

ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических
исследований



№3 (Том 3)

2022

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

TOM 3, HOMEP 3

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 3, ISSUE 3



ТОШКЕНТ-2022



ISSN 2181-1008 (Online)

Научно-практический журнал
Издается с 2020 года
Выходит 1 раз в квартал

Учредитель

Самаркандский государственный
медицинский университет,
tadqiqot.uz

Главный редактор:

Н.М. Шавази д.м.н., профессор.

Заместитель главного редактора:

М.Р. Рустамов д.м.н., профессор.

Ответственный секретарь

Л.М. Гарифулина к.м.н., доцент

Редакционная коллегия:

Д.И. Ахмедова д.м.н., проф;
А.С. Бабажанов, к.м.н., доц;
Ш.Х. Зиядуллаев д.м.н., доц;
Ф.И. Иноятова д.м.н., проф;
М.Т. Рустамова д.м.н., проф;
Н.А. Ярмухамедова к.м.н., доц.

Редакционный совет:

Р.Б. Абдуллаев (Ургенч)
М.Дж. Ахмедова (Ташкент)
Н.В. Болотова (Саратов)
Н. Н. Володин (Москва)
С.С. Давлатов (Бухара)
А.С. Калмыкова (Ставрополь)
А.Т. Комилова (Ташкент)
М.В. Лим (Самарканд)
Э.С. Мамутова (Самарканд)
Э.И. Мусабаев (Ташкент)
А.Н. Орипов (Ташкент)
Н.О. Тураева (Самарканд)
Ф. Улмасов (Самарканд)
А. Фейзоглу (Стамбул)
Б.Т. Холматова (Ташкент)
А.М. Шамсиев (Самарканд)
У.А. Шербеков (Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации

Адрес редакции: 140100, Узбекистан, г. Самарканд, ул. А. Темура 18.
Тел.: +998662333034, +998915497971
E-mail: hepato_gastroenterology@mail.ru.

1. Khusainova Shirin Kamiljonovna, Ahmedova Dilbar Yusufjonovna IMPROVING TREATMENT OF COMMUNITY- ACQUE PNEUMONIA WITH ATYPICAL ETIOLOGY.....	5
2. Лим Максим Вячеславович, Куйлиева Сохиба Уктам кизи, Махмудова Парвина Насриддиновна, Тошпулотов Санжар Фазлиддин угли ПОКАЗАТЕЛИ ЧАСТОТЫ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ.....	8
3. Лим Максим Вячеславович, Сафарова Ширинбону Санджаровна, Рахматов Адхамбек Азизбек угли, Туракулов Иброхим Шавкатович ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПОРАЖЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННОГО.....	12
4. Мамутова Эвелина Сергеевна, Шадиева Халима Нуридиновна КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МИАСТЕНИИ ГРАВИС.....	16
5. Murtazaev Zafar Isrofulovich, Baysariev Shovkat Usmonovich O‘PKA VA JIGAR QO‘SHMA EXINOKOKKOZIDA JARROHLIK TAKTIKASI.....	20
6. Murtazaev Zafar Isrofulovich, Baysariev Shovkat Usmonovich O‘PKA EXINOKOKKOZIDA XIRURGIK TAKTIKA.....	26
7. Раббимова Дилфуза Тоштемировна, Юсупов Фазлиддин Тожиевич ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННОЙ ДЕКОНТАМИНАЦИИ И НЕЙРОПРОТЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ СЕПСИСА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ.....	30
8. Раббимова Дилфуза Тоштемировна, Юсупов Фазлиддин Тожиевич РОЛЬ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ В ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	35
9. Kholikova Gulnoz Asatovna, Kodirova Markhabo Miyassarovna FREQUENCY OF FUNCTIONAL CONSTIPATION IN CHILDREN OF DIFFERENT AGES.....	38
10. Xolmuradova Zilola Ergashevna, Garifulina Lilya Maratovna SEMIZLIGI BOR O‘SMIRLARDA YURAK-QON TOMIR TIZIMINING HOLATI.....	41
11. Шавази Нурали Мамедович, Ибрагимова Марина Фёдоровна УЛУЧШЕНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ АТИПИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ.....	45
12. Шавази Нурали Мухаммад угли, Рустамов Мардонкул Рустамович, Атаева Мухиба Сайфиевна ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОБАВИТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ.....	49
13. Шадиева Халима Нуридиновна, Мамутова Эвелина Сергеевна НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19).....	52
14. Шарипов Рустам Хаитович, Расулова Надира Алишеровна НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ БРОНХООБСТРУКТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ.....	55
15. Шарипов Рустам Хаитович, Расулова Надира Алишеровна, Расулов Алишер Собирович ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ОКСИБРАЛ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ У ДЕТЕЙ НА ОСНОВАНИИ АКТИВНОСТИ ЛИПИДНОЙ ПЕРОКСИДАЦИИ.....	58

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Khusainova Shirin Kamiljonovna

Assistant of the Department 1 Pediatrics and Neonatology
Samarkand State Medical University,
Samarkand, Uzbekistan

Ahmedova Dilbar Yusufjonovna

Assistant of the Department 1 Pediatrics and Neonatology
Samarkand State Medical University,
Samarkand, Uzbekistan

IMPROVING TREATMENT OF COMMUNITY- ACQUE PNEUMONIA WITH ATYPICAL ETIOLOGY

For citation: Xusainova Shirin Kamiljonovna, Axmedova Dilbar Yusufjonovna/ Atipik etiologiyali pnevmoniyani davolashni takomillashtirish. Journal of hepato-gastroenterology research. vol. 3, issue 3. pp.

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

ANNOTATION

We have treated 68 sick children aged from 3 to 12 years old, hospitalized in departments 1 and 2 of pediatrics of the Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care. The patients were divided into 2 groups. 34 patients were prescribed complex therapy, which included an antibacterial drug of the macrolide group - Clarithromycin, an antiviral and immunomodulatory drug Genferon at an age dosage for 10 days. Clinical manifestations of group I stopped almost 2 times faster than in patients from group II. The complex treatment of antibiotics and antiviral drugs for community-acquired pneumonia with atypical etiology has shown that they are more effective in preventing the recurrence of the disease and reducing the severity of pneumonia.

Keywords: treatment, atypical pneumonia, antibiotic therapy, antiviral drugs, children

Хусайнова Ширин Камилджоновна

Ассистент кафедры 1 Педиатрии и неонатологии
Самаркандский государственный медицинский университет,
Самарканд, Узбекистан

Ахмедова Дилбар Юсуфжоновна

Ассистент кафедры 1 Педиатрии и неонатологии
Самаркандский государственный медицинский университет,
Самарканд, Узбекистан

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ АТИПИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

АННОТАЦИЯ

Нами пролечено 68 больных детей в возрасте от 3 до 12 лет, госпитализированных в отделения 1 и 2 педиатрии Самаркандского филиала Республиканского научного центра скорой медицинской помощи. Больные были разделены на 2 группы. 34 пациентам была назначена комплексная терапия, включавшая антибактериальный препарат группы макролидов Кларитромицин, противовирусный и иммуномодулирующий препарат Генферон в возрастной дозировке на 10 дней. Клинические проявления I группы купировались почти в 2 раза быстрее, чем у больных II группы. Комплексное лечение антибиотиками и противовирусными препаратами внебольничной пневмонии атипичной этиологии показало, что они более эффективны в предупреждении рецидивов заболевания и снижении тяжести течения пневмонии.

Ключевые слова: лечение, атипичная пневмония, антибиотикотерапия, противовирусные препараты, дети.

Xusainova Shirin Kamiljonovna

1-Pediatriciya va neonatologiya kafedrası assistenti
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston

Axmedova Dilbar Yusufjonovna

1-Pediatriciya va neonatologiya kafedrası assistenti
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston

АТИПИК ЭТИОЛОГИЯЛИ ПНЕВМОНИЯНИ ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАСHTIRISH

ANNOTATSIYA

Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Samarqand filiali 1 va 2 pediatriya bo'limlarida 3 yoshdan 12 yoshgacha bo'lgan 68 nafar bemor bola davolandi. Bemorlar 2 guruhga bo'lindi. 34 bemorga makrolid guruhining kompleks terapiyasiga antibakterial preparati - Klaritromitsin, virusga qarshi va immunomodulator hususiyatga ega bo'lgan Genferon preparati 10 kunga buyurildi. I guruhning klinik ko'rinishlari II guruhdagi bemorlarga qaraganda deyarli 2 baravarga tezroq yaxshiladi. Atipik etiologiyali pnevmoniya uchun antibiotiklar va virusga qarshi preparatlarni kompleks davolash ularning kasallikning qaytalanishining oldini olish va pnevmoniya og'irlik darajasini pasaytirishda samaraliroq ekanligini ko'rsatdi.

Kalit so'zlar: davolash, atipik pnevmoniya, antibiotik terapiyasi, virusga qarshi preparatlar, bolalar

Introduction. Pneumonia is an infectious and inflammatory lesion of the lung tissue, characterized by focal lesions of the respiratory sections with intraalveolar exudation [2,8]. Atypical pneumonias account for approximately 15-30% of cases of pneumonia in children and adolescents, and focal epidemic outbreaks in children's groups are possible [3]. Various microorganisms play a role in the etiology of the disease (these are bacteria, mainly cocci *Streptococcus pneumoniae*, *S.pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* (*S.aureus*), *Haemophilus influenzae* (*H.influenzae*), *fungicis*, viruses, protozoa. Among the "atypical" pathogens are *Mycoplasma pneumoniae* and *Chlamydia pneumoniae* [1,3]. Pneumonia is a disease with a high risk of complications. According to world health organization (WHO) experts, pneumonia is the most common cause of death in children in the world, in particular, in the structure of mortality in children under 5 years of age, it is 17.5%, annually taking lives of approximately 1.1 million children in this age group [5]. It is especially difficult in children with malnutrition, chronic pathology, in children with reduced immunity. The immunopathogenesis of pneumonia is based on the inhibition of the activity of all parts of the immune system. Virus-induced immunosuppression can lead to severe and atypical course of bacterial infections, their generalization. In this regard, it is natural to raise the question of the validity of including drugs that normalize immunological reactivity in the complex therapy of pneumonia. In recent years, works by domestic authors have appeared that substantiate the feasibility and confirm the effectiveness of including antiviral and immunotropic therapy in the complex treatment of diseases of a bacterial nature, in particular, community-acquired pneumonia [4]. Interferons are the most important factor of immunity that provides protection of the body from a wide range of infectious agents [7]. Therefore, the use of synthetic interferon inducers is considered as a rational way to stimulate antiviral mechanisms, which has proven its worth both in preventing and in the complex treatment of acute respiratory viral infections. In this regard, the attention of researchers is attracted by the domestic low-molecular-weight interferon inducer-Genferon, which has antiviral, immunomodulatory and anti-inflammatory activity. There is reason to believe that the use of an interferon inducer as part of complex therapy should accelerate recovery and improve the prognosis for this disease.

Antibacterial and antiviral therapy form the basis of the etiologic treatment of community-acquired pneumonia with atypical etiology. The problem of rational antibiotic therapy is one of the most urgent problems in pediatrics. The course and outcome of community-acquired pneumonia depends on the correct choice of an antibacterial drug at the onset of the disease. [6,9,10]. In pediatric practice, oral administration of antibiotics is preferred. Macrolide antimicrobials have been used in clinical practice for more than 50 years and during this time have proven to be highly effective and safest antibiotics.

The purpose of the research. To study the effectiveness of the use of antibacterial, antiviral and immunomodulatory drugs in children with reduced immunity in pneumonia with atypical etiology in children.

Materials and research methods. Depending on the prescribed therapy, we treated 68 sick children aged 3 to 12 years old, hospitalized in pediatric departments 1 and 2 of the Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care. The patients were divided into 2 groups. 34 patients were prescribed complex therapy, which included an antibacterial drug of the macrolide group - Clarithromycin, an antiviral and immunomodulatory drug Genferon at an age dosage for 10 days. Clinical manifestations of group

I stopped almost 2 times faster than in patients from group II. The complex treatment of antibiotics and antiviral drugs for community-acquired pneumonia with atypical etiology has shown that they are more effective in preventing the recurrence of the disease and reducing the severity of pneumonia. To establish the atypical etiology of community-acquired pneumonia, polymerase chain reaction (PCR) methods were used, which allows the detection and identification of bacteria without isolation of pure cultures, characterized by high diagnostic accuracy for the detection of atypical bacteria (*M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*, *Legionella* spp.). For analysis, swabs were taken from the mucous membranes and sputum. The results of the dynamics of clinical manifestations and evaluation of the effectiveness of therapy were compared in two groups of patients during 10 days of observation.

Combined treatment was carried out for 7-14 days. Evaluation of the effectiveness of therapy was carried out on the basis of a study of the dynamics of the general condition of the child, clinical symptoms, such as cough, shortness of breath, physical changes in the lungs, radiological data.

Research results. Upon admission, the general condition was assessed in children of group I as moderate in 30 (88.2%), in 3 - severe (8.8%) and extremely severe in 1 (2.9%), and in children of group II moderate in 28 (82.3%), in 4 - severe (11.8%) and extremely severe in 2 (5.8%), which indicates a relatively similar severity of the condition in patients of both groups. According to the study of anamnestic data, 22 (64.7%) patients of the 1st group and 19 (55.9%) patients of the 2nd group were hospitalized on the 2nd-3rd day from the onset of the disease, 9 (26.5%) of the 1st group and 11-2 of the group - for 3-5 days and 3 (8.8%) 1 groups and 4-2 groups - for 5-7 days. The results of the studies before treatment showed that 32 (94.1%) and 30 (88.2%) patients of the 1st and 2nd groups had a cough; 26 (76.5%) patients of the 1st group and 23 (67.6%) patients of the second group had hyperthermia, signs of intoxication; in 14 (41.2%) and 16 (47.1%) patients, respiratory failure of the 1st degree was observed. On the 3rd-4th day after the start of treatment, 22 (64.7%) children of the 1st group and 19 (55.9%) of the 2nd group showed positive clinical dynamics of the disease: manifestations of intoxication decreased, body temperature decreased. In 25 (73.5%) children of the 1st group and in 20 (58.8%) children of the 2nd group, the cough decreased - antibiotic therapy was continued. By the 5th-6th day of treatment, 32 (94.1%) children of the 1st group and 28 (86.6%) of the 2nd group had the disappearance of cough, shortness of breath, wheezing in the lungs. On the 10th day of treatment, there was a positive dynamics of hematological parameters. On the 10-12th day of therapy, wheezing completely disappeared in 33 (97%) sick children of the 1st group and in 30 (88.2%) of the 2nd group.

As can be seen from the results of examination and treatment of community-acquired pneumonia with atypical etiology in children, combined treatment with the use of antibacterial, immunomodulatory and antiviral drugs was accompanied by rapid positive dynamics. The children tolerated the combined treatment well, no adverse reactions were noted.

Conclusions. Thus, the use of antibacterial, immunomodulating and antiviral drugs is the most effective in the treatment of community-acquired pneumonia with atypical etiology in children. Ease of use, the presence of a drinkable form of drugs, high efficiency, and the absence of side effects make it possible to recommend this treatment for its widespread use in pediatrics. Based on the foregoing, the combined use

of drugs can be recommended for the treatment of patients with pneumonia

Список литературы/ Iqtiboslar/ References

1. Avdeev S.N. Intensive care in pulmonology. M., 2015. T. 1. 304 p.
2. Diagnostic algorithms and protocols for providing medical care for pneumonia: guidelines for physicians. Demko I.V., Chubarova S.V., Gordeeva N.V., Zeleny S.V. and etc.; Ministry of Health of the Krasnoyarsk Territory, Krasnoyarsk State Medical University. prof. V.F. Voyno-Yasenetsky Ministry of Health of Russia. M., 2015. 75 p.
3. Gorbich, O. A. (2016). SARS is a significant problem in childhood. Medical Journal, 3, 57-61.
4. Kalyuzhny O.V. Acute respiratory viral infections. Modern challenges. antiviral response. Immunoprophylaxis. Immunotherapy. M., MIA - 2014.- 144
5. Pneumonia. WHO Fact Sheet No. 331, November 2012 Access: WWW. URL: <http://www.zdravsamara.ru/medical-info>.
6. Maydannik V.G., Mitin Yu.V. Diagnosis, treatment and prevention of inflammatory diseases of the respiratory system in children. K.: IT's Medprominfo, 2006. 288 p.
7. Romantsov M.G. "Multipurpose monotherapy" with cycloferon as a means of emergency prevention of acute respiratory infections. Information letter for doctors. M.G. Romantsov, O.G. 2004. 13 p.
8. Shavazi N.M., Rustamov M.R., Ibragimova M.F., Zakirova B.I., Lim M.V. Stepwise antibiotic therapy of community-acquired pneumonia in children. Questions of science and education. No. 10 (64), 2020. From 64-66.
9. Shavazi N.M., Ibragimova M.F., Lim M.V., Kadirova Sh., Kardzhavova G.A. The use of Macropen in community-acquired pneumonia in children. Questions of science and education. No. 36 (120), 2020. From 19-22.
10. Shavazi N.M., Lim M.V., Tambriazov M.F., Khusainova Sh.K., Prevalence of recurrent obstructive bronchitis in children. G. Problems of Biology and Medicine. Samarkand. - 2018. - No. 4 (104) .- B.131-133

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Лим Максим Вячеславович.

Доцент кафедры педиатрии 1 и неонатологии
Самаркандский государственный медицинский университет,
Самарканд, Узбекистан

Куйлиева Сохиба Уктам кизи,

клинический ординатор 1 курса кафедры педиатрии и неонатологии
Самаркандский государственный медицинский университет,
Самарканд, Узбекистан.

Махмудова Парвина Насриддиновна.,

клинический ординатор 1 курса кафедры педиатрии и неонатологии
Самаркандский государственный медицинский университет,
Самарканд, Узбекистан,

Тошпулотов Санжар Фазлиддин угли.

клинический ординатор 1 курса кафедры педиатрии и неонатологии
Самаркандский государственный медицинский университет,
Самарканд, Узбекистан,

ПОКАЗАТЕЛИ ЧАСТОТЫ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

For citation: Lim Maksim Vyacheslavovich, Quyliyeva Sohiba O'ktam qizi, Maxmudova Parvina Nasriddinovna, Toshpo'lotov Sanjar Fazliddin o'g'li/ Nosological forms and observations of congenital heart defects in newborns in Samarkand region. Journal of hepato-gastroenterology research. vol. 3, issue 3. pp.

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

АННОТАЦИЯ

Врожденные пороки сердца (ВПС) — одни из наиболее распространенных пороков развития у детей — остаются ведущей причиной смерти в младшей возрастной популяции. В обзоре приведена мировая статистика распространенности и смертности при ВПС, а также рассмотрены причины вариабельности эпидемиологических данных. Обсуждается ассоциация ВПС с пороками других органов и систем. Показана роль различных факторов риска в формировании ВПС у плода.

Ключевые слова: врожденные пороки сердца, эпидемиология, распространенность, смертность, факторы риска.

Lim Maksim Vyacheslavovich

1-pediatriya va neonatologiya kafedrasi dotsenti
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

Quyliyeva Sohiba O'ktam qizi

Pediatriya va neonatologiya kafedrasi 1-kurs klinik ordinatorlari
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

Maxmudova Parvina Nasriddinovna

Pediatriya va neonatologiya kafedrasi 1-kurs klinik ordinatorlari
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

Toshpo'lotov Sanjar Fazliddin o'g'li

Pediatriya va neonatologiya kafedrasi 1-kurs klinik ordinatorlari
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

SAMARQAND VILOYATIDA YANGI TUĞILGAN CHAQALOQLAR ORASIDA UCHRAYDIGAN TUĞMA YURAK NUQSONLARINING NOZOLOGIK SHAKLLARI VA KUZATILISH KÓRSATGICHLARI

ANNOTATSIIYA

Bolalarda eng ko'p uchraydigan nuqsonlardan biri bo'lgan tug'ma yurak nuqsoni yosh aholi orasida o'limning asosiy sababi bo'lib qolmoqda. Dunyo bo'yicha TYuN ning tarqalishi va ólim darajasi bo'yicha statistik ma'lumotlar mavjud va epidemiologik ma'lumotlarning ózgaruvchangligi

sabablari organilmoqda. TYuN ning boshqa organlar va tizimlarning nuqsonlari bilan bog'liqligi muhokama qilinadi. Xomilada TYuN shakllanishida turli xavf omillarining roli ko'rsatilgan.

Kalit so'zi: tug'ma yurak nuqsoni, epidemiologiya, tarqalish, o'lim, xavf omillari.

