallik alomatlari: qorinda vaqti – vaqti bilan og‘riq, qusish, ich qotishi kuzatildi. 6 nafar qoniqarsiz natijali bemordan 2 (33,3%) nafariga kechki bitishmali ichak tutilishi bilan jarrohlik muolajasi o‘tkazildi.

5.2 - jadvaldan ko‘rinib turibdiki, asosiy guruhda omfalotselening operatsiyadan keyingi davolashning uzoq davridagi yaxshi natijada 33 (52,4%) nafar bemorlarning hammasida gomeostazning klinik-laborator ko‘rsatkichlari me‘yorlashdi; tana vazni yoshiga mos ravishda bo‘ldi. Operatsiyadan keyingi kuzatilishi mumkin bo‘lgan asoratlar, ya‘ni oshqozon ichak disfunktsiyasi: qusish, ich qotishi yoki ich ketishi; qorin bo‘shlig‘ida bitishmali kasallik alomatlari: qorinda vaqti – vaqti bilan og‘riq, qusish, ich qotishi kuzatilmadi. Ushbu 33 nafar bemordan 22 (70%) tasida ventral churra yo‘q, 11 (30%) nafarida esa ventral churra bo‘lib, keyingi bosqich operatsiya muddatini kutishmoqda.

Quyidagi 5.2 - rasmda aponevroz hisobiga ventral churra hosil qilingan va keyingi bosqich operatsiyasiga tayyorlanayotgan (bandaj taqib) bemorning umumiy ko‘rinishi keltirilgan (5.3 - rasmga qarang).



5.2 - rasm. Ventral churra hosil qilingan. Bemor Y.P. K/T. № 550.

5.3 - rasm. Keyingi bosqich operatsiyasiga tayyorlanayotgan (bandaj taqib) bemorning umumiy ko'rinishi. Bemor Y.P. K/T. № 550.

Operatsiyadan keyingi davolashning uzoq davridagi qoniqarli natija 24 (38,1%) nafar bemorlarda kuzatildi. Bunda gomeostazning klinik-laborator ko'rsatkichlarida qisman o'zgarishlar kuzatildi: yengil darajali kamqonlik; I darajali gipotrofiya; yil davomida 3-4 marta qaytalanuvchi oshqozon ichak disfunktsiyasi; yil davomida 2-3 marta qaytalanuvchi qorin bo'shlig'ida bitishmali kasallik alomatlari: qorinda vaqti – vaqti bilan og'riq, qusish, ich qotishi kuzatildi.

Operatsiyadan keyingi davolashning uzoq davridagi qoniqarsiz natija 6 (9,5%) nafar bemorlarda kuzatildi. Bunda gomeostazning klinik-laborator ko'rsatkichlarida yaqqol o'zgarishlar kuzatildi: o'rta og'ir va og'ir darajali kamqonlik; II-III darajali gipotrofiya; yil davomida 6-7 marta qaytalanuvchi oshqozon ichak disfunktsiyasi; yil davomida 4-5 marta qaytalanuvchi qorin bo'shlig'ida bitishmali kasallik alomatlari: qorinda vaqti–vaqti bilan og'riq, qusish, ich qotishi kuzatildi. 6 nafar qoniqarsiz natijali bemordan 1 (16,7%) nafariga kechki bitishmali ichak tutilishi bilan jarrohlik muolajasi o'tkazildi.

Quyida omfalotsele bilan operatsiya bo'lgan bemorning uzoq davrda asorat bilan qayta operatsiya bo'lganiga klinik misol keltirilgan.

Chaqaloq A.X. (K/T. №39 14.01.2014 y.) birinchi homiladorlikdan, birinchi fapzand 39-haftalikda muddatiga etib tug'ilgan. Onasi 23 yoshda. Qorin old devori rivojlanish nuqsoni – omfalotsele antenatal davrida homiladorlikning 32 haftasida aniqlangan. Bemor o'g'il bola fiziologik yo'li bilan tug'ildi. Tug'ilgandan yig'ladi, og'irligi – 4300 g, bo'yi - 54 sm, Apgar shkalasi bo'yicha baho - 8/8 ball, churra qobiqlari shikastlanmagan edi. Tug'ruqxonada embrional churra ustidan steril rezina qo'lqop kiydirilib ustidan iliq furasilinli eritma bilan namlangan steril salfetka bilan yopib qo'yildi. Oshqozonga nazogastral zond qo'yildi. Bo'limga, kuvezda, PPMning reanimasion tibbiyot jamoasi tomonidan bir soat ichida olib kelindi. Bo'limga kelganida ahvoli og'ir barqaror. Qorin old devorini ko'zdan

kechirganda rivojlanish nuqsoni aniqlandi – o'rta o'lchamdagi omfalotsele yarimsharsimon shaklda eventeratsiyalangan ichak qovuzloklari bilan. Nuqson o'lchami 4,0x4,0 sm. Operatsiya oldi tayyorgarlikning davomiyligi 9 soatni tashkil etdi, uning tarkibi ga: Antibakterial terapiya 20 mg/kg – 4 marta kuniga, infuzion terapiya 50 ml/kg kuniga (10% glyukoza), gemostatik terapiya (disinon, vikasol, plazma – 15 ml/kg), gaz chiqaruvchi naycha orqali sifonli huqnalar, oshqozonni doimiy nazogastral zond orqali yuvishlar tashkil qildi. Og'riqni qoldirish parasetamol shamcha orqali amalga oshirildi.

Bosh miya NCGning natijalariga ko'ra – miya gipoksiyasi belgilari, pepiventrikulyap qon quyilishi 1 bosqich, ichki a'zolar UTTda – jigarning kattalashishi (+3,0 sm qovurg'a yoyi tagidan), ExoKG – patologiyasiz, rentgenografiya – patologiyasiz.

Jarrohliq muolajasida o'zgargan teri chegarasidan aponevrozgacha chizmasimon kesim qilindi, bunda qorin pardani shikastlamasdan embrional qobiq elementlaridan qorin pardagacha olib tashlandi.

Kindik tizimchasi elementlari tozalandi. Teri fassial qiyqimlarini periferiyadan eniga 1,5 smgacha teriga erkin tikish maqsadida mobilizasiya qilindi.

Aponevrozning qirralarini biriktirishga harakat qilganda gemodinamika (AB, puls, saturasiya) va ventilyasiya parametrlari buzilishi kuzatilmadi. Qorin old devori aponevrozi defektini qavatma-qavat so'rilmaydigan atravmatik polippolen №4 iplarda tugunli chok bilan tikdik. Choklarni teriga torttirmasdan, aseptik bog'lam bilan qo'ydik. Operatsiyadan keyingi davr silliq o'tdi. Chaqaloq Antibakterial (amikasin), infuzion, terapiyalarni oldi. Antibakterial terapiya tugagach bifidumbakterin bilan kurs belgiladik - 5 doz. – 1 marta kuniga. Sun'iy o'pka nafasni 3 kun ishlatdik, 4 chi kuni chaqaloq ekstubasiya qilindi. Ichak pepistaltikasi ikkinchi kunida eshitildi. Entepal oziqlantirishni 3 kunda sutli qorishma bilan 5 ml dan – 8 marta kuniga, keyinchalik asta-sekinlik bilan hajmi oshirib bopildi. Choklar 11 kunda olindi, yara birlamchi tortilish bilan bitib ketdi va uyiga ketishga ruhsat berildi.

Bemor A.X. (K/T. №39 14.01.2014 y.) 12.09.2014 yil kuni, 9 oylik vaqtida qorinda kuchli og‘riq va qayt qilishini shikoyat qilib Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy amaliy tibbiyot markazining bolalar xirurgiya Samapkand filialiga boradi (K/T. №6493/3017). Instrumental va laborator tekshiruvlardan so‘ng bitishmali ichak tutilishi tashxisi qo‘yiladi va operativ jarrohlik muolajasi o‘tkaziladi. Choklar 13 kunda olinadi, yara birlamchi tortilish bilan bitib ketadi va uyiga 15 kunda qoniqarli ahvolda ruhsat berilgan. Hozirgi kundagi bemorning ahvoli (5.4 - rasmga qarang) qoniqarli.



5.4 - rasm. Bitishmali ichak tutilishi bilan jarrohlik muolajasi o‘tkazilgandan keyingi holat 4 yoshda. Bemor A.X. K/T. №6493/3017.

Operatsiyadan keyingi davolashning uzoq davridagi natijalarni o‘rganish mobaynida churra o‘lchami va yo‘ldosh nuqsonlar orasida bog‘liqlik aniqlandi. Qorin bo‘shlig‘idan chiqqan ichki a‘zolarining tarkibi va churra hajmi qanchalik katta bo‘lsa, chaqaloq muddtiga yetmay tug‘ilgan bo‘lsa uzoq davrdagi natija shuncha qoniqarsiz bo‘ldi.

Tahlillarimizdan ko‘rinib turibdiki, qorin old devori nuqsoni bilan tug‘ilgan asosiy guruh bemorlarida yaxshi va qoniqarli natija taqqoslov guruhiga nisbatan 38% ga yaxshilandi, qoniqarsiz natija 2,3 barobarga, ya’ni 15,2% ga kamaydi.