Lim Maksim Vyacheslavovich

Associate Professor of the Department of Pediatrics 1 and Neonatology
Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Kuylieva Sohila Uktam qizi

1st year clinical residents of the Department of Pediatrics and Neonatology
Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Makhmudova Parvina Nasriddinovna

1st year clinical residents of the Department of Pediatrics and Neonatology
Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Toshpulotov Sanjar Fazliddin o'g'li

1st year clinical residents of the Department of Pediatrics and Neonatology
Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

NOSOLOGICAL FORMS AND OBSERVATIONS OF CONGENITAL HEART DEFECTS IN NEWBORNS IN SAMARKAND REGION

ANNOTATION

Congenital heart disease (CHD), one of the most common malformations in children, remains the leading cause of death in the younger age population. The review provides world statistics on the prevalence and mortality in congenital heart disease, and also considers the reasons for the variability of epidemiological data. The association of CHD with defects of other organs and systems is discussed. The role of various risk factors in the formation of CHD in the fetus is shown.

Key words: congenital heart disease, epidemiology, prevalence, mortality, risk factors

Актуальность. Врожденные пороки сердца (ВПС) – это достаточно распространенная патология сердечно - сосудистой системы. В Узбекистане ежегодно рождается около 10 тыс. детей с ВПС, которые нуждаются в операции. Из них от 50 до 70% страдают так называемыми критическими пороками периода новорожденности и требуют экстренной помощи. Летальность при таких ВПС чрезвычайно высока: к концу первой недели умирают 29%, к первому месяцу – 42%, к первому году жизни – 87%. Между тем 98% детей с ВПС, прооперированных в ранние сроки после рождения, проживают полноценную жизнь. Хирургическое лечение ВПС представляет собой большой, сложный, активно изучаемый в последние годы, но до конца не изученный раздел кардиохирургии. Стремительное становление хирургии ВПС новорожденных и детей первого года жизни удивляет и восхищает одновременно, ведь за период, прошедший с момента выполнения в 1938 году R. Gross в Бостоне первой операции при ВПС, – перевязки открытого артериального протока, – детские кардиологи и кардиохирурги добились поистине блестящих результатов. Сегодня нет ВПС, не поддающихся хирургической (анатомической или гемодинамической) коррекции. Наряду с покорением космоса и открытием структуры ДНК выдающийся французский хирург Ch. Dubost назвал хирургию сердца новорожденных «феноменальным достижением науки XX века».

Этиология. Аномалии анатомического развития сердца и крупных сосудов обычно формируются на 2-8-й неделе внутриутробного развития в результате нарушения эмбрионального морфогенеза и могут быть обусловлены как наследственными (генные, хромосомные, геномные, зиготические мутации), так и средовыми факторами, влияющими на развивающийся зародыш. Конкретные причины возникновения ВПС связаны с хромосомными аномалиями, выявляемыми при кариотипировании более чем у 1/3 больных с ВПС. Чаще всего это трисомия по хромосомам 21, 18 и 13. Помимо болезни Дауна, существует около 20 наследственных синдромов, в большинстве случаев сопровождающихся ВПС. В общей сложности синдромальная патология обнаруживается у 6-36% больных. Моногенная природа ВПС доказана в 8% наблюдений; около 90% наследуются многофакторно, т.е. являются результатом сочетания генетической предрасположенности и воздействия средовых факторов. Последние выступают в качестве провоцирующих, выявляющих наследственную предрасположенность при превышении «порога» их совместного действия.

Дефекты генетического кода и нарушения эмбриогенеза могут быть и приобретенными – воздействие на плод и организм матери

некоторых неблагоприятных факторов (радиация, алкоголизм, наркомания), эндокринные заболевания (сахарный диабет, тиреотоксикоз), вирусные и другие инфекции, перенесенные в I триместре беременности (краснуха, грипп, гепатит В), прием лекарственных средств (препараты лития, варфарин, талидамид, антиметаболиты, антиконвульсанты). Большое значение в возникновении патологии сердца и сосудов имеют смешанные вирусно-вирусные и энтеровирусная инфекции, перенесенные плодом внутриутробно. Помимо этиологических, выделяются факторы риска рождения ребенка с ВПС. К ним относятся: возраст матери; токсикоз и угроза прерывания I триместра беременности; мертворожденные в анамнезе; наличие детей с врожденными пороками развития у ближайших родственников. Количественно оценить риск рождения ребенка с ВПС в семье может только генетик, но дать предварительный прогноз и направить родителей на медико-биологическую консультацию может каждый врач. Следует отметить, что частота ВПС у ближайших родственников больных с аномалиями сердца лишь в 2-5 раз выше по сравнению с таковой в общей популяции. У большинства детей с изолированными ВПС семейный анамнез не отягощен и набор хромосом не изменен. В связи с этим лишь в редких случаях имеет смысл отговаривать родителей, ребенок которых страдает ВПС, иметь еще одного ребенка.

Это одна из самых распространенных врожденных аномалий у детей (30% от всех пороков развития); по частоте занимает третье место после врожденной патологии опорно-двигательной и центральной нервной систем. ВПС наблюдаются со средней частотой 5-8 на 1000 живорожденных. В последние годы отмечается увеличение этого показателя, обусловленное, вероятно, применением более совершенных методов функциональной диагностики и возросшим интересом к данной проблеме врачей других специальностей. Так, в США ежегодно рождаются до 30-35 тыс., в России – 20-22 тыс., в Узбекистане 10-15 тыс. детей с ВПС.

Цель исследования: изучить распространенность, частоту и нозологическую структуру врожденных пороков сердца у новорожденных.

Материалы и методы: проведено обследование 374 новорожденных детей с врожденными пороками сердца (ВПС). Диагноз ВПС у детей устанавливали на основании клинко-инструментальных данных, в том числе по эхокардиографии. Проводился описательно-оценочный метод эпидемиологического исследования.

Результаты и обсуждение. Проведенный анализ по Самаркандской области показал, что наибольшая доля, примерно 1/5 часть (22,3%) новорожденных с врожденными пороками сердца проживала в городе Самарканде, остальные дети распределялись по всем регионам области. Наиболее высокие значения этого показателя у новорожденных составляла по Ургутскому у 46 (16,0%) детей и Пастдаргомскому районам у 29 (10,1%) детей. Самые низкие величины частоты ВПС, регистрировались у новорожденных по Пахтачскому у 5 (1,7%) детей и Кушрабадскому районам у 8 детей (2,8%). Остальные больные равномерно распределялись по районам области. Анализ исследования позволил не только определить частоту отдельных нозологических форм пороков сердца, но и распределить выявленные пороки по их частоте.

Структура основных нозологических форм врожденных пороков сердца у новорожденных детей показывает, что в группе

наиболее часто встречающихся ВПС зарегистрированы дефект межжелудочковой перегородки - у 132 (40,7%) больных и дефект межжелудочковой перегородки в сочетании с другими формами ВПС у 27 (8,3%) детей, а также дефект межпредсердной перегородки у 101 (31,2%) и межпредсердной перегородки в сочетании с другими формами ВПС у 18 (5,6%) новорожденных. Более тяжелые формы ВПС, такие как тетрада Фалло были отнесены к группе умеренно частых пороков и выявлены у 20 (6,2%) детей, в группу редко встречающихся пороков (менее чем 4,0%) вошли открытый артериальный проток у 11 (3,4%) больных, артерио-вентрикулярный канал у 3 (0,9%), общий аортальный ствол у 2 (0,6%), стеноз легочной артерии у 4 (1,2%), атрезия трикуспидального клапана у 2 (0,6%) и недостаточность трикуспидального клапана встречающаяся у 4 (1,2%) новорожденных.

Таблица №1

№	Районы	Количество болевших детей ВПС	Проценты
1	Ургут	46	16,0%
2	Пастдаргом	29	10,1%
3	Пахтачи	5	1,7%
4	Кушрабат	8	2,8%

Таблица №2

№	ДМЖП	132	40,7%
1	ДМЖП сочетан с др ВПС	27	8,3%
2	ДМММ	101	31,2%
3	ДМММ сочетан с др ВПС	18	5,6%
4	Тетрада Фалло	20	6,2%
5	ОАП	11	3,4%
6	Атриовентрикулярный канал	3	0,9%
7	ОА ствол	2	0,6%
8	Стеноз легочной артерии	4	1,2%
9	Атрезия трикуспидального клапана	2	0,6%
10	Недостаточность трикуспидального клапана	4	1,2%

Выводы. Данные распространенности, частоты и структуры врожденных пороков сердца у детей могут быть использованы при планировании объема специализированной помощи, в том числе и кардиохирургической в Самаркандской области.

Список литературы/ Iqtiboslar / References

1. Шавази Н.М., Гайбуллаев Ж. Ш., Лим М.В., Рузикулов Б.Ш., Карджавова Г.А., Алланазаров А.Б., Ибрагимова М.Ф. Ингаляции ацетилцистеина в терапии рецидивирующих обструктивных бронхитов у детей // Вопросы науки и образования. 2020. №29 (113).
2. Шавази Н. М., Лим М.В., и Каримова Г.М. "Состояние сердечной гемодинамики по данным эхокардиографического исследования у детей раннего возраста с пневмонией, осложненной инфекционно-токсическим шоком" Вестник экстренной медицины, №3, 2013, С. 289-290.
3. Lim M.V., Shavazi N.M. "The combined use of acetylcysteine and 3% of sodium chloride in the nebulizer therapy of acute bronchiolitis" European science review, no. 11-12, 2016, pp. 63-66.
4. Shavazi, N. M., et al. "The assessment of the degree of broncho-obstruction in acute bronchiolitis in infants." Materials of III conference of the Association of Doctors of Emergency Medical Care of Uzbekistan. 2015.
5. Шавази Н. М., Рустамов М. Р., Лим М. В. Е. I INDEX-Метод объективной оценки бронхообструктивного синдрома у детей // Научно-методический журнал ACADEMY. – 2019. – №. 10 (49). – С. 44.
6. Лим В.И., Набиева Ш.М., Лим М.В. Влияние этиологического фактора развития на течение гемолитической болезни новорожденных // Вопросы науки и образования. 2020. №15 (99).
7. Лим В.И., Шавази Н.М., Гарифуллина Л.М., Лим М.В., Саидвалиева С.А. Оценка частоты метаболического синдрома среди детей и подростков с ожирением в Самаркандской области // Достижения науки и образования. 2020. №9 (63).-
8. Шавази Н. М. и др. Оценка степени бронхообструкции при острых бронхитах у детей раннего возраста // Материалы III съезда ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана. – 2015. – С. 285.
9. Шавази Н.М., Гайбуллаев Ж.Ш., Лим М.В., Рузикулов Б.Ш., Карджавова Г.А., Алланазаров А.Б., Ибрагимова М.Ф. Ингаляции ацетилцистеина в терапии рецидивирующих обструктивных бронхитов у детей. Вопросы науки и образования. 2020 г., 29 (113), Стр 16-20
10. LM Garifulina, ZE Kholmuradova, MV Lim, VI Lim. The Psychological status and eating behavior in children with obesity. 2020, Issues of science and education, 26, P.110
11. Шавази Н.М., Лим М.В., Лим В.И., Рузикулов Б.Ш., Азимова К.Т. Применение ингаляций 10% ацетилцистеина у детей с острым обструктивным бронхитом. 2020, Журнал Вопросы науки и образования, Номер 35 (119), Страницы 14-18.
12. Закирова Б.И., Лим М.В., Шавази Н.М. и соавт. Бронхообструктивный синдром: прогностическая значимость дисбиоза кишечника в его развитии. 2020, Журнал Достижения науки и образования. Номер 10 (64). Страницы 83-85.

13. Н.М. Шавазы, К.Т. Азимова, Б.И. Закирова, М.В. Лим. Прогностическая значимость факторов риска на развитие инфекционнотоксического шока при пневмониях у детей раннего возраста. 2011, Журнал Тюменский медицинский журнал, Номер 2, с.26.
14. Н.М. Шавазы, М. Лим, М. Тамбриазов, Ш. Хусаинова. Распространенность рецидивов обструктивного бронхита у детей. Журнал проблемы биологии и медицины, 4 (104), с.132-134.
15. Н.М. Шавазы и соавт. Влияние микробного пейзажа кишечника на течение острого ларинготрахеита у детей. Журнал вестник врача Том 1, Номер 1, с.49-52.
16. Н.М. Шавазы и соавт. Комплексное лечение атопического дерматита у детей раннего возраста. 2020, Журнал Наука через призму времени, 12, Стр. 92-94
17. Н.М. Шавазы и соавт. Применение препарата Макропен при внебольничных пневмониях у детей. 2020, Вопросы науки и образования, 36 (120), Стр. 19-22
18. Н.М. Шавазы и соавт. Совершенствование лечения пневмонии с атипичной этиологией у детей. 2021, Журнал вестник врача, 2 (99), Стр.109-112.
19. Н.М. Шавазы и соавт. Эффективность наружного применения сульфата цинка в базисной терапии атопического дерматита у детей. 2020, Достижения науки и образования, 15 (69), Стр. 54-56.
20. Мамутова Э.С., Шадиева Х.Н. «Клинико-рентгенологическая характеристика синдрома увеличенного средостения при неотложных состояниях у детей». «Проблемы биологии и медицины». Научный журнал по теоретическим и практическим проблемам биологии и медицины. 2017№3. С. 65-69.
21. Шадиева Х.Н., Хайдарова С.Х., Мамутова Э.С. «Врожденные пороки сердца, масштаб проблемы. Выявление факторов риска развития врожденных пороков сердца». Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. № 3.2., Том 2. 2021. С. 67-69.

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Лим Максим Вячеславович

Доцент кафедры педиатрии 1 и неонатологии
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Сафарова Ширинбону Санджаровна

клинический ординатор 1 курса кафедры педиатрии 1 и неонатологии
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Рахматов Адхамбек Азизбек угли

клинический ординатор 1 курса кафедры педиатрии 1 и неонатологии
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Туракулов Иброхим Шавкатович

клинический ординатор 1 курса кафедры педиатрии 1 и неонатологии
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПОРАЖЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННОГО

For citations: Lim Maksim Vyacheslavovich, Safarova Shirinbonu Sandjarovna, Raxmatov Adxambek Azizbek ugli, Turakulov Ibroxim Shavkatovich/ Diagnostics of disorders of the cardiovascular system in perinatal lesion of the central nervous system in a newborn. Journal of hepato-gastroenterology research. vol. 3, issue 3. pp.

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

АННОТАЦИЯ

Изучено выявление нарушений сердечно - сосудистой системы при поражении ЦНС у новорожденных. Обследовано 120 новорожденных, разделенных на III группы: I группа - 50 новорожденных с функциональными изменениями сердечно - сосудистой системы (ССС), умеренными перинатальными поражениями центральной нервной системы (ЦНС), II группа - 40 новорожденных с тяжелым перинатальным поражением ЦНС с функциональными изменениями сердечно - сосудистой системы. Контрольную группу составили 30 здоровых новорожденных. Полученные результаты исследований, предоставили дополнительные диагностические критерии - диагностическую шкалу инструментальной оценки функционального состояния сердечно - сосудистой системы у новорожденных с перинатальным поражением центральной нервной системы, использование которой позволит проводить своевременную диагностику кардиальной патологии, оптимизировать лечение и снизить частоту осложнений заболевания.

Ключевые слова: новорожденный, центральная нервная система, выявление нарушений сердечно - сосудистой системы, диагностика.

Lim Maksim Vyacheslavovich

Associate Professor of the Department of Pediatrics 1 and Neonatology
Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Safarova Shirinbonu Sandjarovna

1st year clinical residents of the Department of Pediatrics and Neonatology
Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Raxmatov Adxambek Azizbek ugli

1st year clinical residents of the Department of Pediatrics and Neonatology
Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Turakulov Ibroxim Shavkatovich

1st year clinical residents of the Department of Pediatrics and Neonatology
Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

DIAGNOSTICS OF DISORDERS OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN PERINATAL LESION OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM IN A NEWBORN

ANNOTATION

Identification of disorders of the cardiovascular system in case of CNS damage in newborns. 120 newborns were examined, divided into groups III: group I 50 newborns with functional changes in the cardiovascular system (CVS), moderate perinatal lesions of the central nervous system

(CNS), group II included 40 newborns with severe perinatal CNS damage with functional changes in the cardiovascular systems. The control group consisted of 30 healthy newborns. EchoCG parameters significantly differ in patients with perinatal CNS damage depending on the severity of the disease, which allows us to recommend them for diagnosis in cardiovascular diseases, to determine the severity of disorders and diseases.

Key words: newborn, central nervous system, detection of disorders of the cardiovascular system, diagnostics.

Lim Maksim Vyacheslavovich

1-pediatriya va neonatologiya kafedrası dotsenti
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

Safarova Shirinbonu Sandjarovna

Pediatriya va neonatologiya kafedrası 1-kurs klinik ordinatorlari
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

Raxmatov Adxambek Azizbek ugli

Pediatriya va neonatologiya kafedrası 1-kurs klinik ordinatorlari
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekisto

Turakulov Ibroxim Shavkatovich

Pediatriya va neonatologiya kafedrası 1-kurs klinik ordinatorlari
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLARDA MARKAZIY NERV TIZIMINING PERINATAL ZARARLANISHIDA YURAK-QON TOMIR TIZIMI BUZILISHI DIAGNOSTIKASI

ANNOTATSIYA

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda MNS zararlanganda yurak-qon tomir tizimining buzilishlarini aniqlash. 120 ta yangi tug'ilgan chaqaloq ko'rikdan o'tkazildi, III guruhga bo'lingan: I guruh yurak-qon tomir tizimida (CVS) funktsional o'zgarishlar bilan 50 yangi tug'ilgan chaqaloqlar, markaziy asab tizimining (MNS) o'tacha perinatal zararlanishlari, II guruhga funktsional o'zgarishlar bilan og'ir perinatal MNS zararlangan 40 yangi tug'ilgan chaqaloqlar kiritilgan yurak-qon tomir tizimlarida. Nazorat guruhi 30 ta sog'lom yangi tug'ilgan chaqaloqdan iborat edi. ExoKG parametrlari kasallikning og'irligiga qarab perinatal MNS zararlangan bemorlarda sezilarli darajada farqlanadi, bu bizga ularni yurak-qon tomir kasalliklarida tashxis qo'yish, buzilishlar va kasalliklarning og'irligini aniqlash uchun tavsiya qilish imkonini beradi.

Kalit so'zlar: yangi tug'ilgan chaqaloq, markaziy asab tizimi, yurak-qon tomir tizimining buzilishlarini aniqlash, diagnostika.

Актуальность. Изменения сердечно - сосудистой системы (ССС) у новорожденных при перинатальном поражении центральной нервной системы (ЦНС) нередко не диагностируются, так как на первый план у больных выступают симптомы поражения ЦНС. Однако в дальнейшем это приводит к серьезным изменениям сердечной деятельности. Ведется дальнейший поиск различных методов диагностики [1, 7, 8, 11].

Имеются исследования, в которых утверждается, что при перинатальном поражении центральной нервной системой у новорожденных в дальнейшем формируются функциональные нарушения CCC [6, 5, 15].

В работе указывается, что у новорожденных детей с гипоксическим поражением ЦНС выявляется высокая частота сердечно - сосудистых расстройств, описываются клинические, электрокардиографические и эхокардиографические признаки изменений CCC, в зависимости от степени тяжести поражения нервной системы. Описывается возможность ликвидации расстройств при проведении комплексной терапии [9].

В последние годы, большое значение в кардиологической практике придается прогнозированию и диагностике заболеваний с помощью специальных шкал [2].

Современный уровень пренатальной эхокардиографии закономерно приводит к неуклонному увеличению числа выявленных случаев порока у плодов параллельно с уменьшением гестационных сроков диагностики и теоретически предполагает возможность обнаружения не только грубых, тяжелых форм врожденных пороков сердца, но и малосимптомных форм, относительно благоприятных для жизни [4, 10, 18]. Уделяется внимание поиску и анализу факторов повышенного риска ранней детской смертности, особенностям эхокардиографической картины у плода или новорожденного, особенностям ультразвуковых пренатальных и перинатальных диагностических признаков [3, 17].

Наиболее полная информация об оценочных и прогностических шкалах при критических состояниях в медицине, в том числе и в педиатрической практике освещена в литературе [12,15,19].

Однако в литературе практически нет сведений о шкалах оценки функционального состояния CCC у новорожденных с перинатальной энцефалопатией, что свидетельствует об актуальности данного исследования [13,14, 16].

Цель работы: разработать диагностическую шкалу инструментальной оценки состояния сердечно - сосудистой системы у новорожденных с перинатальным поражением центральной нервной системы.

Материал и методы исследования.

В работе представлены результаты изучения анамнестических, клинических и инструментальных исследований за 120 новорожденными с перинатальным поражением ЦНС средней и тяжелой степени нарушений, находившихся на стационарном лечении в отделении патологии новорожденных и отделении неонатальной реанимации Самаркандского областного детского многопрофильного медицинского центра г. Самарканда. в период с 2018 по 2021 годы.

Критериями исключения больных были: наличие врожденных пороков развития, инфекционно-воспалительных и органических поражений головного мозга.