V bobga xotima

Ushbu bobga xotima qiladigan bo‘lsak, qorin old devori tug‘ma nuqsoni bilan davolangan bemorlarning erta va uzoq natijalari bemorlarni operatsiyadan oldingi umumiy holatiga, yurak-qon tomir, nafas sistemasi a‘zolari faoliyatiga, churra

hajmiga, vissero-abdominal disproporsiya bosqichiga, ¹⁰bolaning somatik foniga, nuqson turi va og'irlik darajasiga, tug'ilish muddatiga, bemorlarni transportirovka qilish usullariga, yo'ldosh nuqsonlar ¹⁰xilma-xilligiga, tanlangan davo taktikasi va o'tkazilgan operatsiya usullariga bog'liq bo'ldi.

Gastroshizisning subtotal va lokal turida bir bosqichli radikal operatsiya, total turida bosqichli operatsiya o'tkazish maqsadga muvofiqdir. Omfalotselening kichik va o'rtacha hajmdagi turlarida qorin old devorining radikal plastikasi, katta o'lchamli turida esa bosqichli operatsiya o'tkazish tavsiya qilinadi. Konservativ davolash usulidan foydalanish faqat operativ muolajaga jiddiy qarshi ko'rsatmalar bo'lganidagina maqsadga muvofiq bo'ladi.

Qorin old devori tug'ma nuqsoni bilan tug'ilgan 243 chaqaloqdan 221 nafari operatsiya bo'lgan, 22 tasi konservativ davolangan va o'lim holati kuzatilgan. Operatsiya bo'lgan 221 nafar chaqaloqda 102 (46,2%) nafarida asorat kuzatildi. Operatsiyadan keyingi erta davrda ichak parezi, operasion jarrohatni yiringlashi, pnevmoniya va qon reologiyasini buzilishi alomatlari kuzatildi. Asoratlarning birga kelish alomatlari taqqoslov guruhidagi bemorlarda deyarli ikki barobar(29,3%) ko'p holatda kuzatildi. Jami taqqoslov guruhidagi 77,9% va asosiy guruhdagi 29,2% bemorlarda operatsiyadan keyingi erta asoratlar kuzatildi.

Qorin old devori tug'ma nuqsoni bilan davolangan bemorlardagi davolashning uzoq natijalari 143 nafar kasalxonadan chiqarilgan bemordan 124 (86,7%) tasida 6 oydan 3 yilgacha bo'lgan muddatda o'rganildi. Natijalarni Perunskiy V.P. (2008 y.) tavsiya qilgan usul bilan yaxshi, qoniqarli va qoniqarsiz holatda baholadik. Bunda yaxshi natija 41,1% holatda, qoniqarli natija 39,5% holatda va qoniqarsiz natija esa 19,4% holatda kuzatildi.

Tahlillarimizga ko'ra, qorin old devori nuqsoni bilan tug'ilgan asosiy guruh bemorlarida yaxshi va qoniqarli natija taqqoslov guruhiga nisbatan 38% ga yaxshilandi, qoniqarsiz natija 2,3 barobarga, ya'ni 15,2% ga kamaydi.

XOTIMA

Gastroshizis va omfalotsele ko'rsatilgan og'ir nuqsonlardan biri hisoblanib, boshqa barcha tug'ma anomaliyalar orasida 1,6-3,2% hollarda uchraydi. O'z vaqtida davolanmasa, o'lim ko'rsatkichi 100% gacha etishi mumkin. O'tkazilgan Adabiyotlar tahlili shuni ko'rsatadiki, gastroshizis va omfalotseleda davolash-tashxislash taktikasi Hozirgi davrda zamonaviy neonatal xirurgiyaning dolzarb va oxirigacha hal qilinmagan muammolaridan biri bo'lib hisoblanadi. Qoniqarsiz natijalarning sezilarli ulushi, churraning o'lchamlari va kasallikning klinik kechishini hisobga olgan holda davolashning optimal usuli, birinchi yordam turini tanlash mavjud emasligi ushbu yo'nalishda tadqiqotlarni davom etish dolzarbligini ko'rsatadi.

Qorin old devorining turli ko'rinishdagi nuqsonlari bilan 243 nafar chaqaloq tekshiruvdan o'tgan va davolangan. Ulardan o'g'il bolalar soni - 140 (57,6%) nafar, qiz bolalar soni - 103 (42,4%) nafar. Chaqaloqlar yoshi 0 - 4 kunlikgacha. Chaqaloqlarda qorin old devorining tug'ma nuqsonlari omfalotsele – 133 (53,9%) va gastroshizis – 110 (44,5%) ko'rinishida bo'ldi.

Gastroshizis va omfalotsele bilan Nazoratimizdagi 243 chaqaloqlardan 196 (80,7%) nafari Respublika perinatal markazida, 47 (19,3%) nafar chaqaloq esa joylardagi Tug'ruqxonalarda tug'ilgan va davolash muolajalarini davom ettirish uchun Respublika neonatal xirurgiya o'quv-davolash-metodik markaziga o'tkazilgan. Shulardan omfalotsele bilan gospitalizatsiya bo'lgan vaqti: 0 – 24 soatgacha 102 (76,7%); 24 – 48 soatgacha 18 (13,5%); 48 – 72 soatgacha 6 (4,5%); 72 soatdan keyin 7 (5,3%). Gastroshizis bilan gospitalizatsiya qilingan vaqti: 0 – 24 soatgacha 94 (85,5%); 24 – 48 soatgacha 13 (11,8%); 48 – 72 soatgacha 1 (0,9%); 72 soatdan keyin 2 (1,8%)

Qorin oldingi devori tug'ma nuqsoni bilan tug'ilgan chaqaloqlarning tug'ilish muddatlari ham davolash natijalariga ta'sir ko'rsatdi. 243 nafar chaqaloqlardan 165 (67,9%) tasi vaqtida tug'ilgan, 78 (32,1%) tasi esa muddatiga etmay tug'ilgan.

Tug'ruq paytida churra qorini yopilishi asorati jami 10 (7,5%) ta bemorda

kuzatilgan. Shulardan 6 ta bemor tabiiy yo'l bilan tug'ilgan va tug'ruq paytida churra qopi yopilgan, 4 ta bemorda esa kesarcha kesish amaliyoti vaqtida churra qopining yorilishi kuzatilgan. Bunga sabab periferiyada tug'ilgan 41 (30,8%) nafar chaqaloqlarga antenatal tashhis qo'yilmagan va bemorlarda Tug'ruq tabiiy yo'l bilan boshlangan. 6 tasi o'rta va katta hajmli churra bo'lgani sababli tabiiy Tug'ruq payti Kesarcha kesishga ulgurilmagan va churra qopi yopilgan, 4 ta bemor esa Kesarcha kesish o'tkazilganiga qaramasdan katta hajmli bo'lgani sababli baribir churra qopi yopilgan. Bizning xulosamizga ko'ra, yuqoridagi bemorlarga antenatal tashhis qo'yilganda Tug'ruq jarayoni to'g'ridan-to'g'ri Kesarcha kesish bilan boshlab, churra qorini yorilishini oldi olinishi mumkin bo'lar edi.

Nazoratimizdagi 243 nafar bemorlarning 141 nafarini onalariga homiladorlikning turli haftalarida UTT Tug'ruq komplekslarida va skrining markazlarda tekshiruvlar o'tkazilib, ulardan 61 tasida gastroshizis, 80 nafarida omfalotsele aniqlangan. Shulardan 102 (72,3%) tasida tashxis PPM sharoitida aniqlanib, ular Nazoratga olinib, homiladorlik kechishi ginekolog va neonatal jarroh kuzatuvda bo'ldi. 39 (27,7%) ta holatda Homiladorlarda gastroshizis va omfalotsele antenatal davrda yashash joyida tashxislangan va Tug'ruqni amalga oshirish uchun PPMga yuborilgan. Homilada gastroshizis va omfalotsele antenatal davrda 13 haftadan boshlab 32 haftagacha UTT yordamida aniqlanib, ularning o'rtacha muddati 27-28 haftani tashkil qildi. Antenatal aniqlangan 61 nafar ayollarda homila gastroshizisi homiladorlikning birinchi uch oyligida – 4 (6,6%) ta, ikkinchi uch oyligida – 26 (42,6%) ta va uchinchi uch oyligida 31 (50,8%) ta holatda aniqlangan. Ikkinchi uch oyligidan boshlab UTT yordamida homilada nafaqat gastroshizisni aniqlash, balki unda qorin bo'shlig'idan tashqariga chiqqan ichki a'zolarining hajmlarini ham ko'rish imkoni mavjud bo'ldi. Shuningdek homila omfalotselesi homiladorlikning birinchi uch oyligida – 7 (8,8%) ta, ikkinchi uch oyligida – 28 (35%) ta va uchinchi uch oyligida 45 (56,2%) ta holatda aniqlangan. Ikkinchi uch oyligidan boshlab UTT yordamida homilada nafaqat omfalotseleni aniqlash, balki churra elementlarini ham ko'rish imkoni mavjud bo'ldi.

Gastroshizisda UTTda homilada yumaloq yupqa devorli bir nechta anexogen

naysimon shaklli hosilalar aniqlanib, ularda ustki parda bo'lmaydi va hosila qorin bo'shlig'idan tashqarida aniqlanadi. Taxminan 60-70% homilador ayollarda bachadonda kam yoki ko'p suyuklik bo'lishi, shuningdek homilaning ona qornida o'sishdan orqada qolishi aniqlanadi.

Kuzatuvimizdagi 243 ta bemorlarning 56 (23%) tasida qo'shimcha nuqsonlar birga kelgan. Shulardan gastroshizis bilan kasallangan 110 ta bemordan qo'shimcha nuqson 11 (10%) holatda, omfalotsele bilan kasallangan 133 ta bemordan esa 45 (33,8%) holatda uchragan. Gastroshizisni o'zi alohida 99 (90%), omfalotsele esa 88 (66,2%) nafar bemorda alohida kelgan.