Больные были разделены на III группы: I группу составили 50 новорожденных с перинатальным поражением ЦНС средней степени, во II группу вошли 40 больных с перинатальным поражением ЦНС тяжелой степени тяжести и III группа из 30 новорожденных, для определения эффективности диагностической шкалы инструментальной оценки функционального состояния CCC при перинатальном поражении ЦНС. Контрольную группу составили 30 здоровых новорожденных.

У новорожденных проводилось эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование сердца с определением конечно-систолического размера левого желудочка (КСР), конечно-систолического объема левого желудочка (КСО), конечно-диастолического размера левого желудочка (КДР), конечно-диастолического объема левого желудочка (КДО), ударного объема крови (УО), минутного объема кровообращения (МО) и фракции изгнания (ФИ) и фракции укорочения (ФУ). При

нейросонографическом (НСГ) исследовании мозга определялись показатели имеющие количественные характеристики: размеры третьего, четвертого желудочков и субарахноидального пространства.

Статистическая обработка результатов проводилась с вычислением среднего арифметического значения (М), ошибки среднего арифметического значения (m), критерия Стьюдента (t).

Значение $P < 0,05$ было принято в качестве порогового уровня статистической значимости.

Результаты.

Для комплексного изучения полученных данных, нами составлена таблица коэффициентов (табл. 1), которая была положена в основу разработки диагностической шкалы инструментальной оценки функционального состояния CCC у новорожденных с перинатальным поражением ЦНС.

Таблица 1

Коэффициенты факторов функционального состояния CCC у новорожденных.

№	Показатель	Характеристика	
		показатели	коэффициент (балл)
Нейросонографии			
1.	Третий желудочек (мм)	≤5,9	1
2.	Четвертый желудочек (мм)	≤6,1	1
3.	Субарахноидальное пространство (мм)	≤4,9	1
Эхокардиографии			
4.	Конечный систолический размер (см)	≤3,14	1
5.	Конечный диастолический объем (мл)	≤6,58	1
6.	Ударный объем (мл)	≤5,09	1
7.	Минутный объем крови, л/мин	≤0,77	1

На основании полученных значений коэффициента и для удобства практического использования конечного результата, составлена диагностическая шкала инструментальной оценки функционального состояния CCC у новорожденных с перинатальным поражением ЦНС. После обследования больного,

наряду с клинко-лабораторным обследованием, у пациента на основании НСГ и ЭхоКГ исследований определялись коэффициенты факторов риска и вычислялся диагностический коэффициент, который определялся путем суммирования баллов коэффициентов факторов риска (таблица 2).

Таблица 2

Диагностическая шкала инструментальной оценки функционального состояния CCC у новорожденных с перинатальным поражением ЦНС.

Диагностический коэффициент	Функциональное состояние сердечно - сосудистой системы
ДК $< 1,0$ балла	Изменений нет
$1,0 < \text{ДК} < 4,0$ баллов	Умеренные изменения
ДК $\geq 5,0$ баллов	Выраженные изменения

Как видно из таблицы 2, функциональное состояние CCC оценивается согласно представленной диагностической шкалы, при ДК $< 1,0$ балла признаков нарушения функционального состояния CCC нет, при $1,0 < \text{ДК} < 4,0$ баллов выявляются умеренные и при ДК $\geq 5,0$ баллов выраженные функциональные изменения CCC у детей с перинатальным поражением ЦНС.

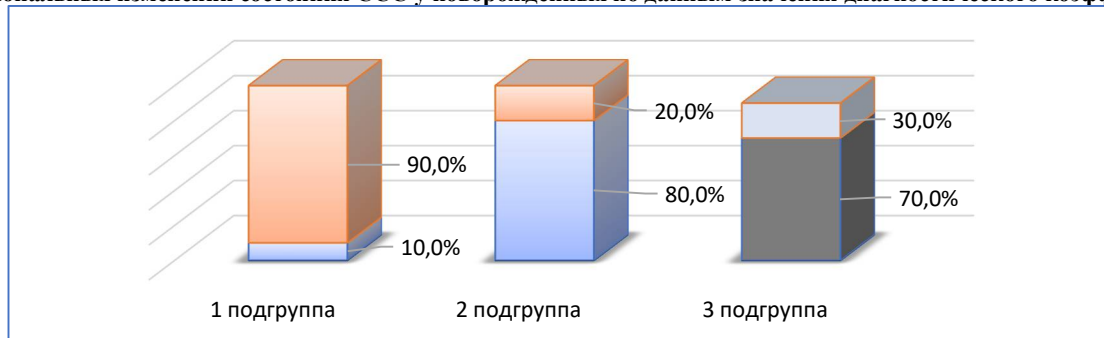
Нами проведена оценка эффективности диагностической шкалы инструментальной оценки функционального состояния CCC, путем обследования 30 новорожденных с перинатальным

поражением ЦНС (III группа), разделенных на 3 подгруппы (1, 2, и 3 подгруппы) по 10 человек в каждой, у которых диагностический коэффициент был равен: ДК $< 1,0$ балла, $1,0 < \text{ДК} < 4,0$ и ДК $\geq 5,0$ баллов соответственно подгруппе больных.

Результаты исследования подтвердили возможность использования диагностической шкалы инструментальной оценки функционального состояния CCC у новорожденных с перинатальным поражением ЦНС (рисунок 1).

Рисунок 1.

Частота функциональных изменений состояния CCC у новорожденных по данным значения диагностического коэффициента.



Примечание: - изменений CCC нет,

- умеренные изменения

CCC, - выраженные изменения CCC.

Так, в 1 подгруппе детей оцененных согласно диагностическому коэффициенту $ДК < 1,0$ балла, только у 1 (10,0%) из 10 обследованных новорожденного выявлялись умеренные клинические признаки функционального нарушения CCC, а у остальных 9 (90%) нарушений не было. При диагностическом коэффициенте $1,0 < ДК < 4,0$ баллов (2 подгруппа), у 8 (80,0%) детей выявлялись умеренные, а у 2 (20%) нарушений не выявлено; при диагностическом коэффициенте $ДК \geq 5,0$ баллов (3 подгруппа) также у 7 (70,0%) новорожденных выявлялись выраженные и у 3 (30,0%) умеренные клинические признаки функциональных нарушений CCC.

Таким образом, полученные результаты исследований предоставили дополнительные диагностические критерии - диагностическую шкалу инструментальной оценки функционального состояния сердечно - сосудистой системы у новорожденных с перинатальным поражением центральной нервной системы, использование которой позволит проводить своевременную диагностику кардиальной патологии и оптимизировать лечение и снизить частоту осложнений заболевания.

Список литературы/ Iqtiboslar / References

1. Шаваз Н.М., Гайбуллаев Ж. Ш., Лим М.В., Рузикулов Б.Ш., Карджавова Г.А., Алланазаров А.Б., Ибрагимова М.Ф. Ингаляции ацетилцистеина в терапии рецидивирующих обструктивных бронхитов у детей // Вопросы науки и образования. 2020. №29 (113).
2. Шаваз Н. М., Лим М.В., and Каримова Г.М. "Состояние сердечной гемодинамики по данным эхокардиографического исследования у детей раннего возраста с пневмонией, осложненной инфекционно-токсическим шоком" Вестник экстренной медицины, №3, 2013, С. 289-290.
3. Lim M.V., Shavazi N.M. "The combined use of acetylcysteine and 3% of sodium chloride in the nebulizer therapy of acute bronchiolitis" European science review, no. 11-12, 2016, pp. 63-66.
4. Shavazi, N. M., et al. "The assessment of the degree of broncho-obstruction in acute bronchiolitis in infants." Materials of III conference of the Association of Doctors of Emergency Medical Care of Uzbekistan. 2015.
5. Шаваз Н. М., Рустамов М. Р., Лим М. В. Е: I INDEX-Метод объективной оценки бронхообструктивного синдрома у детей // Научно-методический журнал ACADEMY. – 2019. – №. 10 (49). – С. 44.
6. Лим В.И., Набиева Ш.М., Лим М.В. Влияние этиологического фактора развития на течение гемолитической болезни новорожденных // Вопросы науки и образования. 2020. №15 (99).
7. Лим В.И., Шаваз Н.М., Гарифуллина Л.М., Лим М.В., Саидвалиева С.А. Оценка частоты метаболического синдрома среди детей и подростков с ожирением в Самаркандской области // Достижения науки и образования. 2020. №9 (63).-
8. Шаваз Н. М. и др. Оценка степени бронхообструкции при острых бронхиолитах у детей раннего возраста // Материалы III съезда ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана. – 2015. – С. 285.
9. Шаваз Н.М., Гайбуллаев Ж.Ш., Лим М.В., Рузикулов Б.Ш., Карджавова Г.А., Алланазаров А.Б., Ибрагимова М.Ф. Ингаляции ацетилцистеина в терапии рецидивирующих обструктивных бронхитов у детей. Вопросы науки и образования. 2020 г., 29 (113), Стр 16-20
10. LM Garifulina, ZE Kholmuradova, MV Lim, VI Lim. The Psychological status and eating behavior in children with obesity. 2020, Issues of science and education, 26, P.110
11. Шаваз Н.М., Лим М.В., Лим В.И., Рузикулов Б.Ш., Азимова К.Т. Применение ингаляций 10% ацетилцистеина у детей с острым обструктивным бронхитом. 2020, Журнал Вопросы науки и образования, Номер 35 (119), Страницы 14-18.
12. Закирова Б.И., Лим М.В., Шаваз Н.М. и соавт. Бронхообструктивный синдром: прогностическая значимость дисбиоза кишечника в его развитии. 2020, Журнал Достижения науки и образования. Номер 10 (64). Страницы 83-85.
13. Н.М. Шаваз, К.Т. Азимова, Б.И. Закирова, М.В. Лим. Прогностическая значимость факторов риска на развитие инфекционно-токсического шока при пневмониях у детей раннего возраста. 2011, Журнал Тюменский медицинский журнал, Номер 2, с.26.
14. Н.М. Шаваз, М Лим, М Тамбриазов, Ш Хусаинова. Распространенность рецидивов обструктивного бронхита у детей. Журнал проблемы биологии и медицины, 4 (104), с.132-134.
15. Н.М. Шаваз и соавт. Влияние микробного пейзажа кишечника на течение острого ларинготрахеита у детей. Журнал вестник врача Том 1, Номер 1, с.49-52.
16. Н.М. Шаваз и соавт. Комплексное лечение атопического дерматита у детей раннего возраста. 2020, Журнал Наука через призму времени, 12, Стр. 92-94
17. Н.М. Шаваз и соавт. Применение препарата Макропен при внебольничных пневмониях у детей. 2020, Вопросы науки и образования, 36 (120), Стр. 19-22
18. Н.М. Шаваз и соавт. Совершенствование лечения пневмонии с атипичной этиологией у детей. 2021, Журнал вестник врача, 2 (99), Стр.109-112.
19. Н.М. Шаваз и соавт. Эффективность наружного применения сульфата цинка в базисной терапии атопического дерматита у детей. 2020, Достижения науки и образования, 15 (69), Стр. 54-56.

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Мамутова Эвелина Сергеевна

Ассистент кафедры пропедевтики детских болезней
Самаркандский Государственный медицинский институт
Узбекистан, Самарканд

Шадиева Халима Нуридиновна

PhD, ассистент кафедры Пропедевтики детских болезней
Самаркандский государственный медицинский институт
Самарканд, Узбекистан

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МИАСТЕНИИ ГРАВИС

For citation: Mamutova Evelina Sergeevna, Shadieva Halima Nuridinovna/ The clinic case of myasthenia gravis. Journal of hepato-gastroenterology research. vol. 3, issue 3. pp.

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

АННОТАЦИЯ

В статье представлена история болезни одной пациентки с миастенией гравис – редко встречающимся в практике заболеванием. Пациентка наблюдалась врачами на протяжении 8 месяцев от начала симптомов и до возвращения к нормальной жизни в результате тимэктомии. В данное время лечение и наблюдение за состоянием пациентки продолжается. Описав данный случай в статье мы намерены еще раз обратить внимание врачей всех направлений на проблему редких заболеваний, диагностика которых зачастую затягивается, а выбор правильной тактики лечения запаздывает. Т.о. хочется подчеркнуть важность самопросвещения в этой сфере.

Ключевые слова: Миастения гравис, дети, редкие заболевания.

Mamutova Evelina Sergeevna

Bolalar kasalliklari propedevtikasi kafedrası assistenti
Samarqand davlat tibbiyot Instituti
Samarqand, O'zbekiston

Shadieva Khalima Nuridinovna

PhD, Bolalar kasalliklari propedevtikasi kafedrası assistenti
Samarqand davlat tibbiyot Instituti
Samarqand, O'zbekiston

MIASTENIYA GRAVISNING KLINIK HOLATI

ANNOTATSIIYA

Maqolada amaliyotda kam uchraydigan kasallik bo'lgan miyasteniya gravis bilan og'rigan bir bemorning kasallik tarixi keltirilgan. Bemor 8 oy davomida shifokorlar tomonidan kuzatilgan, ya'ni simptomlar boshlanganidan boshlab, timektomiya natijasida normal hayotga qaytgunga qadar. Ayni paytda bemorning davolash va ahvolini kuzatish davom etmoqda. Maqolada ushbu holatni tasvirlab berganimizdan so'ng, biz yana bir bor barcha yo'nalishdagi shifokorlarning e'tiborini kamdan-kam uchraydigan kasalliklar muammosiga qaratmoqchimiz, ularning tashxisi ko'pincha kechiktiriladi va to'g'ri davolash taktikasini tanlash kechiktiriladi. Bu sohada har bir shifokor o'zini-o'zi fido qilish muhimligini alohida ta'kidlab o'tmoqchiman.

Kalit so'zlar: Miasteniya gravis, bolalarda kam uchraydigan kasallikdir.

Mamutova Evelina Sergeevna

Assistant of the Department of Propaedeutics of Children's Diseases.
Samarkand State Medical Institute. Samarkand, Uzbekistan

Shadieva Halima Nuridinovna

PhD, Assistant of the Department of Propaedeutics of Children's Diseases
Samarkand State Medical Institute, Samarkand Uzbekistan

THE CLINIC CASE OF MYASTHENIA GRAVIS

ANNOTATION

The article presents the medical history of a patient with myasthenia gravis, a disease that is rare in practice. The patient was monitored by physicians for 8 months from the onset of symptoms until his return to normal life as a result of thymectomy. Treatment and monitoring of the

patient's condition are currently underway. After describing this condition in the article, we would like to once again draw the attention of doctors in all areas to the problem of rare diseases, the diagnosis of which is often delayed and the choice of the right treatment strategy is delayed. Hence, We would like to emphasize the importance of self-education in this area.

Key words: Myasthenia gravis, children, rare diseases.

Большой интерес среди орфанных заболеваний представляет миастения гравис, так как при этой болезни наблюдается специфический тип мышечной дисфункции. Миастения - заболевание нейромускулярных соединений и возникает в результате аутоиммунной атаки на постсинаптические ацетилхолиновые рецепторы, вследствие чего нарушается нервно-мышечная передача.

Частота встречаемости, по последним данным, составляет 8-10 случаев на 1 миллион населения. Дети и подростки до 17 лет составляют 9-15% больных миастенией. В возникновении миастении гравис важная роль отводится тимусу как органу, участвующему в иммунных реакциях организма, а преципирующими факторами выступают: инфекции, эстрогены, хирургическое лечение, наследственная предрасположенность и некоторые лекарственные средства (например, аминогликозиды, хинин, сульфат магния, прокаинамид, блокаторы кальциевых каналов, ингибиторы иммунных контрольных точек).

У 65% пациентов с миастенией наблюдается гиперплазия тимуса, а у 15% тимомы. У половины же пациентов с тимомой, впоследствии развивается миастения. У больных с фолликулярной гиперплазией тимуса обнаруживаются эктопические герминативные центры, содержащие большое количество В-клеток, продуцирующих антитела к ацетилхолиновым рецепторам. Помимо того Тreg-клетки, продуцируемые тимусом, определяют гомеостаз между про- и противовоспалительными факторами, а их деструкция приводит, в первую очередь, к стимуляции образования ИЛ-17, поддерживающего аутоиммунные реакции в организме, а также ИЛ-6 и ИЛ-1. Таким образом тимус больных миастенией содержит все компоненты иммунного ответа, направленного против собственных ацетилхолиновых рецепторов (АХР): сами АХР, В-клетки, продуцирующие антитела к АХР, и анти-АХР аутореактивные Т-клетки.

Клинические проявления миастении гравис связаны с патологической утомляемостью и слабостью мышц, которые носят динамический характер в течение суток, зависят от объема, продолжительности физической нагрузки и уменьшаются после отдыха. Классическими симптомами миастении гравис являются избирательная слабость глазных, лицевых, бульбарных мышц, мышц конечностей и туловища; мышечная слабость без болевого синдрома в сочетании с нормальными или даже оживленными сухожильно-периостальными рефлексам и отсутствием расстройств чувствительности; значительное уменьшение слабости под влиянием антихолинэстеразных препаратов

Классификация миастении за последние годы претерпела существенные добавления. Наиболее распространена систематизация миастении гравис, предложенная Б. М. Гехт и Н. А. Ильиной [7] и дополненная Е. Н. Пономаревой.

Клиническая классификация миастении гравис.

1. По характеру течения миастенического процесса:

- миастенические эпизоды;
- миастенические состояния;
- прогрессирующая миастения;
- злокачественная миастения.

2. По степени генерализации двигательных расстройств:

А. Локальные формы: глазная; глоточно-лицевая; скелетно-мышечная.

Б. Генерализованные формы:

- без миастенических кризов;
- с миастеническими кризами.

3. По степени тяжести двигательных расстройств:

- легкая;
- средней степени тяжести;
- тяжелая.

4. По восстановлению двигательных функций на прием антихолинэргических препаратов (АХЭП) и кортикостероидов (КС):

- полная компенсация;
- неполная компенсация;
- плохая компенсация.

5. По отношению к вилочковой железе:

- тимогенная (при гипер-, нормоплазии или атрофических изменениях);
- тимомогенная (с указанием характера тимомы).

6. По выявлению антител выделяют:

- Серопозитивную миастению гравис.
- Серонегативную миастению гравис.

По данным за период с 2021-2022 гг. в отделении неврологии ОДММЦ г. Самарканда с диагнозом миастения гравис проходила лечение 1 пациентка З., в возрасте 11 лет (за пятилетний период это также единственный случай миастении гравис в нашей клинике). Пациентка поступила 12.05.2021 года с жалобами на прогрессирующую мышечную слабость, облегчающуюся в утренние часы и усиливающуюся к вечеру, нарушение речи, зрения, поперхивания при приеме пищи, временами с затруднением глотания.

Болезнь началась с марта 2021 года, когда ребенок начал часто падать, при этом сам не понимая причины, объясняя это тем, что ноги не держат. Впоследствии, болезнь начала прогрессировать. После падений стало тяжело подниматься на ноги самой, стали нарушаться речь и зрение. Пациентка перестала посещать школу. Болезнь прогрессировала с бульбарной формы миастении в краниальную, с последующим прогрессированием в генерализованную.

Ребенок 2 в семье от 2 родов. Всего детей 4, здоровы и не имеют никаких аутоиммунных заболеваний.

Объективно: состояние на 12.05.2021 средней тяжести. Сознание ясное. Мышцы в состоянии гипотонуса. Со слов пациентки, тяжело носить волосы на голове, ноги не держат, часто падает и не в состоянии самостоятельно подняться. Мышечная слабость нарастает к вечеру. Отмечается птоз обоих век. Интенсивность птоза колеблется в течение дня, усиливаясь к вечеру. Отмечается ограничение движений глазных яблок, нистагмическое подергивание и диплопия. Диплопия более выражена при взгляде вдаль. Розериновая проба положительна. Тест Когана положительный. Кожные покровы бледные, чистые. Температура 36,6. Дыхание ослабленное, проводится во все отделы. Хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные. АД 105/60 мм рт.ст. ЧСС 80 в 1 мин. Глотание и жевание затруднено, особенно к вечеру. Питается только протертой и жидкой пищей. Живот доступен пальпации, мягкий, безболезненный. Стул, диурез – без особенностей.

Лабораторное исследование (12.05.2021):

Общий анализ крови: гемоглобин 105 г/л, эритроциты $3,4 \times 10^{12}/л$, Цп-0,85; лейкоциты $4,1 \times 10^9/л$, тромбоциты $270 \times 10^9/л$; СОЭ 10 мм/ч;

Общий анализ мочи: св. желт., прозрач, уд.в. – 1016 г/л, кисл, белок отсутствует, цил. гиалин – отсутствуют, лейкоц. 1–2 в п.зр, эритроциты 1–0 в п.зр;

Биохимический анализ крови: белок 52,0 г/л, креатинин 69,0 мкмоль/л, мочевины 3,9 ммоль/л, билирубин общий – 10,0 мкмоль/л, АЛТ 13,0 Е/л, АСТ 16,9 МЕ/л, ЩФ 191,0 Е/л, глюкоза 3,8 ммоль/л, К⁺ 3,60 ммоль/л, Na⁺ 140,2 ммоль/л, Cl⁻ 102,9 ммоль/л;

Анализ крови на ТТГ, Т3, Т4: показатели в пределах нормы.

Антитела к АХР не проверялись.

Инструментальное исследование (13.05.2021):

МСКТ грудной клетки: КТ признаки тимомегалии (не исключается тимомы). Застойные изменения в малом круге кровообращения.

Рисунок 1.

МСКТ грудной клетки от 13.05.2021 г.



МСКТ головного мозга: КТ признаки патологических изменений вещества головного мозга не выявлены.

Установлен диагноз: Миастения гравис. Генерализованная форма. 2б класс тяжести с неполной компенсацией на фоне приема антихолинэргических препаратов. Тимомы.

Лечение: Прозерин 1 амп. 2-3 раза в день, Калимин 1 амп. 1 раз в день, плазмаферез 1 раз в 2 недели.

24 мая 2021 года больная была выписана с поддерживающей терапией (прозерин, калимин, плазмаферез).

Со временем родители стали отмечать, что становится необходимым более частое введение лекарственных средств, а эффект от плазмафереза был уже не заметен.

Объективно на 10.08. 2021 год: состояние тяжелое. Сознание присутствует. Мышцы в состоянии тяжелой степени гипотонии. На ноги пациентка не в состоянии встать и не в состоянии сидеть и держать голову. Отмечается птоз обоих век. Отмечается ограничение движений глазных яблок, нистагмическое подергивание и диплопия. Эффект от прозерина и калимина минимален и краткосрочен. Тест Когана положителен. Кожные покровы бледные, чистые. Температура 36,6. Пациентка подключена к аппарату искусственной вентиляции легких. Аускультативно дыхание ослабленное, проводится во все отделы, выслушивается крепитация в паравerteбральных областях. Тоны сердца ритмичные. АД 100/60 мм рт.ст. ЧСС 86 в 1 мин. Глотание

Фотографии предоставлены пациенткой и ее родителями с согласием на публикацию.

и жевание не возможны, кормится через зонд. Живот доступен пальпации, мягкий, безболезненный. Стул, диурез – без особенностей.

Лабораторное исследование (10.08.2021):

Общий анализ крови: гемоглобин 98 г/л, эритроциты $3,0 \times 10^{12}/л$, Цп-0,85; лейкоциты $6,1 \times 10^9/л$, тромбоциты $267 \times 10^9/л$; СОЭ 12 мм/ч;

Общий анализ мочи: св. желт., прозрач, уд.в. – 1018 г/л, кисл, белок отсутствует, цил. гиалин – отсутствуют, лейкоц. 1–2 в п.з, эритроциты 1–0 в п.зр;

Биохимический анализ крови: белок 48,0 г/л, креатинин 67,0 мкмоль/л, мочевины 3,7 ммоль/л, билирубин общий – 11,0 мкмоль/л, АЛТ 13,0 Е/л, АСТ 16,9 МЕ/л, глюкоза 3,5 ммоль/л, K^+ 3,40 ммоль/л, Na^+ 130,2 ммоль/л, Cl^- 101,0 ммоль/л;

В критическом состоянии (дыхание при помощи ИВЛ, питание через зонд, полное отсутствие нервно-мышечной проводимости, а также эффекта от антихолинэстеразных препаратов и процедур плазмафереза) пациентке, с согласия родителей была проведена тимэктомия, после операции пациентка находилась на ИВЛ, а в последующем, все утраченные мышечные функции в течение 1-2 месяцев нормализовались. (Фото 1,2). Сейчас пациентка живет полноценной жизнью, все двигательные функции восстановлены. Учится в общеобразовательной школе и наблюдается у невропатолога и педиатра по месту жительства.

Состояние пациентки до и –после тимэктомии.



В медицинской практике имеют место случаи редких заболеваний, которые, к сожалению, не всегда правильно и своевременно диагностируются.

В детском возрасте манифестирует порядка 50% редких заболеваний. Период между появлением первых симптомов заболевания и постановкой диагноза может быть очень продолжительным, что приводит к риску неправильного лечения. Жизнь с редким заболеванием затрагивает все ее аспекты: школу, выбор работы, досуг с друзьями, эмоциональную сферу. Возможна изоляция, исключение из социума. Пациенты с редкими заболеваниями и их семьи отягощают свое состояние отчаянием, недостатком надежды на адекватное лечение, отсутствием ежедневной поддержки.

Миастения гравис на фоне тимомы (тимомегалии) в детском возрасте – крайне редко встречающаяся патология. Нами был представлен катамнез данного заболевания на примере одной пациентки, и история болезни этой пациентки с момента начала болезни и до постановки правильного диагноза продлилась более 3 месяцев. А с момента появления первых симптомов и до проведения операции, вернувшей пациентку к нормальной жизни, прошло 7 месяцев.

Таким образом, хочется еще раз обратить внимание врачей всех направлений на проблему орфанных заболеваний и подчеркнуть важность самопросвещения в этой сфере.

Список литературы/ Iqtiboslar / References:

1. Гехт Б.М. Миастения: диагностика и лечение / Б.М. Гехт, А.Г. Санадзе // Неврологический журнал. – 2003. – Т.8. – Прил. 1. – С. 8–12.
2. Дедаев С. И. Антитела к аутоантигенным мишеням при миастении и их значение в клинической практике / Дедаев С. И. // Нервно-мышечные болезни. - 2014. - № 2. - С. 6-15
3. Binks S. Myasthenia gravis: a clinical-immunological update / Binks S., Vincent A., Palace J. et al. // J. Neurol – 2016. – Vol. 263, №4. – P.826-834.
4. Э Мамутова, Х Шадиева – Клинико-рентгенологическая характеристика синдрома увеличенного средостения при неотложных состояниях у детей. Журнал проблемы биологии и медицины, 2017
5. Кравчук Ж.П.; Румянцев О.А. Орфанные заболевания: определение, проблемы,перспективы. Журнал проблемы здоровья и экологии июль, 2013
6. Маматкулова Ф.Х, Ибатова Ш.М., Исламова Д.С., Маматкулов Х.М., Суванкулова А.И. Клинико-диагностическая характеристика синдрома увеличенной вилочковой железы у детей. Ж. Проблемы биологии и медицины, Самарканд. - 2015. №3 (84). -С. 47-50.
7. Пономарева, Е. Н. Миастения: клиника, патогенез, дифференциальная диагностика, тактика ведения / Минск: Мет, 2002. – 175 с.
8. Хайдарова С.Х., Шадиева Х.Н., Мамутова Э.С. «Врожденные пороки сердца, масштаб проблемы. Выявление факторов риска развития врожденных пороков сердца». Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. № 3.2., Том 2. 2021. С. 67-69.
9. Шадиева Х.Н., Хайдарова С.Х., Мамутова Э.С. «Клинический случай дилатационной кардиомиопатии, осложненной желудочковой экстрасистолой и тромбом левого желудочка». Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. № 3.2., Том 2. 2021. С. 51-55.
10. Уралов Ш.М., Ибатова Ш.М., Джураев Ш.А., Абдукадирова Н.Б., Мамутова Э.С. «Наши рекомендации по составлению карты фенотипа для проведения генетических исследований у детей». Тенденции и перспективы развития науки и образования в условиях глобализации. Переяславль-Хмельницкий. 2019 г.

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Murtazaev Zafar Isrofulovich

Umumiy xirurgiya kafedrası, tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

Baysariyev Shovkat Usmonovich

Umumiy xirurgiya kafedrası, assistent
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

О'ПКА ВА JIGAR QO'SHMA EXINOKOKKOZIDA JARROHLIK TAKTIKASI

For citation: Murtazaev Zafar Isrofulovich, Baisariyev Shovkat Usmonovich/Surgical tactics in combined lung and liver echinococcosis. Journal of hepato-gastroenterology research. vol. 3, issue 3. pp.

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

ANNOTATSIIYA

Dolzarbli. O'pka va jigar exinokokkozi davosida xirurgik usul hozirgacha asosiy bo'lib qolmoqda. Muqobil konservativ davo esa uncha samarali emas. Ushbu tadqiqotimizning asosiy maqsadi exinokokkozning o'pka va jigar kistalarini davolashda minimal invaziv xirurgik aralashuvlarni baholashdan iborat.

Material va metodlar. Ushbu ishimiz Samarqand Davlat tibbiyot universitetining umumiy xirurgiya kafedrası klinikasida o'pka va jigarning qo'shma exinokokkoziga chalingan 112 nafar bemorni xirurgik yo'l bilan davolash natijalarini o'z ichiga oladi.

Klinik material uch guruhga bo'lingan: birinchi guruhda (nazorat guruxi) 36 (32,14%) bemor bo'lib, o'pka va jigardagi kistalar alohida keng kesmalar orqali operatsiya qilingan. Shu qatorda, 34 (94,44%) bemorda o'tkazilgan operatsiyalar 4-6 haftalik interval bilan etapma-etap amalga oshirildi, 2 (5,56%) nafar bemorda esa, exinokokkektomiya amaliyoti bir momentli, ya'ni o'pka va jigardan bir vaqtning o'zida alohida kesmalar orqali amalga oshirildi; Ikkinchi guruhdagi 29 nafar (25,89%) bemorga bir vaqtning o'zida torakofrenolaparotomiya yo'li bilan o'ng o'pka va jigardan exinokokk kistalari olib tashlandi; Uchinchi guruhdagi 47 (41,97%) bemorda o'pka va jigardagi kistalarni olib tashlash bosqichma-bosqich amalga oshirildi. Shundan 35 (74,47%) holatda, exinokokkektomiyaning ma'lum bosqichlarida o'zimiz tomondan ishlab chiqilgan videoassistentlashtirilgan minikesimlardan foydalandik, va 12 (25,53%) holatda - barcha torakal va qorin bo'shlig'iga kirishlar faqat mini-kesmalar yordamida amalga oshirildi. 7 nafar bemorda o'pka va jigardagi kistalar uchun bir vaqtning o'zida bir momentli alohida mini-kirish orqali xirurgik aralashuvlar amalga oshirildi, 5 nafar bemorda esa to'rt haftalik interval bilan bosqichma-bosqich o'pka va jigardan kistalar olib tashlandi.

Minimal invaziv yondashuvlar va bir vaqtning o'zida bajarilgan operatsiyalarni qo'llash operatsiyadan keyingi erta asoratlarni 13,89% dan (nazorat guruxi) 9,21% gacha, (asosiy gurux) ya'ni deyarli 2 marta kamaytirishga yordam berdi.

Xulosa: ushbu tadqiqotimiz shuni ko'rsatdiki, endovizual texnologiyadan foydalanish o'pkada va jigar kistalarining qo'shma lokalizatsiyasida ham minimal invaziv kirish orqali operatsiyalarni o'tkazishga imkon beradi va an'anaviy torakotomiya va laparotomiya usullari bilan bajarilgan operatsiyalarga nisbatan operatsiyadan keyingi asoratlar sonining ko'payishiga olib kelmaydi.

Kalit so'zlar: jigar exinokokkozi, o'pka exinokokkozi, qo'shma exinokokkoz, laparoskopik exinokokktomiya, minilaparotom exinokokktomiya, laparotom exinokokktomiya.

Муртазаев Зафар Исрофулович

кафедра общей хирургии, кандидат медицинских наук, доцент
Самаркандский государственный медицинский университет,
Самарканд, Узбекистан.

Байсариев Шовкат Усмонович

Кафедра общей хирургии, ассистент
Самаркандский государственный медицинский университет,
Самарканд, Узбекистан.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ И ПЕЧЕНИ

АННОТАЦИЯ

Актуальность. Хирургическое вмешательство остается основным методом лечения эхинококкоза как легочной так и печеночной локализации. Альтернативная консервативная терапия не обладает высокой эффективностью. Целью данного исследования была оценка малоинвазивных хирургических вмешательств при лечении эхинококковых кист печени и легких.

Материал и методы. В данную работу включены результаты хирургического лечения 112 больных сочетанным эхинококкозом легких и печени, оперированных в общей хирургии Самаркандского медицинского университета.

Клинический материал разделен на три группы: в первой группе (контрольная) - 36 (32,14%) больным оперативные вмешательства на легких и печени произведены через раздельные широкие доступы. При этом, 34 (94,44%) больным – операции проведены поэтапно, с интервалом 4-6 недель; 2 (5,56%) – эхинококкэктомия из легких и печени выполнена одномоментно раздельными доступами. Во второй группе - 29 (25,89%) больным удаление эхинококковых кист из правого легкого и печени произведено одномоментно через торакофренолапаротомический доступ. В третьей группе - у 47 (41,97%) больных удаление кист из легких и печени проведено поэтапно, при этом, в 35 (74,47%) случаях на отдельных этапах эхинококкэктомии применены разработанные нами мини - доступы в сочетании с видеоассистированием, а у 12 (25,53%) - все торакальные и абдоминальные доступы проведены с использованием только мини - разрезов. 7 больным оперативные вмешательства на легких и печени произведены через раздельные мини - доступы одномоментно, а 5 пациентам удаление кист из легких и печени проведено поэтапно с интервалом в четыре недели.

Использование малоинвазивных доступов и одномоментных операций способствовало сокращению ранних послеоперационных осложнений с 13,89% (контрольная группа) до 9,21% (основная группа), т.е. в 2 раза.

Заключение: данное исследование показывает, что применение эндовизуальной технологии позволяет проводить операции через минимально инвазивные доступы как в легких так и в прилежащих областях печени и не приводит к увеличению числа послеоперационных осложнений в сравнении с операциями, выполненными традиционными торакотомными и лапаротомными доступами.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, эхинококкоз легких, лапароскопическая эхинококкэктомия, минилапаротомная эхинококкэктомия, лапаротомная эхинококкэктомия.

Murtazaev Zafar Isrofulovich

Department of General Surgery,
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

Baisariyev Shovkat Usmonovich

Department of General Surgery, Assistant
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

SURGICAL TACTICS IN COMBINED LUNG AND LIVER ECHINOCOCCOSIS

ANNOTATION

Relevance. Surgical intervention remains the main method of treatment of echinococcosis of both pulmonary and hepatic localization. Alternative conservative therapy is not highly effective. The aim of this study was to evaluate minimally invasive surgical interventions in the treatment of echinococcal cysts of the liver and lungs.

Material and methods. This work includes the results of surgical treatment of 112 patients with combined echinococcosis of the lungs and liver, operated in general surgery of the Samarkand Medical University.

The clinical material was divided into three groups: in the first group (control), 36 (32.14%) patients underwent surgery on the lungs and liver through separate wide accesses. At the same time, 34 (94.44%) patients - operations performed in stages with an interval of 4-6 weeks, 2 (5.56%) - echinococectomy from the lungs and liver performed simultaneously with separated accesses; In the second group, 29 (25.89%) patients underwent removal of echinococcal cysts from the right lung and liver at the same time through thoracophrenolaparotomy; In the third group, in 47 (41.97%) patients, the removal of cysts from the lungs and liver carried out in stages. At the same time, in 35 (74.47%) cases, at certain stages of echinococectomy, mini-approaches developed by us were used in combination with video assistance, and in 12 (25.53%) cases, all thoracic and abdominal approaches performed using only mini-incisions. In 7 patients, surgical interventions on the lungs and liver were performed through separate mini-accesses at the same time, and in 5 patients, cysts were removed from the lungs and liver in stages with an interval of four weeks.

The use of minimally invasive approaches and simultaneous operations contributed to the reduction of early postoperative complications from 13.89% (control group) to 9.21% (main group), i.e. 2 times.

Conclusion: this study shows that the use of endovisual technology allows operations through minimally invasive accesses both in the lungs and adjacent localizations of liver cysts and does not lead to an increase in the number of postoperative complications compared with operations performed by traditional thoracotomy and laparotomy approaches.

Key words: liver echinococcosis, pulmonary echinococcosis, laparoscopic echinococectomy, minilaparotomic echinococectomy, laparotomic echinococectomy.

Dolzarlbi. Bugungi kunga qadar xirurgik aralashuv exinokokkoz davosining asosiy usuli bo'lib qolmoqda. Albendazol va vermoksni buyurish orqali exinokokkozning muqobil konservativ terapiyasiga oid ko'plab ishlar mavjud bo'lsada, konservativ davo unchalik samarador emasligini klinik amaliyot ko'rsatib bermokda [2, 4, 8, 13, 20].

Ba'zi mualliflar organdagi exinokokk kistasiga nisbatan radikal taktika, ya'ni to'lik peritsistektomiya yoki organ rezeksiyasini ma'qul ko'rishadi va exinokokk kistasining fibroz kapsula bilan birga olib tashlanishi exinokokkoz residivi profilaktikasi sifatida izohlanadi. Bu yondashuvda kistani ochish, uning ichidagi suyuqligini olib tashlash zarurati yo'qqa chiqadi va shu sababli parazitning ichidagi germinativ elementlarning jarohatga va qorin bo'shlig'iga tarqalishi kuzatilmaydi. Bu esa operatsiyadan keyingi asoratlarga va o'lim sonini sezilarli darajada kamaytiradi [1, 5, 10].

So'nggi paytlarda endovizual va minimal invaziv texnologiyalar yordamida exinokokkozni davolashga bag'ishlangan ishlar ko'p uchray boshladi: shulardan, laparoskopik va torakoskopik exinokokkektomiya,

ultrativush va kompyuter tomografiya nazorati ostida punktsion usulda davolash [3, 6, 7, 18, 21]. Shunga qaramasdan, ushbu texnologiyalarni maqsadli, effektiv va xavfsiz qo'llash ko'p qarama-qarshiliklar mavjudligiga va kam sonli kuzatishlarga asoslangandir. Exinokokkozni operativ davolashda yuqori natijalarga erishish uchun ochiq xirurgik usul amaliyotda juda ko'p va turli xil usullarda qo'llaniladi. Biroq, ular xirurglarni to'liq qoniqtirmaydi, chunki operatsiyadan keyingi asoratlarning chastotasi hamon yuqoriligidan qolmoqda va 40% gacha yetmoqda [12, 14, 17].

Kistaning lokalizatsiyasi, uning chuqurligi, parazitning rivojlanish bosqichi, o'lchami va boshqalarga qarab, exinokokkozda o'tkazilgan ayrim xirurgik aralashuvlarning nomlarini va ayrim jarrohlilik aralashuvlarga ko'rsatmalarni aniqlashda hali ham ko'plab savollar mavjud.

Material va metodlar. Ushbu ish Samarqand Davlat tibbiyot universiteti umumiy xirurgiya kafedrasida klinikasida yoshlari 5 dan 76 yoshgacha bo'lgan, o'pka va jigarning qo'shma exinokokkoziga

chalingan 112 nafar bemorni xirurgik yo'l bilan davolash natijalarini o'z ichiga oladi.

Bemorlarning yosh bo'yicha guruhlariga taqsimlanishi 91 (81,25%) nafar bemor mehnatga layoqatli yoshda ekanligini ko'rsatdi. Bemorlarning 25 nafari (22,32%) shahar aholisi, 87 nafari (77,67 %) qishloq aholisi ekanligi aniqlandi.

Klinik tekshiruvdan tashqari, ko'krak qafasi rentgenogrammasi va kompyuter tomografiyasi asosiy diagnostik usullar deb hisoblandi. Atipik klinik va rentgenologik belgilar ega bemorlarga diagnoz qo'yish uchun fibrobronkoskopiya (oq-sariq yoki oqimtir pardani endobronxial aniqlash) ishlatilgan. Ko'krak qafasining kompyuter tomografiyasida (KT) o'pkada oval yoki sharsimon soyalanishlar aniqlandi. Jigardagi kistalarni aniqlash uchun qorin bo'shlig'ining kompyuter tomografiyasi va ultratovush tekshiruv o'tkazildi.

Klinik material uch guruhga bo'lindi: birinchi guruhda (nazorat guruxi) 36 (32,14%) nafar bemor bo'lib, o'pka va jigardagi kistalar alohida keng kesmalar orqali operatsiya qilingan. Shu katorda, 34 (94,44%) bemorda o'tkazilgan operatsiyalar 4-6 haftalik tomografiyasi bilan etapma-etap amalga oshirildi, 2 (5,56%) nafar bemorda esa, exinokokkektomiya amaliyoti bir momentli, ya'ni o'pka va jigardan bir vaqtning o'zida alohida kesmalar orqali amalga oshirildi; Ikkinchi guruhdagi 29 nafar (25,89%) bemorga bir vaqtning o'zida torakofrenolaparotomiya yo'li bilan o'ng o'pka va jigardan exinokokk kistalari olib tashlandi; Uchinchi guruhdagi 47 (41,97%) nafar bemorda o'pka va jigardagi kistalarni olib tashlash bosqichma-bosqich amalga oshirildi. Shundan 35 (74,47%) holatda, exinokokkektomiyaning ma'lum bosqichlarida o'zimiz tomondan ishlab chiqilgan videoassistentlashtirilgan minikesimlardan foydalandik, va 12 (25,53%) holatda - barcha torakal va qorin bo'shlig'iga kirishlar faqat minikesmalar yordamida amalga oshirildi. 7 nafar bemorda o'pka va jigardagi kistalar uchun bir vaqtning o'zida bir momentli alohida minikirish orqali xirurgik aralashuvlar amalga oshirildi, 5 nafar bemorda esa to'rt haftalik interval bilan bosqichma-bosqich o'pka va jigardan kistalar olib tashlandi.