Nazoratimiz ostidagi qorin old devori tug'ma nuqsoni bilan tug'ilgan 243 ta chaqaloqlardan 13 (5,3%) nafarida ko'plab yo'ldosh nuqsonlar birgalikda qo'shilib kelgan. Ulardan 110 nafar gastroshizis bilan kasallangan chaqaloqlarning 2 (1,8%) nafarida ko'plab yo'ldosh nuqson uchragan. Bularga qovuq ekstrofiyasi + Anus atreziyasi (1) va Anus atreziyasi + ichak malrotatsiyasi (1) kirdi. 133 nafar omfalotsele bilan kasallangan chaqaloqlarning 11 (8,3%) tasida esa ko'plab qo'shimcha nuqson aniqlangan. Ulardan qovuq ekstrofiyasi + Anus atreziyasi (1), Anus atreziyasi + ichak malrotatsiyasi (2), tug'ma yurak nuqsoni + o'ng buyrak agnezisi + tug'ma o'ng qo'l aplaziyasi (1), tug'ma yurak nuqsoni + skelet defomatsiyasi (1), ichak tutilishi + Anus atreziyasi (1), polidaktiliya+ ikki tomonlama kriptorxizm (1), Kontrella sindromi + tug'ma yurak nuqsoni+Mekkel divertikuli + ikki tomonlama kriptorxizm (1), mikrosefaliya va o'pka atelektazi (1), Bekvitt - Videmann sindromi + tug'ma yurak nuqsoni+yonbosh ichak atreziyasi (1) va 12 barmoqli ichak atreziyasi + ikki tomonlama kriptorxizm (1) kuzatildi.

Yuqoridagilardan kelib chiqishicha, bu holatda ham ko'plab tug'ma nuqsonlar birga kelishi gastroshizisga nisbatan omfalotseleda ko'proq uchragan.

Antenatal tashxislashning asosiy maqsadi – ixtisoslashgan markazlar va neonatal xirurgiyasi bo'limi bo'lgan perinatal markazlarda homiladorlikni olib bopish usulini va Tug'ruq dasturini rejalashtirishni hal qilishdir. Akusherlik amaliyotida homilador ayollarda ultratovush tekshiruvlarining keng tarqalishi sababli omfalotsele va gastroshizis ko'p hollarda bola tug'ilganidan so'ng ko'ruv

paytida emas, homiladorlik davrida aniqlanmoqda. Ushbu patologiya antenatal davrda aniqlansa va churra o'lchamlari katta, qo'shimcha rivojlanish nuqsonlari bilan kelgan bo'lsa homilani sun'iy Tug'ruq qildirib olib tashlash tavsiyasi beriladi. Bu esa o'z navbatida operatsiya qilish mumkin bo'lmagan chaqaloqlarni samarasiz kasalxonada davolanishini oldini oladi va iqtisodiy jihatdan davolash uchun sarflanadigan harajatlarni kamaytiradi. Gestasiyaning 10-haftalarida ultrasonografiya qorin bo'shligida homilada fiziologik embrional churra ko'rinad va bu churra homiladorlikning 13-haftasiga borib qorin bo'shlig'iga to'g'rilanib ketishi kerak. Homiladorlikning 13-haftalarida ichak qovuzloqlari qorin ichiga qaytmasdan ko'rinishi omfalotsele va gastroshizisni rivojlanayotganini bildiradi. Shu sababli ham gastroshizis va omfaloselini antenatal diagnostikasi 13-haftadan keyin amalga oshiriladi va UTT va dopplerografiya aniqlanadi.

Nazoratimizda bo'lgan 243 bemordan 47 (19,3%) nafari periferiyada tug'ilgan bo'lib, ularni markazimizga transportirovka vaqtidagi kamchiliklarga yo'l qo'yilgan va yo'lda sovuq qotish, og'riq shoki, oshqozonda zond bo'lmaganligi sababli oshqozon suyuqligining nafas yo'llariga aspirasiya bo'lishi, churra qopi, ya'ni amnion pardani sovuq suvda namlangan dokali qoplama bilan yopilishi kuzatilib, shifoxonaga og'ir ahvolda olib kelingan. Bu esa o'z navbatida uzoq muddatli operatsiya oldi tayyorgarligini talab qilib, operatsiyadan keyingi davr og'ir kechishiga sabab bo'lgan.

Qorin old devorining tug'ma nuqsonlari boshqa og'ir nuqsonlar bilan birgalikda kelgan holatlarda va bu antenatal davrda 25 haftagacha aniqlanganda, homiladorlikni davom ettirish yoki uni to'xtatish masalasini biz kollegial – bolalar jarrohi, akusher-ginekolog, neonatolog, ba'zi bir holatlarda esa kardiolog, genetik va neyroxirurg mutaxassislari ishtirokida bamaslahat olib bordik. 93 nafar 25 haftalikgacha homilasi bo'lgan ayoldan 29 (31,2%) tasida antenatal UTTda katta va o'rta o'lchamli omfalotsele, total va subtotal gastroshizisda birgalikda kelgan murakkab, og'ir qo'shimcha nuqsonlar aniqlandi. Bu murakkab, og'ir qo'shimcha nuqsonlarga 13, 18, 21 juft xromosomalar trisomiyasi, tug'ma yurak nuqsonining og'ir shakllari, tug'ma diafragma churrallari, bosh miya nuqsoni, kloaka ekstrofiyasi

kirdi va ushbu holatda kasallik prognozi salbiy bo'lib, ota - onaga homiladorlikni tibbiy ko'rsatmalar asosida to'xtatish tavsiya etildi. Afsuski, faqatgina ulardan 4 (13,8%) nafarigina bunga rozi bo'lishdi.

Tekshiruvlarimiz natijalarini tahlil qilib biz shunday xulosaga keldikki, transportirovka bosqichida yo'l qo'yiladigan xatolar bemor ahvolini og'irlashishiga, o'tkaziladigan operatsiya oldi davrini uzoqlashishiga, operatsiyadan keyingi davrni silliq kechmasliliga olib keldi. Shularga asosan biz transportirovka qilish algoritmini tavsiya qildik. Ushbu algoritmdan to'g'ri foydalanish bemorlar ahvoli yaxshilanishi va davolash natijalarini ijobiy tomonga o'zgarishiga olib keldi.

Shunday qilib, antenatal davrda homilada qorin old devori tug'ma nuqsonlari aniqlansa, bunday homilada rivojlanish nuqsonlar va boshqa anomaliyalarni faol qidirilishi zarur. Chaqaloqlarda gastroshizisga (15 – 5,3%) nisbatan omfalotsele boshqa yo'ldosh nuqsonlar bilan ko'proq uchradi (56-23%). Bunda omfalotselening o'lchamlari qancha katta bo'lsa qo'shimcha nuqsonlar soni shunchalik ortib bordi. Qorin old devori tug'ma nuqsonlarida ko'plab og'ir anomaliyalar bilan birga kelganligi aniqlansa va har bir nuqson chaqaloqlik davrida operativ muolajani talab qilsa, bu holat homilani to'xtatishga ko'rsatma hisoblandi. Homilani to'xtatish neonatal jarroh, akusher-ginekolog va neonatolog bilan birgalikda hal qilindi. Lekin oxirgi xulosa neonatal jarrohlardan tomonidan qabul qilinishi zarur. Qorin old devori tug'ma nuqsonlari bilan tug'ilgan chaqaloqlarni biz taklif qilgan transportirovka qilish algoritmi asosida olib borish keyingi bosqichlardagi davo natijalarini yaxshilanishiga, asoratlarni oldini olishga va o'lim holatlarini kamayishiga olib keldi.

Qorin old devori tug'ma nuqsonlari bilan davolangan 243 chaqaloqdan 221 (90,9%) nafarida operativ davo, 22 (9,1%) nafar bemorga konservativ davolash o'tkazildi. Konservativ davo o'tkazilgan 22 bemordan 13 (59,1%) nafarida omfalotsele, 9 (40,9%) nafari gastroshizis.

Konservativ davo quyidagicha amalga oshirildi: churra haltasiga betadin eritmasi bilan kuniga 5 martagacha ishlov berildi va keyinchalik u kuniga 1-2 martagacha kamaytirildi. Keyin katta bo'lmagan bosim bilan churra tarkibi ni qorin

bo'shlig'iga asta-sekin tushirish uchun steril bog'lam qo'yildi.

Qorin old devori tug'ma nuqsonlari bilan jarrohlik amaliyoti o'tkazilgan 221 nafar bemordan gastroshizis – 101 (45,7%), omfalotsele – 120 (54,3%) bo'ldi.

101 nafar gastroshizis bilan operatsiya bo'lgan bemordan 80 (79,2%) tasida bir bosqichli, 21 (20,8%) nafarida ko'p bosqichli jarrohlik amaliyoti o'tkazildi. Bir bosqichli operatsiyada qorin old devori plastikasi o'tkazildi. Bu operatsiya 2 ta bemorda defektni bir bosqichda plastika qilish va Mekkel divertikulini olib ileostoma qo'yish amaliyoti bilan birga bajarildi. Ko'p bosqichli operatsiyada oldin ventral churra hosil qilindi, keyingi bosqichda ventral churrani bartaraf etib, qorin old devori plastikasi bajarildi. Palliativ yoki bosqichli operatsiya Shuster qopchasi qo'llash (3) va Ventral churrani hosil qilish (Gross usuli) (18) usulida o'tkazildi. Ikkinchi bosqich operatsiyasi 3-5 yildan keyin boshqa kasalxonada o'tkazildi. 120 nafar omfalotsele bilan operatsiya bo'lgan bemordan 100 (79,2%) tasida bir bosqichli, 20 (20,8%) nafarida ko'p bosqichli jarrohlik amaliyoti o'tkazildi. Bir bosqichli operatsiyada qorin old devori plastikasi o'tkazildi, ko'p bosqichli operatsiyada oldin ventral churra hosil qilindi. Ko'p bosqichli operatsiyada keyingi bosqichda ventral churrani bartaraf etib, qorin old devori plastikasi bajarildi. Ikkinchi bosqich operatsiyasi 3-5 yildan keyin o'tkazildi.