O'pkadagi qoldiq fibroz bo'shliqni bartaraf qilish uchun quyidagi usullar qo'llanildi: 126 holatda Bobrov usuli, 33 xolatda Delbe usuli, 10 tasida Vohidov usuli va 4 tasida o'pkaning qisman atipik rezeksiyasi, 3 ta holatda Vishnevskiy bo'yicha likvidatsiya qilindi. Jigardagi qoldiq bo'shliqni bartaraf qilish uchun esa: 185 holatda Delbe usuli va 19 holatda Askerxanov bo'yicha omentoplastika bajarildi.

Natijalar. Birinchi guruhda 36 nafar bemorga an'anaviy usulda, ya'ni 5 va 6 qovurg'alar orasidan keng torakotomiya bajarilib o'pkadan exinokokkektomiya qilindi. Bundan tashqari, ularning 10 tasida (27,77%) ikkala tomonlama torakotomiya bajarildi. Shu bilan birga, bemorlarning asosiy guruhida keng torakotomiya usuli orqali o'pkadan kistalarni olib tashlash zarurati 2 (2,73%) nafar bemorda ham paydo bo'ldi.

Operatsion kesmaning o'rtacha uzunligi $23,2 \pm 2,7$ smni, operatsion kesmani bajarish uchun ketgan vaqt esa o'rtacha $25 \pm 5,3$ daqiqani va amaliyot davomida umumiy qon yo'qotish $125,11 \pm 24,1$ ml ni tashkil etdi.

Keng torakotomik kesma orqali bajarilgan exinokokkektomiyadan so'ng 5 (13,88%) nafar bemorda asoratlarni kuzatildi: 2 bemorda operatsiyadan keyingi pnevmoniya, 1 nafar bemorda ekssudativ plevrit va 2 ta bemorda yaraning yiringlashi kuzatildi.

O'pkadan exinokokkektomiya operatsiyasidan so'ng bemorlarning kasalxonada o'tkazgan muddati o'rtacha $14,2 \pm 2,4$ kunni tashkil etdi.

Birinchi guruhdagi bemorlarga jigardan exinokokkektomiya operatsiyasini o'tkazishda an'anaviy laparotomiya usullari qo'llanildi - ya'ni 23 (63,88%) nafar bemorda yuqori o'rta laparotomiya bajarildi, 8 (22,22%) nafar bemorda o'ng qovurg'a yoyi ostidan kesma (Fedorov kesmasi) va yana 5 (13,88%) nafar bemorda jigardan kistalar torakofrenolaparotomik kesma orqali olib tashlandi.

Asosiy guruhdagi bemorlarning jigaridan exinokokk kistalarini olib tashlash uchun keng laparotomik yo'l orqali bajarish zarurati 33 (43,42%) nafar bemorda kuzatildi: shulardan - 18 (23,68%) bemorda yuqori o'rta laparotomiya, 15 (19,74%) nafar bemorda - faqat jigardan kistalarni olib tashlash uchun o'ng tomonlama torakofrenolaparotomiya bajarildi. Shu bilan birga, laparotom kesmaning uzunligi o'rtacha $23,2 \pm 2,7$ smni, kesmani bajarish uchun ketgan vaqt esa $20 \pm 4,5$ minut

tashkil etdi. Laparotomiyadan keyin umumiy qon yo'qotish $125,11 \pm 24,1$ ml ni tashkil etdi. Operatsiya davomiyligiga o'rtacha $120,36 \pm 20,20$ minut ketdi. Bemorlarning laparotomiyadan keyin kasalxonada qolish muddati $12,2 \pm 1,6$ kunga teng bo'ldi.

Laparotom kesma orqali jigardan exinokokkektomiya operatsiyasidan keyin 3 (9,09%) nafar bemorda asoratlarni kuzatildi: 1 bemorda diafragma osti absessi va 2 nafar bemorda jarohatning yiringlashi kuzatildi.

Torakofrenolaparotomik kesma 29 nafar bemorda qo'llanilgan, shu jumladan, o'ng o'pka va jigar exinokokkozi bilan 26 nafar bemorda va ikkala o'pka va jigar exinokokkozi bilan og'rigan 3 nafar bemorda qo'llanildi, ularning chap o'pkasidagi kistalar minitorakotomik kesmalar orqali olib tashlandi.

Kesma yo'li bo'yab teri, teri osti yog' klechatkasi va yuzaki fassiya kesib ajratilib borildi. Kesma uzunligi 25–30 sm tashkil qildi. Keng mushakning lateral tolalari va qovurg'alararo muskul tolalar yo'nalishiga qarama-qarshi, qorinning tashqi qiyshiq va ko'ndalang mushaklari shu nomdagi fassiyasi bilan esa tolalar yo'nalishi bo'yicha kesilib borildi. Ichki qiyshiq mushaklar esa tolalar yo'nalishi bo'yab kesildi. Kesma bo'yab parietal plevra, qorin parda va qovurg'a yoyi, shuningdek diafragma kesilib ochib borildi. Plevra va qorin bo'shlig'i ochildi. O'pka va jigarda joylashgan exinokokk kistalarini olib tashlash bosqichlari an'anaviydan farq qilmadi. Ko'pgina holatlarda, birinchi etapda jigardan exinokokk kistasini olib tashlash bo'ldi.

Torakofrenolaparotomik kesma uchun qovurg'alar orasini tanlash o'ng o'pka va jigarda exinokokk kistalarining lokalizatsiyasiga bog'liq bo'ldi. 29 bemorning 5 tasida (17,24%) exinokokk kistalari o'ng o'pkaning yuqori bo'lagida va jigarning VII-VIII segmentlarida, 7 tasida (24,13%) kistalar o'ng o'pkaning o'rta bo'lagida va jigarning o'ng bo'lagida (VII-VIII segmentlarida) joylashgan. O'ng o'pkaning pastki bo'lagi va jigarning o'ng bo'lagi (VII-VIII segmentlarida) kistalarning birgalikda uchrashi 11 (37,93%) nafar bemorda kuzatildi, jigarning ikkala bo'lagi va o'ng o'pkaning o'rta, pastki bo'lagining ko'plab exinokokk kistalari bilan zararlanishlari 5 (17,24%) nafar bemorda kuzatildi, o'ng o'pkaning yuqori, o'rta bo'laklari va jigarning ikkala bo'lagini qamrab olgan kistalar 1 (3,44%) nafar bemorda kuzatildi.

O'ng o'pkaning yuqori va o'rta bo'laklarida va jigarning o'ng bo'lagida ($n = 13$) joylashgan kistalarda operatsion kesma 7-chi qovurg'alar oralig'idan bajarilib, kesmalar orqa aksilyar chiziqdan boshlab to qorinning to'g'ri mushagining lateral chetiga qadar o'tkazildi. Agar kistalar o'ng o'pkaning pastki bo'laklarida va jigarning o'ng bo'lagida ($n=11$) joylashgan bo'lsa, kesma VIII qovurg'alar oralig'idan bajarilib, kesma o'rta qo'ltiq osti chizig'idan boshlab to qorinning to'g'ri mushagining lateral chetiga qadar qilindi. Exinokokk kistalari o'ng o'pkaning o'rta va pastki qismlarini va jigarning ikkala bo'lagini ($n = 5$) zararlagan bo'lsa, unday holatlarda kesma orqa qo'ltiq osti chizig'idan boshlanib, qorinning oq chizig'iga qadar 7-qovurg'alar orasi bo'yab amalga oshirildi.

Shunday qilib, 18 (62,09%) nafar bemorda VII -chi qovuralararo bo'yab torakofrenolaparotomiya amalga oshirildi, qolgan 11 (37,93%) nafar bemorda esa VIII-chi qovurg'alar orasidan kirish amalga oshirildi. Ushbu kesmani bajarish uchun vaqt $30 \pm 5,3$ minutni tashkil etdi va jami operatsiya davomida qon yo'qotish $220,25 \pm 75,7$ ml teng bo'ldi. Operatsiyaning o'rtacha davomiyligi $230,32 \pm 30,6$ minutni tashkil etdi. Operatsiya birinchi sutkasida narkotik analgetiklar kuniga 1-2 martadan, keyingi 3-4 sutkalarda esa nonarkotik analgetiklar 3-4 marta og'riq qoldiruvchi sifatida qo'llanildi. Torakofrenolaparotom kesma orqali o'ng o'pka va jigardan bir vaqtning o'zida bajarilgan exinokokkektomiyadan keyin 3 (10,34%) nafar bemorda asoratlarni qayd etildi: ya'ni, 1 bemorda operatsiyadan keyingi pnevmoniya, 1 bemorda ekssudativ plevrit va yana 1 nafar bemorda yaraning yiringlashi kuzatildi. O'ng o'pka va jigardan bir bosqichli exinokokkektomiya operatsiyasidan keyin bemorlarning kasalxonada qolish muddati o'rtacha $12,2 \pm 2,6$ kunni tashkil etdi.

Biz ushbu operatsiyalarda bajarilgan kesmalarni kamchilik tomonini uning travmatikligi deb hisoblaymiz, bu harakatning cheklanishi va operatsiya tomonida qo'llarda og'riqni borligi, bemorlarning 3-4 kun kech aktivlashishi, parvarish qiluvchilarga

muxtojligi va uzoq muddatli (5-6 kun davomida) og'riq qoldiruvchi vositalardan foydalanishi bilan ko'rsatiladi.

Kesmalarni afzallik tomonlari jigarining o'ng bo'lagi (VII-VIII segmentlari), shuningdek, o'ng o'pkaning barcha bo'laklarida ishlash uchun yetarli ekspozitsiya hosil qilish bo'ldi. Kesmalar yuqorida keltirilgan organlarda bir bosqichli exinokokkektomiya operatsiyasini o'tkazish imkonini berdi.

47 nafar bemorda minitorakotom kesma orqali operatsiya amalga oshirildi, ikkala o'pkasi va jigari zararlangan 4 nafar bemorda bu kesma 2 marta qo'llanildi, shu sababli atigi 51 holatda minitorakotomiya usuli qo'llanildi.

Operatsion kesmani uzunligi 5 sm chegarasida o'zgarib turdi. Minitorakotom kesmani qilishga o'rtacha $11 \pm 3,6$ minut vaqt ketdi. Operatsiya davomida umumiy qon yo'qotish $52,63 \pm 5,26$ ml ni tashkil etdi. Kesmaning kam travmatikligi sababli operatsiyadan keyingi davrda narkotik analgetiklarni qo'llashni istisno qilishga imkon berdi. Operatsiyadan keyingi davrda 1 (2,38%) nafar bemorda pnevmoniya kuzatildi.

Bemorlar kasalxonada bo'lishini umumiy davomiyligi o'rtacha $5,5 \pm 1,2$ kunga teng bo'ldi.

Asosiy guruhning 11 (23,40%) bemorida jigardan exinokokkektomiya videoassistentlashtirilgan yordam bilan birgalikda minilaparotomiya yordamida amalga oshirildi. Buning uchun 4 bemorda pararektal minilaparotomiya qo'llanildi, 7 nafar bemorda o'ng qovurg'a yoyi bo'ylab qiyshiq ko'ndalang kesmadan foydalanildi.

Kesmani uzunligi 5 sm gacha bo'ldi. Ushbu kesmani bajarish uchun ketgan vaqt o'rtacha $10 \pm 4,8$ minutni tashkil etdi. Operatsiya davomida umumiy qon yo'qotish $48,36 \pm 5,27$ ml, operatsiyani davomiyligi $84,2 \pm 18,5$ minutga teng bo'ldi. Operatsiyadan keyingi davrda bemorlar 8-12 soatdan keyin faollashtirildi va keyinchalik ularni parvarish qilish uchun qarovchi shart bo'lmadi.

Bemorlarning kasalxonada yotish muddati o'rtacha $5,6 \pm 1,3$ kunni tashkil etdi.

O'pka va jigarda kistalarning nostandart joylashuvi, uning hajmi, shuningdek, organlarning qo'shma zararlanishini hisobga olgan holda, natijalarni qiyosiy tahlil qilish uchun biz birinchi guruhni ajratishga qaror qildik, bularga asosan keng kesmalar orqali bajarilgan operatsiyalar kiritildi va 3 ta kichik guruhga bo'lindi:

Ia kichik guruhi – hozirda biz torakofrenolaparotomik kesma orqali bir vaqtini o'zida o'ng o'pkadan ham, jigardan ham kistalarni olib tashlashimiz mumkin bo'lgan bemorlar ($n=10$) kiritildi;

Ib kichik guruhi – ushbu bemorlarda ($n=21$) hozirgi vaqtda o'pka va jigardan kistalarni olib tashlashning aloxida etaplarida biz videoassistentlashtirilgan yordami bilan birgalikda minimal invaziv usullardan foydalanish mumkin bo'lganlarni kiritdik;

Iv kichik guruhi – ushbu gurux bemorlariga ($n=5$), biz hozirgi vaqtda exinokokkektomiyaning barcha etaplarida videoassistentlashtirilgan yordam bilan minimal invaziv usullar qo'llanildi.

Bir vaqtning o'zida o'ng o'pka va jigardan exinokokkektomiya qilingan ($n=29$) va biz hozirda bir vaqtning o'zida o'ng o'pkadan va jigardan torakofrenolaparotomiya orqali kistalarni olib tashlashimiz mumkin bo'lgan mos kichik guruhlarda ($n=10$) bo'lgan bemorlarning davolash natijalari qiyosiy tahlili kilinganda quyidagilar ma'lum bo'ldi:

Torakofrenolaparotomik kesma xirurgik yondashuv ob'ektlariga – ya'ni o'pka va jigarga kirish kesmasi travmasini kamaytirmaydi. Ammo, umuman olganda keng torakotomiya va laparotomiyadan keyin yumshoq to'qimalarning kesma uzunligi o'rtacha $12,2 \pm 2,3$ sm ga ko'proq.

Torakofrenolaparotomik kesma orqali bir etapli exinokokkektomiya operatsiyasi amalga oshirilganda, an'anaviy laparotomiya va torakotomiya usullarini birgalikda bajarishga qaraganda operativ kirish vaqti va operatsiyaning umumiy davomiyligi o'rtacha 7-10 daqiqaga qisqardi. Operatsiyaning umumiy davomiyligi bosqichma – bosqich amalga oshirilgan an'anaviy usullardan foydalanganda $263,80 \pm 45,38$ minutdan, torakofrenolaparotomik kesma orqali bir etapli exinokokkektomiyani amalga oshirishda $230,32 \pm 30,6$ minutgacha kamaydi.

Operatsiya paytidagi umumiy qon yo'qotishlar sezilarli farqlarga ega bo'lmadi. Shu bilan birga, torakofrenolaparotomik kesma yordamidagi operatsiyalarda umumiy qon yo'qotish $220,25 \pm 75,7$ ml ni tashkil etgan bo'lsa, mos kichik guruhda qon yo'qotish $250,22 \pm 48,2$ ml ni tashkil etdi.

Bosqichma-bosqich bajariladigan operatsiyalarga qaraganda, bir bosqichli xirurgik operatsiyalarni amalga oshirishda og'riq qoldiruvchi vositalarni qo'llash muddati ham 2 barobarga qisqardi. Ikkala kichik guruhdagi bemorlar bir xil vaqtda aktivlashtirildi.

Operatsiyadan keyingi asoratlarni nazorat kichik guruhida 40% dan asosiy kichik guruhda 10,34% gacha kamaydi. Bir vaqtning o'zida bajarilgan exinokokkektomiya operatsiyasidan foydalanish bemorlarning shifoxonada qolish muddatini kichik guruhda 26,6 kundan (ikkita operatsiya yig'indisida) asosiy guruhda 13,6 kungacha qisqartirish imkonini berdi.

O'pka va jigardan exinokokkektomiyaning ma'lum bosqichlarida minimal invaziv yondashuvlar bajarilgan ($n=35$) va hozirda o'pka va jigardan kistalarni olib tashlashning ma'lum bosqichlarida biz minimal invaziv aralashuvlarni qo'llashimiz mumkin bo'lgan bir xil kichik guruhi ($n=21$) bemorlarini davolash natijalarining qiyosiy tahlilini o'tkazilganda, ko'krak va qorin old devorining yumshoq to'qimalarini kesish uzunligi 5 sm gacha, operatsiyalar paytida qon yo'qotish $250,22 \pm 48,2$ mldan $173,47 \pm 29,37$ ml gacha kamaydi.

Exinokokkektomiyaning barcha bosqichlarida endovideojarrohlik texnologiyasidan foydalanilgan bemorlarning ($n=12$) va hozirgi vaqtda exinokokkektomiyaning barcha bosqichlarida biz videoassistentlashtirilgan yordam bilan minimal invaziv kirishlarda bajarilishi mumkin bo'lgan mos kichik guruhi ($n=5$) bilan davolash natijalari qiyosiy tahlil qilinganda, ob'ektga nisbatan kesmaning travmatik ta'siri kamayganligini qayd etdik.

Kesmalarning uzunligi $46,4 \pm 5,4$ sm dan 10 sm gacha, ya'ni 4 baravardan ziyodga kamaydi. Operatsion kesmani amalga oshirish uchun sarflangan vaqt o'rtacha 2 baravarga kamaydi. Ikki bosqichli operatsiyalar yig'indisida umumiy qon yo'qotish o'rtacha 2,5 baravar kamaydi va bemorlarning asosiy kichik guruhida har bir operatsiyadan keyin analgetiklarni qo'llash nazorat kichik guruhida 5 kun o'rniga 2 kungacha kamaydi.

Asosiy va nazorat guruhlarida o'pka va jigarning qo'shma exinokokkoziga chalingan bemorlarni jarrohlik davolash natijalarini taqqoslash shuni ko'rsatdiki, minimal invaziv yondashuvlar va bir vaqtning o'zida bajarilgan operatsiyalardan foydalanish operatsiyadan keyingi erta asoratlarni 13,89% dan (nazorat guruhi) 9,21% (asosiy guruh) gacha, ya'ni deyarli 2 marta kamaytirishga yordam berdi.

Operatsiyadan keyingi olis davrda, nazorat guruhidagi turgan va operatsiya bo'lganligiga kamida 5 yil bo'lgan bemorlarni tekshirilganda 3 ta bemorda ligaturali oqmalar, 2 ta holatda operatsiyadan keyingi churralar, 7 ta holatda operatsiyadan keyingi qo'pol, deformatsiya qiluvchi chandiqlar va 3 ta holatda qorin bo'shlig'ining chandiqli kasalligi aniqlandi. Bu asoratlarni faqat 12 (33,33%) nafar bemorda aniqlangan. Asosiy guruhdagi faqat 1 (1,32%) nafar bemorda operatsiyadan keyingi olis davrda o'ng qovurg'a yoyining osteomieliti, xondriti kuzatilgan.

Operatsiyadan keyingi davrda barcha 112 nafar bemorga 3-5 kursdan, 30 kun davomida kuniga 12 mg/kg dozada alendazol bilan kimyoterapiya o'tkazildi. Ushbu preparatning ijobiy xususiyatlaridan biri uning kam zaxariligi va nojo'ya ta'sirini rivojlanish xavfi pastligi bo'lib, uni juda uzoq kurslar davomida ishlatishga imkon beradi.

Muxokama. Ekinokokkozning erta diagnostika qilish uning klinik simptomlarining kamligi yoki umuman yo'qligi sababli birmuncha qiyinchilik tug'diradigan vazifa hisoblanadi. Exinokokkozning spesifik, klinik va laborator ko'rinishlarining yo'qligi bois diagnoz qo'yishda instrumental tekshirish usullarini birinchi o'ringa chiqaradi. Diagnostik nuqtai nazardan, jigar kistalarini aniqlash uchun ultratovush tekshiruvi va o'pkadagi kistalarni lokalizatsiyasini aniqlash uchun polipozitsion rentgenografiyaga alohida e'tibor berildi. Ultratovush tekshiruvi kista shakllanishini aniqlashga, kistaning tabiati va holatini aniqlashga imkon berdi, ammo kistaning pozitsion lokalizatsiyasini to'liq aniqlay olmaydi, bu esa xirurg uchun qulay xirurgik kesim orqali kista soxasiga kirib borish juda muhimdir. Shuning uchun, aloxida holatlarda kistaning joylashishini yaxshiroq vizualizatsiya qilish va aniq joylashgan joyini

aniqlash uchun biz operatsiyadan oldingi MSKT ma'lumotlariga asoslandik [4, 22].