Qorin old devori tug'ma nuqsonlari bilan davolangan 243 chaqaloqdan 221 (90,9%) nafarida operativ davo, 22 (9,1%) nafar bemorga konservativ davolash o'tkazildi. Ulardan 179 (81%) nafari bir bosqichli radikal operatsiya, 42 (19%) nafar bolada ko'p bosqichli operatsiya palliativ operatsiya o'tkazildi.

Gastroshizisda bir bosqichli operatsiyada qorin old devori plastikasi qilingandan keyingi davrda asoratlari esa 56 (70%) ta bemorda kuzatildi. Asoratlardan nafas yetishmovchiligi (13), ichaklar parezi (8), DVC (2) sepsis (3), peritonit (1), o'pka shishi (2) va ularning qo'shilib kelishi (27) kuzatildi. Ushbu asoratlari uchragan 56 nafar bemordan 49 (87,5%) tasida o'lim holati kuzatildi, 7 ta bemor tuzalib ketdi. Ko'p bosqichli operatsiyada birinchi bosqich operatsiyasidan keyingi davrda asoratlari esa 16 (76,2%) bemorda kuzatildi. Asoratlardan nafas yetishmovchiligi (3), ichaklar parezi (2), DVC (1) sepsis (1), peritonit (1), o'pka

shishi (1) va ularning qo'shib kelishi (7) kuzatildi. Ushbu asoratlar 14 nafar bemorda o'lim holatiga olib keldi, 2 ta bemor tuzalib ketdi.

Biz tavsiya etgan kompleks davolash usulini qo'llash gastroshizisda chaqaloqlarning nobud bo'lishini 80,5% dan 45% gacha, asoratlarning kelib chiqishini esa 79,5% dan 37,1% gacha kamayishiga olib keldi.

Omfalotsaleda bir bosqichli operatsiyadan keyingi davrda asoratlar esa 42 (42%) ta bemorda kuzatildi. Asoratlardan nafas yetishmovchiligi (8), ichaklar parezi (6), DVC (2) sepsis (3), o'pka shishi (2) va ularning qo'shib kelishi (21) kuzatildi. Ushbu asoratlar uchragan 42 nafar bemordan 17 (40,5%) tasida o'lim holati kuzatildi, 25 ta bemor tuzalib ketdi. Qo'p bosqichli operatsiyada ventral churra hosil qilingandan keyingi davrda asoratlar esa 13 (65%) ta bemorda kuzatildi. Asoratlardan nafas yetishmovchiligi (2), ichaklar parezi (2), DVC (1), o'pka shishi (1) va ularning qo'shib kelishi 7 bemorda kuzatildi. Ushbu asoratlar uchragan 13 nafar bemordan 4 (30,8%) tasida o'lim holati kuzatildi, 9 ta bemor tuzalib ketdi.

Asosiy guruhdagi 85 nafar bemorning 82 (96,5%) tasida jarrohlik muolajasi o'tkazildi. Ulardan 66 (80,5%) tasiga radikal va 16 (19,5%) tasiga aponevroz hisobiga ventral churra hosil qilish amaliyoti bajarildi. Qolgan 3 (3,5%) ta bemorda konservativ davo muolajalari o'tkazildi va bu uch bemorda davolash samarasiz bo'lib ularda o'lim holati kuzatildi. Bu guruhdagi jami 85 nafar chaqaloqlardan 15 (17,6%) tasi nobud bo'ldi va ularning barchasida 2 va undan ortiq tizim nuqsonlari mavjud edi. Omfalotsaleda churra hajmiga qarab ham davo usuli tanlandi.

Shuni ta'kidlash joizki, asosiy guruhdagi 3 nafar bemorga omfalotselening katta o'lchamli bo'lishiga qaramasdan radikal operatsiya o'tkazildi. Chunki bu chaqaloqlar vaqtida tug'ilgan, bo'y va tana vazni me'yoriy bo'lib, qorin bo'shlig'ida o'rtacha darajadagi vissero-abdominal disproporsiya aniqlandi. Bunday holatlarda radikal operatsiya bemor hayotiga xavf solmadi. Bunday vaziyatlarda bolani operatsiyadan keyingi davrda 4-5 kun mobaynida qorin old devori mushaklarini relaksasiyada ushlab turish qorin bo'shlig'ini tez muddatlarda o'sib yangi holatga moslashib olishiga imkon yaratdi.

Qorin old devori tug'ma nuqsoni bilan operatsiya bo'lgan 221 bemordan 100

(45,2%) nafarida o'lim holati kuzatilgan. Shulardan gastroshizisda asosiy guruhdagi 69 bemordan 31 (45%) nafarida, taqqoslov guruhidagi 41 bemordan esa 33 (80,5%) nafarida o'lim holati kuzatilgan. Omfalotseleda asosiy guruhdagi 85 bemordan 15 (19%) nafarida, taqqoslov guruhidagi 48 bemordan esa 21 (43,8%) nafarida o'lim holati kuzatilgan.

Asosiy guruhdagi jami 154 bemordan 46 (29,8%) nafarida o'lim holati kuzatilishiga bitta yoki ko'plab yo'ldosh nuqsonlarni (39) (OIT, yurak - qon tomir tizimi nuqsonlari, Bekvitt-Videmann sindromi) mavjudligi va transportirovka bosqichidagi yo'l qo'yilgan kamchiliklar (7) sabab bo'ldi. Taqqoslov guruhdagi jami 89 bemordan 54 (60,7%) nafarida o'lim holati kuzatilishiga bitta yoki ko'plab yo'ldosh nuqsonlarni (30) (OIT, yurak - qon tomir tizimi nuqsonlari, Bekvit-Videman sindromi) mavjudligi va transportirovka bosqichidagi yo'l qo'yilgan kamchiliklar (24) sabab bo'ldi.

Yuqoridagilardan xulosa qiladigan bo'lsak, qorin old devori nuqsonlari (gastroshizis va omfalotsele) bilan tug'ilgan chaqaloqlarni davolashda Tug'ruq muddati va usuli, qorin bo'shlig'idan tashqariga chiqqan a'zolar turi va hajmi, churra o'lchami va tarkibi, qo'shimcha nuqsonlar borligi, bemorni transportirovka qilish holati, churraning asoratlangan yoki asoratlanmagani asosiy ahamiyat kasb etdi. Churra qanchalik katta bo'lsa yo'ldosh nuqsonlar shuncha ko'p uchraydi, qorin bo'shlig'idan tashqariga chiqqan a'zolar qanchalik ko'p bo'lsa asoratlar uchrashi va o'lim holati shunchalik ko'p bo'ladi, shuningdek transportirovka vaqtida bemor sovuq qotsa va qorin bo'shlig'idan tashqariga chiqqan a'zolarga tegishli ishlov berilmasa bunda ham asoratlar uchrashi va o'lim holati shunchalik ko'p bo'ladi.

Operatsiyadan keyingi erta natijalar tahlili qorin old devori tug'ma nuqsoni bilan jarrohlik amaliyoti o'tkazilgan 221 nafar chaqaloqdan 140 (63,3%) tasida o'rganildi. Ulardan gastroshizis 43 (30,7%) nafarini, omfalotsele esa 97 (69,3%) nafarni tashkil qildi.

Gastroshizis bilan kasallangan 110 ta chaqaloqdan 101 (91,8%) nafariga operativ davo o'tkazildi: 80 (79,2%) tasiga radikal operatsiya, 21 (20,8%) tasiga esa bosqichli operatsiya. 9 (8,2%) bemorga konservativ davolash o'tkazildi. Muddatiga

yetmay tug'ilganlik, qo'shimcha ko'plab nuqsonlar bopligi konservativ davo o'tkazilishiga sabab bo'ldi.

Omfalotsele bilan kasallangan 133 nafar chaqaloqlardan 120 (90,2%) tasiga jarrohlik davo muolajasi o'tkazildi: 101 (84,2%) tasiga radikal operativ muolaja o'tkazildi, 19 (15,8%) nafariga esa bosqichli operativ davo usuli qo'llanildi. 13 (9,8%) ta chaqaloqqa konservativ davolash o'tkazildi. Konservativ davolash o'tkazilishiga sabab, 2 ular da operatsiyaga monelik qiluvchi qo'shimcha ko'plab nuqsonlar bor edi.

Qorin old devori tug'ma nuqsoni bilan tug'ilgan chaqaloqlarning asosiy guruhidagi 154 nafar bemorlardan 46 (29,8%) tasida, taqqoslov guruhidagi 89 nafar bemorning 54 (60,7%) tasida o'lim holati kuzatildi.

Operatsiya bo'lgan 221 nafar chaqaloqda 102 (46,2%) nafarida asorat kuzatildi. Asoratlari operatsiyadan keyingi ichak parezi, operatsion jarrohlatni yiringlashi, 5 pnevmoniya, qon ivishining buzilish sindromi shaklida alohida yoki birgalikda kuzatildi.

Qorin old devori tug'ma nuqsoni bilan davolangan bemorlardagi davolashning uzoq natijalari 143 nafar kasalxonadan chiqarilgan bemordan 124 (86,7%) tasida 6 oydan 3 yilgacha bo'lgan muddatda o'rganildi. Shundan 24 nafari taqqoslov guruxida, 100 nafari asosiy guruh bemorlaridir.

Tahlillarimizga ko'ra qorin old devori nuqsoni bilan tug'ilgan asosiy guruh bemorlarida yaxshi va qoniqarli natija taqqoslov guruhiga nisbatan 38% ga yaxshilandi, qoniqarsiz natija 2,3 barobarga, ya'ni 15,2% ga kamaydi.

Qorin old devori tug'ma nuqsoni bilan tug'ilgan chaqaloqlarni davolashda operativ korreksiya yo'lini tanlash vissero-abdominal disproporsiya bosqichiga, 4 bolaning somatik foniga, nuqson turi va og'irlik darajasiga, tug'ilish muddatiga bog'liq bo'ldi. Gastroshezisning subtotal va lokal turida bir bosqichli radikal operatsiya, total turida bosqichli operatsiya o'tkazish maqsadga muvofiqligi ta'kidlandi. Omfalotselening kichik va o'rtacha hajmdagi turlarida qorin old devorining radikal plastikasi, katta o'lchamli turida esa bosqichli operatsiya

o'tkazish tavsiya qilindi. Konservativ davolash usulidan foydalanish faqat operativ muolajaga jiddiy qarshi ko'rsatmalar bo'lganidagina maqsadga muvofiq bo'ldi.

XULOSALAR

1. Homilada qorin old devori anomaliyalari rivojlanishi ko‘rincha homilador ayol organizimiga va homilaga TORCH infeksiyasi (48,1%), o‘tkir respirator virusli infeksiyalar (36,6%) va ekologiyaning noqulay tasirlari (35,8%) bilan bog‘liq bo‘ladi. Antenatal UTT vaqtida xavf faqtorlarini hisobga olish ushbu anomaliyalarni erta aniqlash imkoniyatini oshiradi. Bunda UTT gastroshezisda 55,4%, omfalotseleda esa 60,2% sezgirlikka ega bo‘ladi. Homiladagi qorin old devori tug‘ma nuqsoni 54% holatda homiladorlikning uchinchi uch oyligida UTT yordamida aniqlaniladi.

2. Homiladorlikni saqlab qolish yoki to‘xtatishga ko‘rsatmani belgilash, shuningdek tug‘ruq jarayonini tabiiy holda yoki Kesarcha kesishni tanlash churra o‘lchamlarining kattaligi, asoratlanishga moyilligi hamda uyg‘unlashgan tug‘ma nuqsonning murakkabligi va uni postnatal davrda korreksiyalash imkoniyatlarini hisobga olgan holda belgilanadi. Qorin old devori tug‘ma nuqsonlarini boshqa ko‘plab og‘ir anomaliyalar bilan birga uchrashi va aniqlangan har bir nuqsonni chaqaloqlik davrida operativ muolajasini talab qilishi homilani to‘xtatishga ko‘rsatma hisoblanadi.

3. Antenatal davrda homilada qorin old devori tug‘ma nuqsonlari aniqlansa, boshqa anomaliyalarni faol qidirish zarur. Gastroshezisda 5,3% holatda, omfalotseleda esa 23% yo‘ldosh nuqsonlar uchrashi mumkin. Bunda omfalotselelarning o‘lchamlari qancha katta bo‘lsa, qo‘shimcha nuqsonlar soni shunchalik ortib boradi.

4. Gastroshezis va omfalotsele bilan tug‘ilgan chaqaloqlarni davolashda tug‘ruq muddati va usuli, qorin bo‘shlig‘idan tashqariga chiqqan a‘zolar turi va hajmi, churra o‘lchami va tarkibi, qo‘shimcha nuqsonlar borligi, bemorni transportirovka qilishdagi kamchiliklar, churraning asoratlangan yoki asoratlanmaganligini hisobga olish zarur. Qorin bo‘shlig‘idan tashqariga chiqqan a‘zolar qanchalik ko‘p bo‘lsa, shuningdek transportirovka vaqtida bemor gipotermiyaga tushsa va qorin

bo'shlig'idan tashqariga chiqqan a'zolarga tegishli ishlov berilmasa asoratlar uchrashi va o'lim holati shunchalik ko'p bo'ladi.

5. Qorin old devori tug'ma nuqsonlari tarkibida gastroshizis 31,6%, omfalotsele 38,2% holatda uchraydi. Gastroshizisning total shakli 61%, subtotal - 34,5% va lokal shakli 4,5% tashkil qiladi. Omfalotselening kichik o'lchami 34,6%, o'rta – 40,6% va katta o'lchamli shakllari 24,8% holatda kuzatiladi. Ushbu anomaliyalarni davolashda operativ korreksiya yo'lini tanlash vissero-abdominal disproporsiya darajasiga, bolaning somatik foniga, nuqson turi va og'irlik darajasiga, tug'ilish muddatiga bog'liq bo'ladi.

6. Gastroshizisning subtotal va lokal shaklida bir bosqichli radikal operatsiya, total shaklida esa bosqichli operatsiya o'tkazish lozimdir. Omfalotselening kichik va o'rtacha hajmdagi o'lchamlarida qorin old devorining radikal plastikasi, katta o'lchamida esa bosqichli operatsiya o'tkazish tavsiya qilinadi. Konservativ davolash usulidan foydalanish faqat operativ muolajaga jiddiy qarshi ko'rsatmalar bo'lganidagina maqsadga muvofiqdir.

7. Gastroshizis va omfalotselening xirurgik korreksiyasida jigarni optimal joylashtirish (omfalotseleda) va vissero-abdominal disproporsiyani oshqozon ichak trakti dekompressiyasi hisobiga nisbatan kamaytirishga erishish, operatsiyadan keyingi davrning silliq kechishi va qorin bo'shlig'i a'zolarini faoliyatini erta tiklanishiga olib keladi va davolash natijalarini yaxshilaydi.

8. Gastroshizis bilan operatsiya qilingan bemorlarda davolashning uzoq davrida 37,8% holatda yaxshi, 46% - qoniqarli va 16,2% - qoniqarsiz natija kuzatildi. Omfalotseleda esa davolashning uzoq davrida 52,4% holatda yaxshi, 38,1% - qoniqarli va 9,5% - qoniqarsiz natija qayd qilinadi. Bunda churra o'lchami bilan qorin old devori defektini davolash natijalari o'zaro proporsional ravishda bog'liqligi aniqlandi: ya'ni, churra o'lchami va defekt qancha katta bo'lsa, shunchalik qoniqarsiz natija kuzatiladi.

AMALIY TAVSIYALAR

1. Antenatal UTT skrining qorin old devori nuqsonlari (omfalotsele va gastroshizis) diagnostikasida samarali tekshirish usulidir, bunda boshqa yo'ldosh rivojlanish nuqsonlarini mavjudligini ham faol aniqlanishi zarur. Uyg'unlashgan tug'ma nuqsonning turi va og'irlik darajasi homiladorlikni to'xtatish yoki davom ettirishga bo'lgan ko'rsatmani belgilashda muhim mezon hisoblanadi.

2. Omfalotsele va gastroshizisda biz taklif etgan algoritmdan foydalanish chaqaloqlarning umumiy ahvolini kompleks baholashga, asoratlarning mavjudligi va ularni oldini olishga, bolani o'z vaqtida jarrohlik shifoxonasiga noxush oqibatlersiz transportirovka qilishga imkon yaratadi.

3. Gastroshizis va omfalotsele da jarrohlik koppeksiya usulini tanlashda vissero-abdominal disproporsiyaning darajasi, nuqson o'lchami va somatik fon hamda qo'shma anomaliyalar turiga qarab radikal yoki palliativ, shuningdek tegishli simultan operatsiyalar o'tkazilishi maqsadga muvofiqdir.

4. Qorin old devori tug'ma nuqsonlari bilan tug'ilgan chaqaloqlarni biz taklif qilgan transportirovka qilish algoritmi asosida ixtisoslashtirilgan bolalar xirurgiyasi klinikasiga olib borish keyingi bosqichlardagi davo natijalarini yaxshilanishiga va asoratlarni kamayishiga olib keladi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Абашидзе И.И. Оперативное лечение врожденных дефектов передней брюшной стенки // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2009. – Т. 13. – № 1. – С. 154.
2. Алиев М.М., Разумовский А.Ю. Детская хирургия. I часть. Министерство высшего и среднего специального образования Республики Узбекистан, Ташкентский Педиатрический медицинский институт. – Ташкент: YANGI NASHR, 2018. – 304 с.
3. Алтынник Н.А. Новые эхографические нормативные значения толщины воротникового пространства плода в зависимости от его копчико-теменного размера в 11–14 недель беременности // Пренатальная диагностика. – 2012. – Т. 11. – № 3. – С. 268.
4. Баиров Г.А. Срочная хирургия детей. Санкт-Петербург. 1997. – С.107-118.
5. Байбарина Е.Н., Дегтярев Д.Н., Кучеров Ю.И. и др. Совершенствование ранней хирургической помощи детям с врожденными пороками развития // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. – 2011. – №2. – С. 12-19.
6. Бисалиев Б.Н., Цап Н.А. Опыт лечения новорождённых с гастрошизисом // Вестн. хир.. - 2015. - №6. – С. 46-51.
7. Бисалиев Б.Н., Цап Н.А. Современный взгляд на гастрошизис: от антенатального периода до исхода лечения (обзор литературы). // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реанимации. - 2011. - №2 - С. 45-15.
8. Веселый С.В., Грона В.Н., Перунский В.П. и др. Методы диагностики и лечения гастрошизиса и омфалоцеле у детей// Перинатология и педиатрия. – 2006. – №3. – С.137-143.