O'pka va jigarning qo'shma exinokokkozida xirurgik kesma orqali ko'krak yoki qorin bo'shlig'iga kirish usulini tanlashda, kistaning joylashishiga qarab, torakofrenolaparotomiya, transtorakal frenotomiya, alohida keng kesmalar, shuningdek, alohida minitorakotomiya va laparotomiya usullari qo'llaniladi [9, 11, 15, 16, 19]. Bizning tajribamizga ko'ra, imkoniyat darajasida alohida mini kesmalar yoki bosqichma-bosqich amalga oshiriladigan keng kesmalar kombinatsiyasini qo'llagan holda amalga oshirilishi kerak.

Kistalarning o'pka lokalizatsiyasini deyarli barcha hollarida, biz mini-kesmalar orqali operatsiya qilishga harakat qildik. Bosqichma-bosqich operatsiya qilish kistalarning kattaligiga va asoratlarning mavjudligiga qarab belgilandi. Bizning fikrimizcha, torakoskopik va laparoskopik exinokokkektomiya yanada texnik jihatdan jixozlanishi va takomillashtirishni talab qiladi. Shunga nisbatan olganda, mini-kesmalar orqali exinokokkektomiya qilish osonroq va samaraliroqdir. Shu bilan birga, shuni tan olish kerakki, keng kesmalar orqali exinokokkektomiyani, ko'pincha ko'krak qafasining residiv exinokokkozida, jarayonning asoratlangan xolda kechishi va jigardagi kistaning qiyin lokalizatsiyasida qo'llash maqsadga muvofiqdir.

O'pkaning ikki tomonlama exinokokkozida yoki jigar bilan birgalikda qo'shilib kelishida bir etapli mini kesmalar orqali kirish qulay operatsiya tanlovi bo'lib, yurak-qon tomir va nafas olish tizimlarining funksional ko'rsatkichlari yaxshi bo'lgan bemorlarda bajarilishi mumkin.

Intraoperatsion xirurgik taktika masalalari ilmiy adabiyotlarda keng muhokama qilinadi va hozirgacha aniq yechimga ega emas. Bugungi kunda ko'pchilik xirurglar davolashning kamroq radikal xirurgik usullarini afzal ko'radilar, ya'ni ko'pincha yopiq yoki ochiq usuldagi exinokokkektomiya. Operatsiya vaqtida nafaqat parazitni, balki uning atrofidagi fibroz kapsula bilan olib tashlash jami operatsiyalarga nisbatan kichik ulushni - 3,8-30% ni tashkil qiladi. Ekinokokk kistasining o'ziga va organga nisbatan, organni saqlovchi yoki radikal operatsiyani bajarishda kimdir radikal taktikaga amal qiladi, shuningdek konservativ jarrohlik taktikasini qo'llab-quvvatlovchilar xam bor [1, 10, 12, 14]. Bizning fikrimizcha, exinokokkozda "radikallik" tushunchasi shartli bo'lib, organning bir qismini rezeksiya qilish yoki

kistani ekstirpatsiya qilish organning boshqa qismlarida mayda kistalar mavjudligini istisno qilolmaydi. Boshqa tomondan, kistoz exinokokkoz yaxshi sifatli kasallikdir va shuning uchun uni xirurgik davolash kamroq radikal bo'lishi kerak.

Yuqorida aytilganlarga asoslanib, biz tadqiqotlarimizda organlarni saqlovchi operatsiyalarni bajarishga harakat qildik, chunki u xavfsiz, sodda va samarali bo'lib, exinokokkozni xirurgik davolashning barcha mezonlariga to'liq javob beradi va sog'lom to'qimalar saqlab qolinadi [10, 20]. Total peritsistektomiya bilan solishtirganda, qisman peritsistektomiyada to'qimalar saqlab qolinadi, chunki operatsiya vaqtida fibroz pardaning faqat kichik bir qismi kesiladi.

Tadqiqotimizning navbatdagi maqsadi residivlanishni va ikkilamchi exinokokkozning oldini olish edi. Antiparazitlar kimyoterapevtik vositalardan foydalanish har doim ham muvaffaqiyatga olib kelmaydi va hatto konservativ davo natijasida parazitlar kista nobud bo'lganda ham xirurgik davolashni talab qiladigan asoratlarni paydo bo'lishi mumkin.

Operatsiyadan keyingi davrda barcha bemorlarga kimyoterapiya buyurildi.

Albendazol residivlar chastotasini kamaytiradi [2, 13], shuning uchun operatsiyadan bir oy o'tgach buyurildi va davolash kursi 28-30 kun davom etdi. Davolash kursi 3-5 kursni o'z ichiga oldi. Operatsiyadan oldingi davrda kimyoterapiyani qo'llash maqsadga muvofiq emas deb hisoblaymiz, chunki operatsiyadan oldingi davrda tegishli davolash kursini o'tkazish uchun yetarli vaqt yo'q va boshqa tomondan, bir oylik kimyoterapiya jarayonni to'liq ingibitsiya qila olmaydi [20].

Asoratlanmagan exinokokk kistalarida organlarni saqlovchi xirurgik yo'l kamroq travma yetkazuvchi, sodda va xavfsizroqdir va operatsiyadan keyin buyuriladigan antigelmintik kimyoterapiya kasallikni radikal xirurgik davolash kabi effektivlidir [10].

Xulosalar. Shunday qilib, endovizual texnologiya o'pka va jigardagi kistalarning yonma-yon lokalizatsiyasida ham minimal invaziv kesmalar orqali operatsiyalarni amalga oshirishga imkon beradi va an'anaviy torakotomiya va laparotomiya usullari orqali amalga oshiriladigan operatsiyalarga nisbatan operatsiyadan keyingi asoratlarni sonining ko'payishiga olib kelmaydi.

Список литературы/ Iqtiboslar/ References

1. Vishnevskiy, V.A., Ikramov, R.Z., Kaxarov, M.A. (2002). Radikalnoe xirurgicheskoe lechenie exinokokkoza pecheni. *Annaly xirurgicheskoy gepatologii*, T. 7, №1, 315-316.
2. Dadvani, S.A., Strelyaeva, A.V., Gostiщev, V.K., Murtazaev, Z.I., Ilxamov, F.A., Musaev, G.X. i dr. (2000) Maloinvazivnye operativnye vmeshatelstva i ximioterapiya pri exinokokkoze. *Annaly xirurgii*, - № 4, 38 -46.
3. Yemelyanov, S.I., Xamidov, M. A.(2000). Laparoskopicheskoe udalenie exinokokkovyx kist pecheni. *Xirurgiya*, 11, 32-34.
4. Karimov, Sh.I., Krotov, N.F., Murtazaev, Z.I., Rasulov, A.E. (2007). Sovremennyy podxod k xirurgicheskomu lecheniyu exinokokkoza pecheni. *Xirurgiya Uzbekistana*, №3, 48-49
5. Kaxarov, M.A., Kubyshev, V.A., Vishnevskiy, V.A. i dr (2003). Obosnovanie udaleniya fibroznoy kapsuly pri exinokokkektomii iz pecheni. *Xirurgiya*, № 1. S. 31—36.
6. Krotov, N.F., Rasulov, A.E., Shoumarov Z.F.(1999). Videotorakoskopicheskayaexinokokkektomiyalegkix . *Endoskopicheskaya xirurgiya*, № 1, 18 - 21.
7. Назыров, F.G., Saydazimov, Ye.M.(2005) Endovideoxirurgiya exinokokkoza pecheni. *Annaly xirurgicheskoy gepatologii*, T. 10, № 2,121.
8. Sabirov, B.U., Kurbanizayov, Z.B., Murtazaev, Z.I. i dr.(2002). Vozmojnosti endovizualnoy xirurgii exinokokkoza pecheni. *Annaly xirurgicheskoy gepatologii*, T.7, № 1, 330.
9. Xaitov, A.K., Dusbaev, A., Xujayarov, X.M.(2005). Minilaparotomiya v xirurgicheskom lechenii exinokokkoza pecheni. *Annaly xirurgicheskoy gepatologii*, T. 10, № 2, 131.
10. Abbas, M., Nafeh, A.L., Youssef, Y.F., Nasr, M.M., Radwan, H.S.(2006). Conservative versus radical surgery for treatment of uncomplicated hepatic hydatid cysts. *J Egypt SocParasitol*, 36(2), 559–76.
11. Aghajanzadeh, M., Safrapoor, F., Amani, H., Alavi, H. (2008). One stage procedure for lungs and liver Hydatid cyst. *Asian Cardio vascThorac Ann*, 16(5), 392–95.
12. Alexandra, K.T., Alexondros, C.P., Nikolaos, L., Michail, S.P., Anastasios, K., Konastinos, M. J.(2005). Hydatid disease of the abdomen and other location. *World Journal of Surgery*, 29(9),1161–65.
13. Arif, S.H., Shams, Bari – Ul, Wani, N.A., Zarquar, S.A., Wani, M.A., Tabassum, R.(2008). Albendazole as an adjuvant to the standard surgical management of hydatid cyst of the liver. *Int J Surg*. 6(6),448–51.
14. Buttenschoen, K., Carli, D.(2003). Echinococcusgranulosus infection: the challenge of surgical treatment. *Langenbecks Arch Surg*, 388(4), 218–30, Epub 2003 Jul 4.
15. Erdogan, A., Ayten, A., Kabukcu, H., Demircan, A.(2003). One stage transthoracic approach for the treatment of right lung and liver. *World J Surg*, 29(12),1680–86.

16. Erdogan, A., Ayten, A., Kabukcu, H., Demircan, A. (2005). One-stage transthoracic operation for the treatment of right lung and liver hydatid cysts. World J Surg, Dec,29(12), 1680-6, doi: 10.1007/s00268-005-0130-x.PMID: 16311867
17. Ghoshal, A.G., Sarkar, S., Saha, K., Sarkar, U., Kundu, S., Chatterjee, S.(2012). Hydatid lung disease: an analysis of five years cumulative data from Kolkata. J Assoc Physicians India, 60,12–6.
18. Göde, D.(2010). Laparoscopic management of hydatid cyst of liver. J Indian Med Assoc,108:672–676.
19. Kir, A., Baran, E. Simultaneous operation for Hydatid cyst of right lung and liver. (1995) Thorac Cardio vascSurg, 43(1), 62–64.
20. Murtazaev, Z.I., Sherbekov, U.A., Baysariev, Sh.U., Sherqulov, Q.U., Dusiyarov, M.M.(2020). Our experience in the surgical treatment of liver echinococcosis. Journal of critical reviews, Vol 7, 2454-2458.
21. Sahin, E., Enon, S., Cangir, A.K., Kutlay, H., Kavukcu, S., Akay, H.(2003). Single stage transthoracic approach for right lung and liver Hydatid cyst. J Thorac Cardio vasc Surg,126(3),769–73.

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Murtazaev Zafar Isrofulovich

Umumiy xirurgiya kafedrası, tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston.

Baysariyev Shovkat Usmonovich

Umumiy xirurgiya kafedrası, assistent
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston.

O'PKA EXINOKOKKOZIDA XIRURGIK TAKTIKA

For citation: Murtazaev Zafar Isrofulovich, Baisariyev Shovkat Usmonovich/Surgical tactics in pulmonary echinococcosis. Journal of hepato-gastroenterology research. vol. 3, issue 3. pp.

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

ANNOTATSIYA

Biz o'pka exinokokkozi bilan 182 nafar bemorning (shulardan, 126 nafari asoratlanmagan va 56 nafari asoratlangan o'pka exinokokkozi bilan kasallangan) jarrohlik davolash natijalari tahlilini taqdim etamiz. Belgilangan 25 bemordan faqat 23 nafarida sof torakoskopik usulda exinokokkektomiya qilish imkoniyati bo'ldi. 134 ta holatda mini-kirish yo'li orqali videotorakoskopik exinokokkektomiya amalga oshirildi. O'pkada kistalarning ikki tomonlama lokalizatsiyasi bilan 7 bemorda bosqichma-bosqich operatsiyalar o'tkazildi, 3 ta (36,36%) holatda esa bir bosqichli exinokokkektomiya bajarildi. 25 bemorda o'pkadan exinokokkektomiya keng torakotomik kesim orqali amalga oshirildi. Barcha bemorlarga oldingi-yon torakotomiya qilindi. Asosiy (97,67%) holatlarda o'pkada organ saqlovchi operatsiyalar bajarilish bilan birga fibroz qoldiq bo'shliq turli modifikatsiyada bartaraf etildi. Kistalarning o'pkaning chekka qismida joylashuvida va pnevmotsirroзда 2 nafar bemorda o'pka to'qimasini exinokokk kistasi bilan birga rezeksiya qilindi. 10 nafar bemorda o'pka va jigarning qo'shma exinokokkozi bilan operatsiya qilindi. 6 bemorda bir vaqtning o'zida alohida kesmalar orqali o'pka va jigarda jarrohlik aralashuvlar amalga oshirildi. O'pka exinokokkozida bemorlarning 2/3 qismidan ko'prog'ida minimal invaziv usullardan foydalanish mumkin.

Kalit so'zlar: o'pka exinokokkozi, videotorakoskopik exinokokkektomiya.

Муртазаев Зафар Исрофулович

кафедра общей хирургии, кандидат медицинских наук, доцент
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Байсариев Шовкат Усмонович

Кафедра общей хирургии, ассистент
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ

АННОТАЦИЯ

Приводим анализ результатов хирургического лечения 182 больных эхинококкозом легких (126 больных с неосложненным и 56 – с осложненным эхинококкозом легких). Из них только у 23 пациентов из 25 намеченных оказалось возможным провести эхинококкэктомию чисто торакоскопически через троакарные проколы. В 134 случаях выполнена видеоторакоскопическая эхинококкэктомия с применением минидоступа. При двухсторонней локализации кист у 7 больных произведены поэтапные операции, а в 3 (36,36%) случаях – одномоментная эхинококкэктомия. 25 больным эхинококкэктомия из легкого произведена из широкого торакотомного доступа. У всех больных применена переднебоковая торакотомия. В основном у (97,67%) произведены органосохраняющие операции с ликвидацией остаточной полости в легком шовной пластикой в различных модификациях. У 2 больных при краевом расположении и пневмоциррозом произведена краевая резекция легкого с эхинококковой кистой. С сочетанным эхинококкозом легких и печени были оперированы 10 больных. 6 больным оперативные вмешательства на легких и печени произведены через раздельные доступы одномоментно. Применение малоинвазивных методик при эхинококкозе легких возможно более чем у 2/3 больных.

Ключевые слова: эхинококкоз легких, видеоторакоскопическая эхинококкэктомия.

Murtazaev Zafar IsrofulovichDepartment of General Surgery,
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan**Baisariyev Shovkat Usmonovich**Department of General Surgery, Assistant
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan**SURGICAL TACTICS IN PULMONARY ECHINOCOCCOSIS****ANNOTATION**

We present an analysis of the results of surgical treatment of 182 patients with pulmonary echinococcosis (126 patients with uncomplicated and 56 with complicated pulmonary echinococcosis). Of these, only in 23 patients out of 25 planned, it was possible to carry out echinococcectomy purely thoracoscopically through trocar punctures. In 134 cases, videothoracoscopic echinococcectomy was performed using a mini-access. In case of bilateral localization of cysts, stage-by-stage operations were performed in 7 patients, and in 3 (36.36%) cases - single-stage echinococcectomy. Echinococcectomy from the lung was performed in 25 patients using a wide thoracotomy approach. In 134 cases, videothoracoscopic echinococcectomy was performed using a mini-access. In case of bilateral localization of cysts, stage-by-stage operations were performed in 7 patients, and in 3 (36.36%) cases - single-stage echinococcectomy. Echinococcectomy from the lung was performed in 25 patients using a wide thoracotomy approach. All patients underwent anterolateral thoracotomy. Basically (97.67%) performed organ-preserving operations with the elimination of the residual cavity in the light suture plastics in various modifications. In 2 patients with marginal location and pneumocirrhosis, marginal resection of the lung with an echinococcal cyst was performed. With combined echinococcosis of the lungs and liver, 10 patients were operated on. 6 patients underwent surgical interventions on the lungs and liver through separate approaches at the same time. The use of minimally invasive techniques for pulmonary echinococcosis is possible in more than 2/3 of patients.

Key words: pulmonary echinococcosis, videothoracoscopic echinococcectomy.

Kirish. JSST ma'lumotlariga ko'ra, endemik hududlarda odamlarning exinokokkoz bilan kasallanish darajasi yiliga har 100 000 kishiga 50 ta holatni tashkil etadi va ba'zi joylarda tarqalish darajasi 5-10% gacha yetishi mumkin. Dunyoning bir qator endemik mintaqada davlatlarining xirurglari va infeksiionistlari ushbu kasallikka alohida qiziqish bildirmoqda. Parazitlar tananing turli a'zolarini zararlashi mumkin bo'lsada, exinokokkoz odatda jigar va o'pkani ko'prok zararlaydi. Katta yoshli odamlarda o'pka (18-35%) exinokokkozi jigardan (50-70%) keyingi ikkinchi eng keng tarqalgan joyidir. Exinokokkozda o'lim ko'rsatkichi 2,5-7% gacha yetadi.(1,5).

Exinokokkozni davolashning yagona radikal usuli hali ham xirurgik usul bo'lib qolmoqda. Endoxirurgik texnologiyani joriy etish an'anaviy qorin bo'shlig'i xirurgiyasining eng muhim kamchiliklaridan birini - travmatik kirish va organing o'zidagi miniinvaziv yondashuv o'rtasidagi nomuvofiqlikni bartaraf etdi va minimal invaziv xirurgiya o'pka exinokokkozini davolashda mumkin bo'lgan yondashuvga aylandi. Operativ endoskopiyani keng miqyosda rivojlanishi, jarohatlanish va asoratlarning pastligi, tejamkorligi va bemorlarni reabilitatsiya qilish vaqtining qisqarishi, bizga exinokokkozning barcha lokalizatsiyalarida davolash tamoyillarini qayta ko'rib chiqish imkonini berdi (2, 3, 4).

Ximioterapiya kichik hajmdagi kistalar (< 3 sm) uchun mos deb hisoblanib, operatsiyaga qarshi ko'rsatmalari bo'lgan bemorlarga qo'llaniladi. Albendazolni organizmda yaxshi so'rilganligi va samarali ta'siri tufayli hozirda eng ko'p tanlangan dori hisoblanadi. O'pka exinokokkozi uchun albendazol farmakoterapiyasining optimal davomiyligi noma'lum bo'lsada, odatda 3-6 oy davomida buyuriladi. Yaqinda siklik terapiyaga nisbatan uzluksiz terapiyani qo'llash, dorini nojo'ya ta'sirlarini kuchaytirmasdan, samaraliroq ta'sirga ega ekanligi demonstratsiya qilindi. Aksariyat o'pka kistalari davolanishdan keyin 5-14 oy o'tgach yo'qoladi. Operatsiyadan oldingi sharoitda albendazol bilan davolash, qon zardobida va kista suyuqligida albendazolning konsentratsiyasi yuqori bo'lishiga qaramay, kista hayotiylikining saqlanib qolishi demonstratsiya qilindi. Protoskolikslar o'lik kistalarda xam hayotiylikini saqlab qoladi. Operatsiyadan keyingi antigelmintik terapiyasiz yuqori retsedivlanish darajasi qayd etilishi aniqlandi (5,6,7).

Materiallar va usullar. Klinikamizda 2005 yildan 2020 yilgacha bo'lgan davrda o'pka exinokokkozi bilan og'rigan 182 nafar bemorning (126 nafari asoratlanmagan va 56 nafari asoratlangan o'pka exinokokkoz bilan kasallangan bemorlar) xirurgik davolash natijalari bo'yicha ma'lumotlarni tahlil qildik. Bemorlarning yoshi 5 yoshdan 83 yoshgacha o'zgarib turdi. Erkaklar - 77 (42,30%), ayollar - 105 (57,70%) tashkil etdi.

O'pkada jami 223 ta kistalar borligi aniqlandi. Shundan, 81 ta (36,32%) kistalar yuqori bo'laklarda, 24 ta (10,76%) kistalar - o'rta bo'laklarda va 118 ta (52,92%) kista - o'pkaning pastki bo'lagida joylashgan. O'ng o'pkada 132 ta (59,19%), chapda 91 ta (40,81%) kista aniqlandi. O'pkadagi kistalarning kattaligi diametri 3 sm dan 15 sm gacha o'zgarib turdi. O'pkada 56 (30,76%) nafar bemorda exinokokkozning asoratli kechishi kuzatildi. Ulardan 34 tasida (60,72%) kistani bronxga yorilishi, 15 tasida (26,79%) kistaning yiringlashi, 7 tasida (12,50%) kistaning plevra bo'shlig'iga yorilishi aniqlandi.