9. Вечеркин В.А., Щербинин Р.Л., Фелюфьянова С.В. и др. Диагностика и этапное лечение омфалоцеле и гастрошизиса у детей //Российский вестник. – 2015. – С. 39-40.
10. Вовк О.Ю., Туркманидзе, К.И. Врождённые пороки развития брюшной полости. Омфалоцеле //Материалы VII Международной студенческой электронной научной конференции «Студенческий научный форум». – 2015. – С. 257-258.
11. Грона В.Н., Перунский В.П., Весёлый С.В. и др. Оптимизация лечения врожденных расщелин передней брюшной стенки у детей// Украинский журнал хирургии. – 2008. – №1. – С.105-112.
12. Демидов В.Н., Машинец Н.В. Возможности ультразвуковой диагностики пороков развития желудочно-кишечного тракта плода //Акушерство и гинекология. – 2013. – № 8. – С. 92-96.
13. Жиркова Ю. В., Кучеров Ю. И., Лазарев В. В. Нутритивная поддержка в послеоперационном периоде у новорожденных //Детская хир. - 2014. - № 2. - С. 29–34.
14. Заполянский А.В., Кандратьева О.В., Свирский А.А. Хирургические методы лечения омфалоцеле больших размеров у детей // Новости хирургии. Том. 66. №5. 2018. С. 594-603.
15. Исаков Ю.Ф., Володина Н.Н., Гераськина А.В. Неонатальная хирургия. – Москва, 2011. – С. 436-459.
16. Карпова И.Ю., Паршиков В.В., Рожденкин Е.А. и др. Структура хирургической патологии у новорожденных в Нижегородской области // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2018. – Т. 8, № 4. – С. 33-38.
17. Козлов Ю.А., Новожилов В.А., Ковальков К.А. и др. Врожденные дефекты брюшной стенки // Хирургия. – 2016. - №5. – С.74-80.
18. Козлов Ю.А., Новожилов В.А., Распутин А.А. и др. Результаты хирургического лечения новорожденных с омфалоцеле //

Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. - 2017. - №4. – С. 18-25.

19. Кулаков В.И., Исаков Ю.Ф., Кучеров Ю.И. и др. Пренатальная диагностика и лечение врожденных пороков развития на современном этапе// Рос. вестник перинатологии и педиатрии. – 2016. - №6. – С.63-65.
20. Кучеров Ю.И. Тактика неонатолога при врожденных пороках развития новорожденного// Педиатрическая фармакология. 2012. Том 9. №6. С.19-22.
21. Малова М.А., Гусева О.И. Совершенствование пренатальной диагностики на региональном уровне: начало пути //Акушерство и гинекология. – 2014. – № 5. – С. 54-56.
22. Машинец Н.В., Демидов В.Н. Омфалоцеле и его ультразвуковая диагностика //Пренатальная диагностика – 2013. – Т. 12. – № 2. – С. 125-129.
23. Мельникова Н.И., Острейков И.Ф., Строгонов И.А. и др. Причины летальности и тяжести состояния новорожденных детей с пороками развития// Анестезиология и реаниматология. – 2014. - №5. – С.70-73.
24. Павлова С.Я., Саввина В.А., Варфоломеев А.Р., Николаев В.Н. Лечение гастрошизис // Вестник северо-восточного федерального университета имени М.К. Аммосова. Серия «Медицинские науки». - 2019. - №2 (15). – С. 57-62.
25. Перунский В.П. Повышение эффективности хирургического лечения детей с гастрошизисом и омфалоцеле. Дис. ... к.м.н. Донецк: 2008. С. 149.
26. Плохих Д.А. Интраоперационное измерение внутрибрюшного давления, как способ диагностики висцероабдоминальной диспропорции // Мать и Дитя в Кузбасе. Россия г. Кемерово. – 2011. - №1 (44). – С.18-23.

27. Притуло Л.Ф., Пейливанов Ф.П., Гонцов С.В., Дубова Е.И., Ионичева Е.В., Рыбников А.П. Оптимизация лечения детей с гастрошизисом и омфалоцеле // Таврический медико-биологический вестник. – 2016. – Т. 19, №4. – С. 76–83.
28. Пыков М.И., Филиппова Е.А., Теплякова О.В., Дорофеева Е.И., Джанджгава Н.Н. Возможности ультразвуковой оценки состояния органов брюшной полости у новорожденных детей с гастрошизисом // МС. - 2018. - №17. – С. 220-225.
29. Сичкарь С.Ю., Афуков И.И., Кошко О.В. и др. Эффективность эпидуральной аналгезии у новорожденных детей с хирургическими заболеваниями// Вестник РГМУ. – 2015. - №3. – С.10-13.
30. Спахи О.В., Лятуринская О.В., Макарова М.А. Врожденные пороки развития передней брюшной стенки (синдром внешних деформаций): Омфалоцеле. Гастрошизис. Синдром Вильяма-Ослера. – Запорожье: Изд-во ЗГМУ, 2016. – 70 с.
31. Тараканов В.А., Луняка А.Н., Надгериев А.Н., Терещенко О.А. Принципы хирургического лечения гастрошизиса// Клиническая медицина. 2007. №3. – С.137-140.
32. Теплякова О.В., Пырегов А.В., Зубков В. В. Анестезиологическое обеспечение новорожденных детей с гастрошизисом // Анестезиология и реаниматология. - 2014. - №6. – С. 72-75.
33. Устинова Т.К., Барская М.А. Врожденные пороки развития передней брюшной стенки. диагностика, лечебная тактика // Вестник Уральского государственного медицинского университета. – 2018. - №1. – С. 43-45.
34. Хаматханова Е.М., Кучеров Ю.И., Фролова О.Г. и др. Транспортировка новорожденных с пороками развития при различных моделях организации медицинской помощи //Акушерство и гинекология. – 2010. - № 6. – С. 109-113.

35. Хлевная Л.А., Лысенко Т.В., Алехин К.В. и др. Омфалоцеле, или заблудившаяся во времени эмбриональная физиологическая грыжа // Пренатальная диагностика журнал. Донецк – 2016. Т. 15. - №1. – С.83-84.
36. Чирков И.С. Коррекция обширных дефектов передней брюшной стенки у детей // Детская хирургия. – 2016. - 20(5). – С.248-254.
37. Шидаков И.Х., Калниязов Б.М. Двухэтапное лечение новорожденного с гастрошизисом // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. - 2018. - №2. – С. 94-98.
38. Щур, А.Ю. Опыт лечения гастрошизиса / А.Ю. Щур, Р.А. Белоус, Д.Ф. Болгов // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2012. – № 4. – С. 86.
39. Цап Н.А., Бисалиев Б.Н. Современный взгляд на гастрошизис: от антенатального периода до исхода лечения (обзор литературы) // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. - 2011. - №2. – С. 45-52.
40. Эргашев Б.Б., Эшкабилов Ш.Д., Кауханова Э.К. Результаты хирургического лечения новорожденных с омфалоцеле //Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. – Ташкент, 2011. – N 2. – С. 65-67.
41. Adinda GH. Pijpers, Sunera MC. de Beaufort, Sanne C. Maat, et.al. Additional Anomalies in Children with Gastroschisis and Omphalocele: A Retrospective Cohort Study. Children 2023, 10, p.688.
42. Adriana Lopez, Renata H Benjamin, Janhavi R Raut, et.al. Mode of delivery and mortality among neonates with gastroschisis: A population-based cohort in Texas// Paediatr Perinat Epidemiol. 2019 May;33(3):204-212.
43. Alexandra Tavares Marques, José Estevão-Sosta , Henrique Soares, Ana Satarina Fragoso. Short and Medium-term Outcomes of Omphalocele and Gastroschisis: A Survey from a Tertiary Center// Rev Bras Ginecol Obstet. 2022 Jan;44(1):10-18.

44. Alexander M Friedman , Sande V Ananth, Zainab Siddiq, et.al. Gastroschisis: epidemiology and mode of delivery, 2005-2013// Am J Obstet Gynecol. 2016 Sep;215(3):348.e1-9.
45. Alisuben ET, DeMeester SR. Onlay ventral hernia repairs using porcine non-cross-linked dermal biologic mesh //Hernia. – 2014. – Vol. 18. – N 5. – p. 705-712.
46. Aljahdali AH, Al-Buainain HM, Skarsgard ED. Staged closure of a giant omphalocele with amnion preservation, modified technique //Saudi Med J. – 2017. – Vol. 38 (4). – p. 422-424.
47. Aneja K. A rare case of OEIS complex – newer approach to diagnosis of exstrophy bladder by color Doppler and its differentiation from simple omphalocele //Indian J Radiol Imaging. – 2017. – Vol. 27 (4). – p. 436–440.
48. Ardeleanu V, Georgescu C, Fulga I. Major omphalocele with liver protrusion. Liver dysmorphism. A case study //Rom. J. Morphol. Embryol. – 2013. – Vol. 54. – N 2. – p. 423-6.
49. Arunagiri V, Padmanabhan R, Mayandi P. A short term analysis of surgical management of umbilical and paraumbilical hernia //Turk J Surg. – 2018. – Vol. 34. – p. 21–23.
50. Ayque F. Surgical repair of giant omphalocele with biological mesh in neonatal period //5TH World congress of pediatric surgery. October 8-10, – 2016. Washington, DC – p. 261.
51. Baerg JE, Munoz AN. Long term complications and outcomes in omphaloceles. //Semin Pediatr Surg. 2019; 28: 118–121.
52. Baumann B, Stephens D, Gershon H et al. Management of giant omphaloceles: a systematic review of methods staged surgical vs. nonoperative delayed closure. //J Pediatr Surg. 2016; 51: 1725–1730.
53. Beres A, Christison-Lagay ER, Romao RL, Langer JC. Evaluation of Surgery for patch repair of abdominal wall defects in children. //Journal of Pediatric Surgery. – 2012. – Vol. 47. – N 5. – p. 917-919.

54. Bieliski IN, Somme S, Frongia G. et al. Abdominal Wall Defects -Current Treatments // Children (Basel). 2021 Feb; 8(2): 170.
55. Bode SO, Ademuyiwa AO, Elebute OA (2018) Formal saline versus honey as Escharotic in the conservative management of major omphalocele. //Niger Postgrad Med J. 2018; 25: 48–51.
56. Saso Maestro O, Abradelo De Usera M, Justo Alonso I, et al. Porcine acellular dermal matrix for delayed abdominal wall closure after pediatric liver transplantation. //Pediatric Transplantation. – 2014. – Vol. 18. – N 6. – p. 594-598.
57. Christina M Bense, Amy J Wagner. Abdominal wall defects// Transl Pediatr. 2021 May;10(5):1461-1469.
58. Sigdem Ulukaya Durakbasa, S. Krem Ozel. Sosuk Serrahisi. Turkiya. – 2022. – p. 213–217.
59. Sizmesi MN, Kanburoglu MK, Akelma AZ, Tatli MM. Do not overlook an umbilical cord hernia before clamping //Eur. J. Pediatr. – 2013. – Vol. 172. – N 8. – p. 1139.
60. Slements MB, Chalmers DJ, Meyers ML, Vemulakonda VM. //Prenatal diagnosis of cloacal exstrophy: a case report and review of the Literature Urology. – 2014. – Vol.83, N 5. – p. 1162-4.
61. Slifton MS, Heiss KF, Keating JJ, Maskay G, Risketts RR. Use of tissue expanders in the repair of complex abdominal wall defects //Journal of Pediatric Surgery. – 2011. – Vol. 46. – N 2. – p. 372–377.
62. Sompean CR, Urueta JS, Vasa MA. Initial management of giant omphalocele with negative pressure therapy //5TH World congress of pediatric surgery. October 8-10, – 2016. Washington, DC – p. 265.
63. Sonner P, Vejde HJ, Burgos MC. Accuracy and of prenatal diagnosis in infants with omphalocele //Pediatric Surgery International. – 2018. – Vol. 34. – p. 629–633.

64. Danzer E, Gerdes D'Agostino MJA et al. Patient characteristics are important determinants of neurodevelopmental outcome during infancy in omphalocele. //Early Hum Dev. 2015; 91: 187–193.
65. Dariel A., Poocharoen W., de Silva N. et al. Secondary plastic closure of gastroschisis is associated with a lower incidence of mechanical ventilation. //Eur J Pediatr Surg. 2015; 25: 34–40.
66. Diaz-Siso JR, Bueno EM, Pomahac B. Abdominal wall reconstruction using a non-cross-linked porcine dermal scaffold: a follow-up study //Hernia. – 2013. – Vol. 17. – N 1. – p. 37-44.
67. Dina W Kirollos, Mohamed E Abdel-Latif. Mode of delivery and outcomes of infants with gastroschisis: a meta-analysis of observational studies// Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2018 Jul;103(4):F355-F363.
68. Dingemann C, Dietrich J, Zeidler J, et al. Surgical management of congenital abdominal wall defects in Germany: a population-based study and comparison with literature reports // European Journal of Pediatric surgery. 2017; 27 (6): 516–525.
69. Duggan E, Puligandla P. Respiratory disorders in patients with omphalocele. //Semin Pediatr Surg. 2019; 28: 115–117.
70. Elena Tarcă, Dina Al Namat, Alina Sostina Lusa, et al. Omphalocele and Cardiac Abnormalities—The Importance of the Association. Diagnostica 2023, 13, 1413. <https://doi.org/10.3390/diagnostica13081413>.
71. Edgar DSy, Yen-Shen Shan, Chyi-Her Lin. Vitelline fistula associated with omphalocele: Diagnosis dilemma? //International Journal of Surgery Case Reports. – (47) 2018. – p. 45–47.
72. Eltayeb AA. and Mostafa MM. Torisal treatment of major omphalocele: Asasia nilotica versus povidone-iodine: A randomized controlled study //Afr J Pediatric Surgery. – 2015. – Vol. 12 (4). – p. 241–246.
73. Ekot EA, Emordi VC, Osifo DO (2017) Does omphalocele major undergo spontaneous closure? //J Surg Case Rep. 2017; 8: 1–3.

74. Fawley JA, Peterson EL, Christensen MA et al. San omphalosele ratio predist postnatal outomes? //J Pediatr Surg. 2016; 51: 62–66.
75. Feltman D, Stokes T, Kett J, Lantos JD. Is treatment futile for an extremely premature infant with giant omphalosele? //Pediatriiss. – 2014. – Vol. 133. N 1. – p. 123-8.
76. Feldkamp ML, Srisukhumbowornchai S, Romitti PA, et.al. Self-reported maternal sigarette smoke exposure during the perisonseptional period and the risk for omphalosele. //Paediatr. Perinat. Epidemiol. – 2014. – Vol. 28. N 1. – p. 67-73.
77. Fleurke-Rozema H, van de Kamp K, Bakker M et al. Prevalense, timing of diagnosis and pregnancy outsome of abdominal wall defests after the introdustion of a national prenatal screening program. //Prenat Diagn. 2017; 37: 383–388.
78. Fransessa Bardi, Jorieke Elisabertha Hermina Bergman, Nisole Siemensma-Mühlenberg et.al. Prenatal diagnosis and pregnancy outsome of major strustural anomalies detestable in the first trimester: A population-based sohort study in the Netherlands. Paediatr Perinat Epidemiol. 2022; 36:804–814.
79. Gamba P, Midrio P. Abdominal wall defests: Prenatal diagnosis, newborn management, and long-term outomes //Semin. Pediatr. Surg. – 2014. – Vol. 23. – N 5. – p. 283-90.
80. Gonzalez KW, Chandler NM (2019) Ruptured omphalosele: diagnosis and management. Semin Pediatr Surg 28:101–105.
81. Gera P, Henry G. Double purse string makes a nise umbilisal ring: a novel technique for umbilisoplasty //Eur. J. Pediatr. Surg. – 2013. – Vol. 23. – N 2. – p. 164-6.
82. Gliha A, Sar A, Visnjic S, et al. Rare Abdominal Wall Malformation: Sase Report of Umbilisal Sord Hernia //Asta Medisa (Hrades Kralove). – 2017. – Vol. 60. – No.3. – p. 127–130.

83. Gozar H, Gozar L, Badiu CC, Susiu H. Songenital umbilical arterio-venous malformation: a word of caution //Interast. Sardiiovasc Thorac. Surg. – 2014. – Vol. 18. – N 5. – p. 688-9.
84. Gwo-Chin Ma, Tze-Ho Chen, Wan-Ju Wu, et.al. Proposal for Prastical Approach in Prenatal Diagnosis of Beskwith–Wiedemann Syndrome and Review of the Literature. Diagnostiss 2022, 12, 1709. <https://doi.org/10.3390/diagnostiss12071709>.
85. Hardy D, Bhalla VK, Parkhurst C, et.al. Gastroschisis associated with an omphalosele and intestinal atresia //Pediatr. Surg. Int. – 2014. – Vol. 30. – N 3. – p. 353-5.
86. Hibbs ShD, Bennett A, Sastro Y, et al. Abdominal Wall Defects among Mexisan American Infants: The Effect of Maternal Nativity //Ethnicity & Disease. – Spring, 2016. – Vol. 26. – N 2. – p. 165-170.
87. Hill SJ, Wulkan ML. Minimally invasive surgery in children with a history of congenital abdominal wall defects //J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A. – 2013. – Vol. 23. – N 1. – p. 71-3.
88. Ionessu S, Mosanu M, Andrei B, et al. Differential Diagnosis of Abdominal Wall Defects - Omphalosele versus Gastroschisis //Chirurgia. – 2014. – V. 109. – N 1. – p. 7-14.
89. Isabella N. Bieliski, Stig Somme, Giovanni Frongia, et al. Abdominal Wall Defects - Current Treatments. Children 2021, 8, 170. <https://doi.org/10.3390/children8020170>.
90. Islam S. Congenital abdominal wall defects. //In: Holsomb G., Murphy J., Ostlie D., editor. Aschcraft's pediatric surgery, sixth edition. London, New York: Elsevier Saunders; 2014: 660–672.
91. Julia Amim Rosa, Ana Maria Rossignolli Pinto¹, Juliana Zoboli Del Bigio, et al. Omphalosele and biliary atresia: chance or causality. A case report. Einstein (São Paulo). 2022; 20:1-4.