Klinik tekshiruvdan tashqari, ko'krak qafasi rentgenogrammasi va kompyuter tomografiyasi asosiy diagnostika usullari deb hisoblandi. Klinikamizda exinokokk uchun serologik tahlil o'tkazilmadi. Atipik klinika va rentgenologik belgilar mavjud bo'lgan bemorlarda diagnoz qo'yish uchun fibrobronkosiya (endobronxial oq-sariq yoki oqish xira pardani aniqlash) ishlatildi. Ko'krak qafasining kompyuter tomografiyasi (KT) o'pkada oval yoki sharsimon soylanishlarni aniqladi. Jigar kistalarini aniqlash uchun kompyuter tomografiyasi va qorin bo'shlig'ining ultratovush tekshiruvi o'tkazildi, 23 holatda jigarning kistozli zararlanishi aniqlandi.

O'pka exinokokkozi bilan operatsiya qilingan 182 nafar bemordan 23 nafariga (12,64%) torakoskopik exinokokkektomiya (ko'krak devorini troakar bilan teshish orqali) bajarildi. 134 (73,62%) bemorda o'pkadan exinokokkektomiya videoassistentlashirilgan minitorakotomiya orqali amalga oshirildi. 25 (13,74%) nafar bemorda o'pkadan exinokokkektomiya keng torakotomik kesma orqali amalga oshirildi.

Torakoskopik operatsiyalarni bajarish uchun endoskopik ustun "Karl Storz" va "Auto Suture" instrumentlar to'plami ishlatildi. Operatsion brigada 3 nafar xirurg, operatsion hamshira va kichik operatsion hamshiradan iborat bo'ldi.

O'pkada kistalarning nostandart lokalizatsiyasini hisobga olgan holda, pnevmotoraks uchun va troakarlarni kiritish nuqtalari har bir holatda alohida tanlandi. Operatsiya tugagandan so'ng plevra bo'shlig'ini drenajlash uchun ushbu teshiklardan foydalanishni hisobga olgan holda orqa qo'ltiq osti chizig'i bo'ylab 7-8-chi qovurg'alar orasidan, old qo'ltiq osti chizig'i bo'ylab 3-qovurg'alar orasida joylashgan nuqtalarga etibor berildi, shu bilan birga, torakotomiyaga o'tish imkoniyatini hisobga olgan holda 5 yoki 6 qovurg'alar orasi bo'ylab joylashdi. Pnevmtoraks bajarildi va torakoskop uchun troakar kista joylashgan zonadan iloji boricha uzoqroq joydan kiritildi. Plevra bo'shlig'ini to'liq reviziyasi amalga oshirildi va yuqoridagi nuqtalardan biriga instrumentlar uchun 5 mm troakar kiritildi. Kistaning aniq joylashgan joyi aniqlagandan so'ng, exinokokk kistasini punktsiya qilish

uchun to'g'ridan-to'g'ri uning ustidan troakar kiritildi. O'pka exinokokkozida kistani punksiya qilish torakoskopik operatsiyaning birinchi bosqichidir. Ekinokokk kistasining ichidagi suyuqlikni plevra bo'shlig'iga tushishiga yo'l qo'yamlik uchun aparazitik operatsiya mezoniga rioya qilish, punksiya qilish texnikasi va unga tegishli ishlatiladigan instrumentlar katta ahamiyatga ega. Kistani punksiya qilish uchun biz tomonidan ishlab chiqilgan maxsus "igna-so'rg'ich" ishlatildi (1812-sonli ratsionalizatorlik taklifi). Ushbu ignaning afzalligi uning konstruktiv xususiyatidir: igna vakuumga ulangan so'rg'ich naychasida joylashgan. Punksiyadan oldin ignani aspiratsiya rejimidagi akvapuratorga ulash shart; naychani so'rish funksiyasi uning uchining kistani yuzasiga mahkam o'rnatilganligiga va vakuumli elektrso'rg'ichga yaxshi ulanishi tufayli ta'minlangan (20-30 mm sm.ust bosimi ostida). Punksiya ignasi so'rg'ich naychasining ichi orqali o'tkazildi. Exinokokk kistasi punksiya qilinib, ichidagi suyuqligi so'rib olingandan kistani fibroz kapsulasi puchchayib qoldi. Kista ichidagi suyuqligi so'rib olingandan keyin va fibroz kapsulani ochishdan oldin darhol kista bo'shlig'iga 100%li glitserin yuborildi. Torakoskopik operatsiya paytida bu parazitning kutikulyar qobig'ini qoldiq bo'shliqdan endokonteynerga xavfsiz tarzda o'tkazishga imkon berdi. Punksiya qilingandan so'ng, kista ichidagi suyuqligi so'rib olinib bo'shlig'iga antiparazitlar ishlov berilgandan keyin xitin qobig'i olib tashlandi. Buning uchun kistaning eng bo'rtib chiqqan qismidan elektroxirurgik qaychi bilan fibroz kapsula ochilib, avvaldan keltirilgan, keng ochilgan endokonteynerga solindi. Qoldiq bo'shliqlarni reviziya qilish maqsadida, kutikulyar qobiqni to'liq olib tashlash va bronxial oqmalarni aniqlash uchun barcha hollarda qoldiq bo'shliqning endovideoskopiyasi o'tkazildi. Xitin qobig'i yoki parazitning qoldiqlari borligi aniqlanganda himoya salftaklari qo'yilib, operatsiya oxirida 10 mm troakarlardan biri orqali chiqarib olindi, va agar kerak bo'lsa jarohatni biroz kengaytirilib olib chiqarildi va endokonteynerga joylashtirildi. Qoldiq bo'shliqni bartaraf qilish xirurgik aralashuvning yakuniy bosqichi bo'ldi. Fibroz kapsulaning erkin qismlari elektrokoagulyator yordamida kesib olindi. Kistaning ichki yuzasi ham kichik bronxial oqmalarni bartaraf etish maqsadida qo'shimcha ravishda koagulyatsiya qilindi. Qolgan bo'shliq likopcha shakli ko'rinishini oldi.

Torakoskopik operatsiyalar paytida qoldiq fibroz bo'shliqning kapitonaji ayniqsa qiyin. Endoskopik qisqichlar bilan bo'shliqni ichini tikishda odatda tugunlar to'liq tortilmaydi. Ushbu kamchilikni bartaraf etish uchun biz bo'shliq ichini tikish uchun uskuna ishlab chiqdiki (1814-sonli ratsionalizatorlik taklifi).

Xitin qobig'ini olib tashlash va aparazitarlik mezoniga rioya qilish bilan bog'liq bo'lgan torakoskopik exinokokkektomiya o'tkazishdagi texnik qiyinchiliklar, o'pkada videoassistentlashtirilgan minitorakotomiya orqali exinokokkektomiya operatsiyasini rivojlanishiga olib keldi.

Bajarish texnikasi: Exinokokk kistasining o'lchamiga qarab, operativ yondashuv (ob'ektga kirish) ikkita usul yordamida boshlandi:

Diametri 5 dan 10 sm gacha bo'lgan kistalarda operativ yondashuv pnevmotoraks qo'yish bilan boshlandi. Kistalar o'pkani old-yuqori sohasida joylashganda, Veresh ignasi orqa qo'ltiq osti chizig'i bo'ylab VII-VIII –qovurg'alar oralig'idan, va agar kistalar o'pkaning orqa-pastki qismida joylashganida esa old qo'ltiq osti chizig'i bo'ylab III –qovurg'alar oralig'idan kiritildi.

Insufflyator sensorlarining ko'rsatkichlariga ko'ra, pnevmotoraksni erkin qo'yish nazorat qilindi. Xuddi shu nuqtadan pnevmotoraks qo'yilgandan keyin, plevra bo'shlig'iga troakar va optika kiritildi. Plevra bo'shlig'i reviziya qilinib kistaning aniq lokalizatsiyasi aniqlandi va uning proeksiyasi bo'yicha minitorakotomiya - uzunligi 5 sm gacha bo'lgan kesma amalga oshirildi. Kistaning lokalizatsiyasiga qarab, minitorakotomiya oldingi va orqa aksiliyar chiziqlari orasidagi zonada joylashgan IV-VI qovurg'alar oralig'idan amalga oshirildi.

Diametri 10 sm dan katta kistalar bo'lganda, shuningdek plevra bo'shlig'idagi bitishma jarayonlarida pnevmotoraks qo'yish bilan bog'liq qiyinchiliklar yuzaga kelgan holatlarda, rentgenologik tekshiruv ma'lumotlariga asoslanib xirurgik operatsiyalar oldindan mo'ljallanib minitorakotomiya bilan boshlandi. Bunday hollarda, kistalarning lokalizatsiyasi hal qiluvchi ahamiyatga ega bo'ldi: exinokokk kistasi yuqori bo'lakda joylashganda 4-5 qovurg'alar oralig'i bo'ylab mini-

kirish amalga oshirildi va segmental lokalizatsiyasiga qarab oldingi yoki orqa aksiliyar chizig'i bo'ylab kesma o'tkazildi.

Kistalar pastki bo'lakda joylashganda kesma 6-7 qovurg'alar orasidan bajarildi. Vizual nazorat ostida optika uchun 10 mm troakar oldingi qo'ltiq osti chizig'i bo'ylab III qovurg'alar oralig'idan yoki orqa qo'ltiq osti chizig'i bo'ylab VII-VIII qovurg'alar oralig'idan kiritildi.

Jarohatga jaroxat kengaytirgich o'rnatildi va kista plevra bo'shlig'idan glitserin bilan namlangan salftka bilan izolyatsiya qilindi. Ekinokokk kistasini olib tashlash bosqichlari keng tarqalgan oddiy usullardan farq qilmadi, ya'ni: - kistani punksiya qilish va ichidagi suyuqlikni evakuatsiya qilish; - kistotomiya va xitin qobig'ini olib tashlash; - fibroz bo'shliqga skoleksotsid (100% li glitserin) bilan ishlov berish; - o'pka to'qimasidan bo'rtib chiqqan fibroz kapsulaning bir qismini kesish; - yirik bronxial oqmalarni tikish, kichiklarini koagulyatsiya qilish; - qoldiq bo'shliqni ligaturali plastika orqali bartaraf etish.

Kistada qiz pufakchalari mavjudligida minimal invaziv aralashuvlarni amalga oshirish qiyinlik tug'diradi. Bunday hollarda biz tomonidan ishlab chiqilgan "troakar-ekstraktor" dan foydalandik (1815-sonli ratsionalizatorlik taklifi).

Plevra bo'shlig'i o'rta o'mrov chizig'i bo'ylab III qovurg'alar oralig'idan va orqa qo'ltiq osti chizig'i bo'ylab VII yoki VIII qovurg'alar oralig'idan drenajlandi. Minitorakotom jarohat kavatma – qavat tikildi. Drenajlar bosimi katta bo'lmagan faol aspiratsiya tizimiga ulandi.

Operatsiyaning aloxida xususiyatlari yorqin yoritish va plevra bo'shlig'i tomondan operatsiyani vizual nazorat qilish, jarohatning chuqur joyida manipulyatsiyalarni bajarish uchun uzun branshali instrumentlardan foydalanish edi.

Natija va muhokamalar. Asoratlanmagan o'pka exinokokkozida rejalashtirilgan 25 bemordan atigi 23 nafarida troakar bilan teshish orqali sof torakoskopik usulda exinokokkektomiya qilish imkoniyati bo'ldi. 2 holatda introperativ texnik qiyinchiliklar sababli minitorakotomiyaga o'tish talab qilindi. Kistalarning kattaligi 5 dan 8 sm gacha o'zgarib turdi. 5 ta holatda torakotsistotomiyadan so'ng qisman peritsistektomiya va bronxial oqmalar yo'qligi sababli Vishnevskiy bo'yicha kapitonaj qilindi. 7 ta holatda qoldiq bo'shliq Vohidov bo'yicha bartaraf qilindi. Qolgan 11 ta holatda esa fibroz bo'shliq Bobrov bo'yicha likvidatsiya qilindi. Operatsiyadan keyingi asorat (o'pkada qoldiq bo'shliq) 2 (8,69%) nafar bemorda kuzatildi.

2 ta holatda troakar yordamida torakoskopik exinokokkektomiya o'tkazishda texnik qiyinchiliklar tufayli minitorakotomiyaga o'tish zarur bo'lib, qo'l bilan reviziya qilingandan so'ng exinokokkektomiya bajarildi.

134 ta holatda mini-kirishni qo'llash orqali videotorakoskopik exinokoktektomiya operatsiyasi amalga oshirildi. Kistalarning kattaligi 10 dan 17 sm gacha o'zgarib turdi. 7 (5,22%) holatda 3 ta, 12 (8,95%) holatda 2 ta kista olib tashlandi. 12 (8,95%) nafar bemorda yuqori bo'lakda joylashgan kistalar 4 qovurg'a oralig'idan, 38 (28,36%) nafar bemorda 5 qovurg'a oralig'idan, o'rta va pastki bo'lakda joylashgan kistalari bor bemorlarni faqat 23 (17,16%) tasida 7 qovurg'a oralig'idan va 61 (45,53%) ta bemorda 6 ta qovurg'a oralig'idan minitorakotomiya bajarilgan. Yirik kistalar mavjud 42 (31,34%) holatda torakotsintez va torakoskopiya vaqtida kistaning shikastlanishini oldini olish maqsadida oldindan torakoskopiyasiz minitorakotomiya qilindi. Qoldiq bo'shliqning kapitonaji kistaning konfiguratsiyasi va hajmiga qarab amalga oshirildi. Dumaloq kistalar mavjud bo'lgan 70 nafar bemorda qoldiq boshliq Vohidov usulida bartaraf qilindi. Chuqur yarim oval kistalar mavjud bo'lgan 34 nafar bemorda kapitonaj vertikal yarim kisetli choklar yordamida amalga oshirildi. 18 nafar bemorda bo'shliqni likvidatsiya qilish Bobrov-Spasokukoskiy metodikasida bajarildi. 12 ta holatda bo'shliq Vishnevskiy usulda bartaraf etildi. Kistalarning ikki tomonlama joylashuvi bilan 12 bemorda bosqichma-bosqich operatsiyalar, 5 holatda esa bir bosqichli exinokokkektomiya o'tkazildi.

25 nafar bemorda o'pkadan exinokokkektomiya operatsiyasi keng torakotomik kesma orqali amalga oshirildi. Barcha bemorlarga oldingi – yon torakotomiya qilindi. Shuni e'tirof etish kerakki, ko'pincha torakotomik kesma orqali o'pkadan exinokokkektomiya faqat exinokokkozning qiyin holatlarida amalga oshirildi. 12 (48%) holatda residiv exinokokkozda, 9 tasida (36%) - kistalarni tarqalgan ko'p sonli

exinokokkozida, 4 (16%) holatda gigant kistalar aniqlanganda. Ko'pgina hollarda - 9 ta (81,82%) xolatda organ saqlovchi operatsiyalar bajarilib, o'pkadagi qoldiq bo'shliq turli xil modifikatsiyalarda ligaturali plastika qilish orqali bartaraf etildi. 2 (18,18%) nafar bemorda Vishnevskiy usuli bo'yicha, 3 (27,27%) nafar bemorda Bobrov-Spasokukoskiy usuli bo'yicha, 4 (36,36%) ta bemorda vertikal yarim kisetli choklar qo'yildi. Va 2 (18,18%) nafar bemorda o'pkani qirg'oq qismini rezeksiyasi amalga oshirildi.

Asosan, turli xil modifikatsiyada ligaturali plastika orqali o'pkada qoldiq bo'shliqni bartaraf qilish bilan birga organlarni saqlash operatsiyalariga amalga oshirildi. Kistalarni o'pkani qirg'oq qismida joylashuvi va pnevmotsirrozi bo'lgan 2 bemorda o'pkaning exinokokk kistasi bilan birga qirg'oq qismini rezeksiyasi amalga oshirildi.

Hozirgi vaqtda exinokokk kistalarini yiringlash xolatlarida torakoskopiya yoki rentgenoskopiya nazorati ostida kistalarni transtorakal drenajlash ishlari olib borilmoqda. Drenajlashni ushbu usuli 12 bemorda qo'llanilib: 7 holatda torakoskop nazorati ostida va 5 holatda drenajlash rentgenoskopiya nazorati ostida amalga oshirildi. Yakka kista o'ng o'pkada 8 nafar bemorda, chap o'pkada esa 4 nafar bemorda uchrad.

12 holatdan bir nafar bemorda asorat kuzatilib, chegaralangan plevra empiyasi ko'rinishida namoyon bo'ldi. Yiringli jarayon drenajlanib, konservativ davolash choralaridan keyin jarayon bartaraf qilindi. Bir holatda, kista bo'shlig'i obliteratsiyaga uchramadi va quruq qoldiq bo'shliq saqlanib qoldi. Bunday holat kista diametri 12 smdan oshganda kuzatildi.

Yiringlash belgilari yaqqol bo'lmagan 34 nafar bemorni bronxga kista yorilishi bilan operatsiya qilindi. 18 bemorda kistalar o'ng o'pkada, 9 nafar bemorda esa chap o'pkada joylashdi. 7 holatda esa ikki o'pkada xam kistalar qayd etildi. 2 nafar bemorning bir o'pkasida 3 ta kista, 5 nafarida esa 2 ta kista aniqlandi.

Barcha bemorlarga jarrohlik aralashuvi o'tkazildi. 32 nafar bemorda operatsiyalar mini-torakotomiya yo'li bilan amalga oshirildi. Ushbu kategoriyada yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlardan tufayli mini-kirish oldindan torakoskopiya amalga oshirildi. Polipozitsion rentgenoskopiya so'ng, metodologiyamizga muvofiq, 2 holatda IV qovurg'a oralig'idan, 12 holatda - V qovurg'a oralig'idan, 14 holatda - VI qovurg'a oralig'idan va 6 bemorda esa VII qovurg'a oralig'idan kirish amalga oshirildi. 2 ta holatda bitta bo'lakdan 3 ta kista, 4 ta bemorda esa ikkita bo'lakdan 2 ta kistalar mini-kirish joyidan olib tashlandi. 7 ta holatda kistalarning lokalizatsiyasi ikki tomonlama bo'ldi. 4 nafar bemorda birinchi bosqichda asoratlangan kista tomonidan operatsiyalar bajarildi. 3 nafar bemorda mini - kirish orqali bir bosqichli operatsiya o'tkazildi. Ushbu bemorlar operatsiya vaqtida yoki operatsiyadan keyingi davrda qarama-qarshi tomondagi o'pkaning kistalarini yorilish ehtimoli ko'proq edi. Kistaning plevra bo'shlig'iga yorilishi exinokokkozning og'ir asoratlardan biri hisoblanadi.

Piopnevmotoraksning oldini olish uchun ushbu bemorlar o'z vaqtida operatsiya qilinishlari kerak edi.

Bemorlarimizning rentgen tekshiruvida 6 ta holatda gidropnevmotoraks aniqlandi. Plevra bo'shlig'iga exinokokk kistasining yorilishi aniqlangan barcha bemorlar dastlabki torakoskopik tekshirilgandan so'ng minitorakotomik kesma orqali operatsiya qilindi.

Ekhinokokk kistalari plevra bo'shlig'iga yorilib ketgan barcha 6 holatda plevra bo'shlig'i ozonlangan fiziologik eritma bilan sanatsiya qilindi, xitin qobig'i olib tashlandi va bronxial oqmalarni tikmasdan qoldiq bo'shliq kapitonaji amalga oshirildi.

10 nafar bemorga o'pka va jigarning qo'shma exinokokkozi bilan operatsiya qilindi. 6 nafar bemorda o'pka va jigardagi xirurgik operatsiyalar bir vaqtning o'zida alohida mini-kesmalar orqali amalga oshirildi. 4 ta holatda o'pka va jigardan exinokokkektomiya alohida mini-kesma bilan bir vaqtda bajarildi va 2 holatda mini-torakotom kesma keng laparotomiya bilan aralash bajarildi. 4 nafar bemorda o'pka va jigardan kistalarni olib tashlash bosqichma-bosqich amalga oshirildi. Shu bilan birga, davolanishning barcha bosqichlari faqat mini-kirishlardan foydalangan holda amalga oshirildi.

Aksariyat hollarda organlarni saqlash operatsiyalari turli xil modifikatsiyadagi qoldiq bo'shliqning plastika qilish bilan amalga oshirildi. 2 bemorda lobektomiyaga ko'rsatmalar asoratlangan exinokokkoz holatlarida bo'lib, unda kistalar o'pkaning butun bo'lagini egallab, uning pnevmotsirrozi olib kelgan edi.

Operatsiyadan keyingi davrda barcha bemorlarga, bir oy o'tgach, 30 kun davomida kuniga 12 mg / kg dozada albendazol bilan kimyoterapiya buyurildi. Ushbu preparatning ijobiy xususiyatlaridan biri uning past toksikligi va nojo'ya ta'siri xavfini ancha past bo'lib, uni juda uzoq kurslar uchun ishlatishga imkon berdi.