92. Jwa E, Kim ChS, Kim YD, et al. The Prognosis of Gastroschisis and Omphalocele //Journal of the Korean Association of Pediatric Surgery. – 2014. – Vol. 20. – N 2. – p. 38–42.
93. Katharina Schib, Marc Schumacher, Martin Meuli, et.al. Prenatal and Postnatal Management of Gastroschisis in German-Speaking Sountries: Is There a Standardized Management?// Eur J Pediatr Surg 2018; 28(02): 183-193.
94. Kelly KB, Ponsky TA. Pediatric abdominal wall defects. //Surg. Clin. North Am. – 2013. – Vol. 93. N 5. – p. 1255-67.
95. Kiyohara MY, Brizot ML, Liao AW, et.al. Should we measure fetal omphalocele diameter for predistion of perinatal outcome? //Fetal. Diagn. Ther.- 2014. – Vol. 35. N 1. – p. 44-50.
96. Kristin M. Sorey, Christorh P. Hornik , Matthew M. Laughon, et. al. Frequency of anomalies and hospital outcomes in infants with gastroschisis and omphalocele // <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.05.006>. Pp. 421-424.
97. Kulasogli H. Umbilical Hernia Repair and Pregnancy: Before, during, after... //Frontiers in Surgery. – 2018. – Vol. 5. – p. 1–7.
98. Lambropoulos V, Mylona E, Mouravas V, et all. Repair of Postoperative Abdominal Hernia in a Child with Congenital Omphalocele Using Porcine Dermal Matrix //Sase Reports in Medicine. – 2016. – p. 1-5.
99. Levy S, Tsao K, Sox Jr SS, et al. Component separation for complex congenital abdominal wall defects: not just for adults anymore //Journal of Pediatric Surgery. – 2013. – Vol. 48. – No.12. – p. 2525-2529.
100. Li-Li Li1, Yan-Hong Huang, Jing Li, et al. Maternal Exposure to Sulfur Dioxide and Risk of Omphalocele in Liaoning Province, China: A Population-Based Case-Control Study. Front. Public Health 10:821905.doi:10.3389/fpubh. 2022. 821-905.
101. Lofty-John Chukwuemeka Anyanwu, Niyi Ade-Ajayi & Udo Rolle ¹ Major abdominal wall defects in the low- and middle-income setting:

- current status and priorities //Pediatric Surgery International. 2020; 36: 579–590.
102. Mask AJ, Rogdo B (2016) Giant omphalocele: current perspective. //Res Rep Neonatal. 2016; 6: 33–39.
 103. Marso Gardani, Dante Palli, Fransesso Simonassi, et al. Umbilical reconstruction: different techniques, a single aim. Asta Biomed 2019; Vol. 90, N. 4: 504-509 DOI: 10.23750/abm.v90i4.7539.
 104. Megan C. Oakes, Manuel Porto, Judith H. Chung. Advances in prenatal and perinatal diagnosis and management of gastroschisis// <https://doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2018.08.006>
 105. Melnik I, Mnouskin Y, Kurzbart EV, Yoffe B. Evaluation of a porcine dermal collagen (permasol) implant for abdominal wall reconstruction in a pediatric multitrauma patient //Sase Reports in Emergency Medicine. – 2014. – Vol. 2014. – p. 1-3.
 106. Muslim Yurtsu. Sosuk Serrahisi. Turkiya. – 2020. – p. 98–101.
 107. Naji H, Foley J, Ehren H. Use of surgery for abdominal wall reconstruction in children with abdominal wall defects //European Journal of Pediatric Surgery. – 2014. – Vol. 24. – N 1. – p. 94-96.
 108. Na Q, Liu C, Sui H, et al. Immediate repair compared with delayed repair of congenital omphalocele: short-term neonatal outcomes in China //J. Int. Med. Res. – 2011. – Vol. 39. – N 6. – p. 2344-51.
 109. Panait N, Michel F, D'Ercole C, Merrot T. Esophageal atresia, small omphalocele and ileal prolapse through a patent omphalomesenteric duct: a methimazole embryopathy? //J. Pediatr. Surg. – 2013. – Vol. 48. – N 6. – p. E9-11.
 110. Pandey V, Gangopadhyay AN, Gupta DK, et al. Non-operative management of giant omphalocele with topical povidone-iodine and powdered antibiotic combination: early experience from a tertiary centre // Pediatr. Surg. Int.- 2014. – Vol. 30. N 4. – p. 407-11.

111. Pomahac B, Aflaki P. Use of a non-cross-linked porcine dermal scaffold in abdominal wall reconstruction // American Journal of Surgery. – 2010. – Vol. 199. – N 1. – p. 22–27.
112. Prefumo F, Izzi C. Fetal abdominal wall defects // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. – 2014. – Vol. 28, N 3. – p. 391–402.
113. Rachel M Landisch, Ziyang Yin, Melissa Christensen, et al. Outcomes of gastroschisis early delivery: A systematic review and meta-analysis // J Pediatr Surg. 2017 Dec;52(12):1962-1971.
114. Rattan KN, Singh J, Jakhar R et al. Omphalocele: 15 years' experience from a single centre in developing country. // J Clin Neonatol. 2018; 7: 125–129.
115. Raymond SL, Downard SD, St. Peter SD et al (2019) Outcomes in omphalocele correlate with size of defect. // J Pediatr Surg. 2019; 54: 1546–1550.
116. Reese H Slark, John Sousa, Matthew M Laughon, et al. Gastroschisis prevalence substantially decreased from 2009 through 2018 after a 3-fold increase from 1997 to 2008 // J Pediatr Surg. 2020 Dec;55(12):2640-2641.
117. Risby K, Jakobsen MS, Qvist N. Congenital Abdominal Wall Defects: Staged closure by Dual Mesh // Journal of Neonatal Surgery. 2016; N. 5(1). – p. 2.
118. Roux N, Jakubowicz D, Salomon L et al. Early surgical management for giant omphalocele: results and prognostic factors. // J Pediatr Surg. 2018; 53: 1908–1913.
119. Ruchi Amin, Aaron Domask, Joseph Bartoletti, et al. National Practice Patterns for Prenatal Monitoring in Gastroschisis: Gastroschisis Outcomes of Delivery (GOOD) Provider Survey Fetal Diagn Ther // Affiliations expand. 2019;45(2):125-130.
120. Russell G. Witt, Michael Zobel, Benjamin Padilla, et al. Evaluation of Clinical Outcomes of Sutureless vs Sutured Closure Techniques in

Gastroschisis Repair// JAMA Surg. 2019 Jan; 154(1). doi: 10.1001/jamasurg.2018.3216

121. Santana S, Salsi T, Andriato P, et al. Diagnosis and management of a fatal case of sepsis caused by *Sandida parapsilosis* sensu in a neonate with omphalocele //Medial Mysology Sase Reports. – 2018. – Vol. 20. – p. 10–14.
122. Sarah J Melov, Irene Tsang, Ralph Sohen, et al. Somplexity of gastroschisis predicts outcome: epidemiology and experience in an Australian tertiary centre// BMC Pregnancy Childbirth. 2018 Jun 11;18(1):222.
123. Sello S Machaea, Milind R Chitnis, Phumza Nongena. Prevalence of gastroschisis and its neonatal mortality in the Eastern Cape Province tertiary institutions// Afr J Paediatr Surg. 2023 Jan-Mar;20(1):46-50.
124. Ssahill MD, Maak P, Kunder C, Halamek LP. Anterolateral congenital diaphragmatic hernia with omphalocele: a case report and literature review //Am. J. Med. Genet. A. – 2013. – Vol. 161A. – N 3. – p. 585-8.
125. Silvia Baldassi, Michele Santoro, Alessio C, et al. Lifestyle and sociodemographic risk factors for gastroschisis: a systematic review and meta-analysis// Arch Dis Child. 2020 Aug;105(8):756-764.
126. Sönmez K, Onal E, Karabulut R, et.al. A strategy for treatment of giant omphalocele //World J. Pediatr. – 2010. – Vol. 6. – N 3. – p. 274-7.
127. Tarcă E, Aprodu S. Past and present in omphalocele treatment in Romania.// Chirurgia (Busur). – 2014. – Vol.109, N 4. – p. 507-13.
128. Tassin M, Benachi A. Diagnosis of abdominal wall defects in the first trimester.// Surr. Opin Obstet Gynsol. – 2014. – Vol.26, N 2. – p. 104-9.
129. Teresa N Sparks, Brian L Shaffer, Jessisa Page, et.al. Gastroschisis: mortality risks with each additional week of expectant management// Am J Obstet Gynsol. 2017 Jan;216(1):66.e1-66.e7.

130. Tullie LC, Bough GM, Shalaby A, et.al. Umbilical hernia following gastroschisis closure: a common event? // *Pediatr Surg Int.* 2016 Aug;32(8):811-4.
131. Toyoshima M, Mori H, Kudo K, et al. Isolated torsion of the fallopian tube in a menopausal woman and a pre-pubertal girl: two case reports // *Journal of Medical Case Reports* – 2015. – V. 9. – p. 258.
132. Verla MA, Style CC, Olutoye OO. Prenatal diagnosis and management of omphalocele. // *Semin Pediatr Surg.* 2019; 28: 84–88.
133. Xiaomei Shi, Hui Tang, Jian Lu et al. Prenatal genetic diagnosis of omphalocele by karyotyping, chromosomal microarray analysis and exome sequencing. *Annals of medicine* 2021, vol.53,no.1,1285–1291.
134. Whitehouse JS, Gourlay DM, Masonbrink AR. Conservative management of giant omphalocele with topical povidone-iodine and its effect on thyroid function // *J Pediatr. Surg.* – 2010. – Vol. 45. – N 6. – p. 1192-7.