Xulosalar. Shunday qilib, bemorlarning 2/3 dan ko'prog'ida minimal invaziv usullar orqali o'pkadan exinokokkektomiya qilish mumkin bo'ldi va endovizual texnologiyadan foydalanish operatsiyadan keyingi asoratlardan sonini 4% gacha, davolash vaqtini esa 14,2 dan 6,4 kungacha kamaytirish imkonini berdi.

Bizning fikrimizcha, torakoskopik exinokokkektomiya yanada texnik jihatdan takomillashtirishni talab qiladi. Shu munosabat bilan, minitorakotomik exinokokkektomiyani bajarish osonroq va natijalarga ko'ra samaraliroqdir. Shu bilan birga, shuni e'tirof etish kerakki, torakotom kesma orqali exinokokkektomiya ko'pincha ko'krak bo'shlig'ining residiv exinokokkozida va ba'zida kasallikning asoratli kechishida qo'llash maqsadga muvofiqdir.

O'pkaning ikki tomonlama exinokokkozida yoki jigar bilan birgalikda kelishida mini kirishlar orqali bir vaqtning o'zidagi operatsiyalarga tanlov bo'lib, yurak-qon tomir va nafas olish tizimlarining funksional ko'rsatkichlari yaxshi bo'lgan bemorlarda bajarilishi mumkin.

Список литературы/ Iqtiboslar/ References

1. Sh.I.Karimov, N.F.Krotov, Z.I.Murtazaev, A.E.Rasulov. Sovremennyy podxod k xirurgicheskomu lecheniyu exinokokkoza pecheni. Xirurgiya Uzbekistana. 2007.- №3. -S.48-49
2. Abbas N, Zaher Addeen S, Abbas F, Al Saadi T, Hanafi I, Alkhatib M, Turk T, Al Khaddour A. Video-assisted Thoracoscopic Surgery (VATS) with mini-thoracotomy for the management of pulmonary hydatid cysts. J Cardiothorac Surg. 2018 May 2;13(1):35. doi: 10.1186/s13019-018-0716-7. PMID: 29716636 Free PMC article.
3. Alpay L, Lacin T, Ocakcioglu I, et al. Is Video-Assisted Thoracoscopic Surgery Adequate in Treatment of Pulmonary Hydatidosis? Ann Thorac Surg 2015;100:258-62. 10.1016/j.athoracsurg.2015.03.011 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
4. Findikcioglu A, Karadayi S, Kilic D, et al. Video-assisted thoracoscopic surgery to treat hydatid disease of the thorax in adults: is it feasible? J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2012;22:882-5. 10.1089/lap.2012.0272 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
5. Murtazaev Z.I., Sherbekov U.A., Baysariyev Sh.U., Sherqulov Q.U., Dusiyarov M.M. Our experience in the surgical treatment of liver echinococcosis. Journal of critical reviews. 2020. Vol 7. 2454-2458.
6. Nabi MS, Waseem T. Pulmonary hydatid disease: What is the optimal surgical strategy? Int J Surg 2010;8:612-6. 10.1016/j.ijsu.2010.08.002 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
7. Usluer O, Kaya SO, Samancilar O, et al. The effect of preoperative albendazole treatment on the cuticular membranes of pulmonary hydatid cysts: should it be administered preoperatively? Kardiochir Torakochirurgia Pol 2014;11:26-9. 10.5114/kitp.2014.41926 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Раббимова Дилфуза Тоштемировна

д.м.н., Заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Юсупов Фазлиддин Тожиевич

к.м.н., Ассистент кафедры терапии №3
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННОЙ ДЕКОНТАМИНАЦИИ И НЕЙРОПРОТЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ СЕПСИСА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

For citation: Rabbimova D. T., Yusupov F. T./Effectiveness of combined decontamination and neuroprotection in the treatment of sepsis in children in the first year of life . Journal of hepato-gastroenterology research. vol. 3, issue 3. pp.

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

АННОТАЦИЯ

В статье представлены результаты исследования эффективности лечения сепсиса с применением сочетанной деконтаминации и энтеросорбции у детей раннего возраста.

Ключевые слова: сепсис, лечение, дети раннего возраста

Rabbimova Dिल्фуза Toshtemirovna

Tibbiyot fanlari doktori, bolalar kasalliklari propedevtika kafedrası mudiri
Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston

Yusupov Fazliddin Tojievich

Tibbiyot fanlari nomzodi, 3-son terapiya kafedrası assistenti
Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston

ERTA YOSH BOLALARDA SEPSISNI DAVOLASHDA DEKONTAMINATSIYA VA NEYROPROTEKSIYALARNING SAMARALI

ANNOTATSIYA

Maqolada yosh bolalarda kombinatsiyalangan dekontaminatsiya va enterosorbeiya va neyroproteksiylarning yordamida sepsisni davolash samaradorligini o'rganish natijalari keltirilgan.

Kalit so'zlar: sepsis, davolash, erta yosh bolalar

Rabbimova Dिल्фуза Toshtemirovna

Doctor of Medical Sciences,
Head of the Department of Propaedeutics childhood diseases
Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

Yusupov Fazliddin Tojievich

Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Therapy N 3
Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

EFFECTIVENESS OF COMBINED DECONTAMINATION AND NEUROPROTECTION IN THE TREATMENT OF SEPSIS IN CHILDREN IN THE FIRST YEAR OF LIFE

ANNOTATION

The article presents the results of a study of the effectiveness of sepsis treatment using combined decontamination and enterosorbition in young children.

Keywords: sepsis, treatment, young children

Актуальность. В последние годы предметом пристального изучения является феномен бактериальной транслокации из желудочно-кишечного тракта, который является причиной значительного числа госпитальной инфекции. Некоторые авторы

считают, что бактериальная транслокация кишечной микрофлоры, является основным механизмом эндогенного инфицирования и продукты деструкции тканей с бактериями попадают в кровоток, значительная их часть выводится из организма через кишечник

благодаря функции бокаловидных клеток тонкой кишки, секретирующих слизь. В условиях богатой питательной среды те или иные микроорганизмы могут усиленно размножаться в тонкой кишке.

Одной из ключевых звеньев патогенеза сепсиса является эндогенная интоксикация как типовой патологический процесс при сепсисе, т.е. накопление эндогенных токсических веществ является неотъемлемым компонентом генерализованной инфекции. Утрата функции детоксикационных систем при ПОН влечет за собой прогрессирование эндотоксикоза и усугубление нарушений газообмена, в том числе и в самих органах детоксикации, тем самым замыкается порочный круг танатогенеза при сепсисе. Предопределяющим эффективность терапии при сепсисе является детоксикационная терапия.

Решающим фактором в комплексе лечебных мероприятий при сепсисе является антибиотикотерапия, однако прямое токсическое действие антибиотиков на эпителий и ретикулоэндотелиальную строму слизистой оболочки кишечника также приводит к развитию кишечного дисбактериоза. Помимо этого, при сепсисе в желудочно-кишечном тракте нарушаются ферментативный гидролиз, всасывание, секреция, метаболизм, а также сорбционные процессы, осуществляющие, в первую очередь, защиту внутренней среды организма от токсических метаболитов. Следовательно, бактериальная транслокация является патофизиологическим звеном, поддерживающим и усугубляющим воспалительный процесс при сепсисе у детей раннего возраста. Энтеросорбенты, связывая токсические вещества, в том числе токсины бактерий и метаболиты в просвете кишки, тем самым прерывают процессы их рециркуляции, снижают токсическую и метаболическую нагрузку на все органы и системы организма.

Цель исследования: Оценить сочетанное применение селективной деконтаминации и энтеросорбции в лечении сепсиса у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования.

В работе представлен анализ результатов обследования и комплексного лечения 246 младенцев с гнойно-воспалительными заболеваниями в возрасте от 1 месяца до 1 года, находившихся на стационарном лечении в клинике 2 Самаркандского государственного медицинского института.

Из общего количества больных 109 детей были с септицемической формой сепсиса, 54 - с хирургическим сепсисом.

Выявленные в процессе нашего исследования клинико-лабораторные признаки свидетельствуют о глубоких нарушениях гомеостаза у детей первого года жизни с сепсисом, связанных с эндогенной интоксикацией, нарушением иммунного статуса и вегетативного регулирования организма больного. Учитывая это, при лечении детей с сепсисом использовалась совершенствованная комплексная этиотропная и детоксикационная терапия. Они проводились в дополнение к общепринятому использованию ингибиторов протеаз, антиоксидантов, антигистаминных препаратов и др. В комплекс этиотропной и дезинтоксикационной терапии входили:

1) рациональная антибактериальная терапия; при неадекватности ее эффективность всего комплексного лечения была кратковременной и безуспешной вследствие истощения защитных резервов организма;

2) хирургическая санация очага инфекции при септикопиемической форме сепсиса;

3) санация кишечника с целью предотвращения гиперколонизации попадания токсинов во

внутреннюю среду организма путем, проведения сочетанной деконтаминации кишечника;

3) применение УФО крови обладающего антиоксидантной активностью свойством нейтрализовать эндогенные микробные токсины в крови, и одновременно применение энтеросорбции, способствующей нейтрализации и связыванию токсинов в просвете кишечника;

4) выведение токсинов из организма путем адекватной поддержки функции органов осуществляющих детоксикационные процессы (печени, почек, кишечника, легких).

В качестве антибактериальной терапии при проведении сочетанной деконтаминации кишечника использовали антибиотики, которые не всасывались из желудочно-кишечного тракта и действовали только на условно-патогенную флору, сохраняя бифидо- и лактофлору. К таким антибиотикам относятся эрсефурил, фунистатин, а также применялся метронидазол, при повышенных значениях ЛЖК. Для предотвращения развития устойчивой флоры эти антибиотики применяли курсом по 5 дней (последовательно 3 курса). Продолжительность селективной деконтаминации кишечника определялась по результатам бактериологического и микроскопического исследования фекалий у детей с сепсисом. Энтеросорбция проводилась препаратом «Смекта», из расчета 12-15 мл растворенного порошка, 3-хкратно внутрь, через 1 час после приема лекарств и пищи. Продолжительность энтеросорбции определялась устранением клинических и лабораторных признаков интоксикации и, в среднем, составляла 10-15 дней.

Как выявлено, существенным фактором патогенеза сепсиса у детей первого года жизни является дисфункция ВНС, в основе которой лежат гипоксические поражения ЦНС в ante- и интранатальном периоде. В этой связи, применение церебропротекторного препарата пептидной структуры актовегина является основой патогенетической коррекции, направленной на нормализацию нейровегетативной регуляции. Актовегин применяли из расчета 0,3-0,5 мл/кг внутривенно струйно в течение 10 дней. Такую терапию получали 56 больных, которые составили первую подгруппу.

Для определения эффективности сочетанной деконтаминации кишечника и актовегина использовались клинический анализ общего состояния больных и показателей эндотоксикоза, показателей вегетативного обеспечения и иммунореактивности. Полученные результаты сопоставлялись с группой сравнения, получавшей общепринятую базисную терапию.

Результаты исследования. Изучение содержания АСЛ к возбудителям в крови больных в динамике проводимой терапии представлены в таблице 1. В результате проведенной терапии средние значения указанных показателей в 1-й группе с высокой значимостью отличаются от исходных значений, характеризуясь 2-3-х кратным снижением содержания АСЛ по всем видам возбудителей ($P < 0,001$). Также отмечается достоверно значимое снижение этих показателей по отношению к группе сравнения. Следует отметить, что содержание АСЛ снижается по отношению к некоторым возбудителям (стрептококк ($P < 0,05$), клебсиелла ($P < 0,01$)) и после традиционной терапии.

Следовательно, в результате проведенной терапии в организме у детей первого года жизни с сепсисом происходит снижение антигенной нагрузки, о чем свидетельствует достоверное уменьшение содержания АСЛ практически по всем возбудителям. Хотя эти показатели не достигали значений нормы, они были в 2-3 раза меньше, чем в группе больных, получавших традиционную терапию.

Таблица 1

Содержание циркулирующих АСЛ к возбудителям сепсиса у младенцев при СДК, % ($M \pm m$)

АСЛ к возбудителям	Контроль, n=30	До лечения, n=129	После лечения
--------------------	----------------	-------------------	---------------

			Первая подгруппа, n=56	Группа сравнения (после традиционной терапии), n=38
Стафилококк	2,3±0,4	12,9±0,6***	4,6±0,3***^^^	11,7±0,2***°°°
Стрептококк	1,8±0,2	8,9±0,8***	3,8±0,7***^^^	7,4±0,7***°°°
Клебсиелла	1,5±0,1	16,8±0,5***	5,6±0,3***^^^	14,8±0,6***^°°°
Протей	1,7±0,3	14,3±0,9***	7,0±0,1***^^^	12,7±0,8***°°°
Синегнойная палочка	1,3±0,04	15,2±0,8***	4,9±0,2***^^^	14,7±0,5***°°°
Грибы рода Candida	1,9±0,5	22,8±0,6***	12,2±0,4***^^^	22,5±0,7***°°°

Примечание:

* - различия относительно данных группы здоровых значимы (*** - $P < 0,001$), ^ - различия относительно данных группы до лечения значимы (^ - $P < 0,01$, ^^ - $P < 0,001$), ° - различия относительно данных 1 группы значимы (°°° - $P < 0,001$).

При исследовании показателей эндогенной интоксикации крови у детей первого года жизни первой подгруппы, в отличие от больных группы сравнения отмечается благоприятная динамика (табл.2). Так, на 10-й день проведения сочетанной деконтаминации и применения актовегина содержание МСМ в сыворотке крови у детей первого года жизни этой группы достоверно ниже, чем в группе детей, получивших базисную терапию ($P < 0,05$).

Известно, что при хроматографическом исследовании белкового состава химуса в содержимом кишечника у детей

с гнойно-септическими заболеваниями преобладают протеины МСМ. По-видимому, уровень его содержания в крови в значительной мере зависит от состояния кишечника, в частности, от гиперколонизации кишечника, способствуя увеличению содержания МСМ в просвете и может явиться звеном в механизме эндотоксикоза, в том числе при сепсисе. Вполне логично, что в результате сочетанной деконтаминации кишечника снижается содержание МСМ в просвете кишечника, что приводит к уменьшению их уровня в крови.

Таблица 2

Показатели эндогенной интоксикации у детей с сепсисом при применении СДК и нейропротекции ($M \pm m$)

Показатели эндотоксикоза	Контроль, n=30	Больные с сепсисом			
		До лечения n=106	Первая подгруппа, n=56		Группа сравнения (после традиционной терапии), n=38
			На 10-12 день лечения	После лечения	
МСМ усл.ед.	0,25±0,02	0,52±0,01**	0,31±0,02***	0,24±0,01*^	0,37±0,03***
ЦИК усл. ед	1,04±0,02	3,1±0,1**	2,5 ±0,09*	2,1±0,04***^^^	3,5±0,14***°°°
ПТК, ед.	27,5±1,1	47,2±2,5**	31,2±2,4***	28,1±2,7^^^	49,3±1,4***^°°°
ЛИИ, ед.	1,96±0,18	4,51±0,41***	3,5±0,43***	2,3±0,23^^^	4,4±0,15***°°°

Примечание: * - различия относительно данных группы здоровых значимы (* - $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$), ^ - различия относительно данных группы до лечения значимы (^ - $P < 0,05$, ^^ - $P < 0,01$, ^^ - $P < 0,001$), ° - различия относительно данных 1 группы значимы (°°° - $P < 0,001$, °°° - $P < 0,001$).

Содержание ЦИК в первой подгруппе больных по сравнению с показателями до лечения снижается в 1,4 раза ($P < 0,001$), а по сравнению с результатами группы с традиционной терапией после лечения - в 1,5 раза ($P < 0,001$). Однако по сравнению с

показателями здоровых детей уровень циркулирующих иммунных комплексов в крови у больных 1-й группы и группы сравнения еще остаются в 2,2 и 3,4 раза выше ($P < 0,001$). В первой подгруппе исходные показатели токсичности крови и ЛИИ статистически

значимо снижаются в 1,7 и 1,9 раза, и достигают показателей нормы, ноу детей первого года жизни группы сравнения эти показатели имеют, лишь тенденцию к снижению и достоверно превышают нормативные величины в 1,8 и 2,2 раза, соответственно.

В первой подгруппе больных после полученного лечения отмечалось достоверное снижение показателя спонтанной агломерации лейкоцитов по сравнению с результатами до лечения и с группой сравнения после лечения ($P<0,001$ в каждом случае) и является косвенным признаком снижения воспалительной активности в организме больного (табл. 3)

Таблица 3

Динамика ПСАЛ и ИЯСН у детей при лечении сепсиса с СДК ($M\pm m$) ($n=40$)

параметр норма	до лечения $n=20$	Первая подгруппа, $n=56$		Группа сравнения (послетрад. терапии), $n=38$
		10-12 день	После лечения	
ПСАЛ $3,72\pm 0,12$ ($n=25$)	$13,1\pm 0,5$ $P<0,001$	$11,3\pm 0,6$ $P<0,001$ $P1<0,05$	$7,1\pm 0,53$ $P<0,001$ $P1<0,001$	$10,7\pm 0,65$ $P<0,001$ $P1<0,001$
ИЯСН $2,67\pm 0,04$ ($n=25$)	$2,35\pm 0,03$	$2,29\pm 0,04$	$2,45\pm 0,03$	$2,41\pm 0,04$

Примечание: $GdeP$ - показатель достоверности различий по сравнению с нормой, $P1$ - достоверность различий по сравнению с исходными данными

Анализ влияния сочетанной деконтаминации и актовегина на состояние напряженности адаптивных механизмов по данным КИГ у детей первого года жизни с сепсисом, показал (табл.5.4), что подобное лечение обуславливает тенденцию к повышению величин АМо и Δx , а также уменьшается значение ИН при параллельном, хотя и незначительном снижении величины Мо. Тем не менее, при лечении сепсиса, достигнутые значения КИГ существенно отличаются от нормативных показателей. Отличие обусловлено более низкими значениями Мо у больных ($P<0,05$),

превышением величины АМо ($P<0,001$), а также ИН ($P<0,001$) и за счет более низких показателей у больных Δx ($P<0,001$).

Хотя сочетанная деконтаминация и актовегин оказывают позитивное действие на показатели адаптивных реакций в организме в процессе лечения, это в полной мере не достигается, что является вполне логичным, по скольку тяжесть заболевания еще сохраняет свой определенный уровень за счет активности ряда патофизиологических процессов, могущих оказывать влияние на состояние адаптивных механизмов, что подтверждается сохранением гиперсимпатикотонии у обследованных детей.

Таблица 4

Показатели кардиоинтервалографии у больных в зависимости от метода лечения

Показатели КИГ	Контроль, $n=38$	Первая подгруппа, $n=56$		Группа сравнения (после трад. терапии), $n=38$
		исходные данные	после лечения	
Мо, сек.	$0,46\pm 0,02$	$0,38\pm 0,01^*$	$0,38\pm 0,01^*$	$0,42\pm 0,01$
АМо, %	$44\pm 1,9$	$61\pm 3,74^{***}$	$62\pm 2,7^{***}$	$63\pm 3,6^{***}$
Δx , сек.	$0,32\pm 0,006$	$0,032\pm 0,006^{***}$	$0,039\pm 0,003^{***\wedge}$	$0,041\pm 0,02^{***\circ}$
ИН, усл.ед.	478 ± 17	$2501\pm 261^{***}$	$2381\pm 257^{***}$	$2137\pm 237^{***}$

Примечание: * - различия относительно данных группы здоровых значимы (* - $P<0,05$, ** - $P<0,01$, *** - $P<0,001$), ^ - различия относительно данных группы до лечения значимы (^ - $P<0,05$), ° - различия относительно данных 1 группы значимы (° - $P<0,05$).

Выводы.

Таким образом, применение новой тактики антибактериальной терапии, отличительными чертами которой является щадящее отношение к становлению бифидо- и лактофлоры, активное управление эндогенной кишечной флорой путем применения селективной деконтаминации кишечника и совместное применение энтеросорбционной терапии, а также включение нейпротекторной терапии актовегином, позволяет устранить гиперколонизацию, предотвращая чрезмерную антигенную перегрузку и восстанавливает естественную детоксикационную

функцию кишечника, поднимает адаптационные возможности больных младенцев на более высокий уровень, что существенно повышает эффективность базисной схемы лечения сепсиса у детей первого года жизни. Одним из преимуществ данного метода является то, что это не прерогатива специализированных клиник, его можно применить и на периферии.

Следует отметить, что из 54 больных, получавших сочетанную деконтаминацию кишечника и актовегин, позитивный ответ на примененное лечение наблюдался у 92,8% больных. Летальность в этой группе больных составила 7,14%.

Список литературы/ Iqtiboslar/ References

1. Ермакова М.К. Особенности атопического дерматита у детей на современном этапе //Труды ИГМА: сборник научных статей. Ижевск. 2017. С.76-80.

2. SA Mukhitdinovich, RD Tashtemirovna Comprehensive approach to the problem of rehabilitation of infants submitted sepsis Comprehensive approach to the problem of rehabilitation of infants submitted sepsis// Вопросы науки и образования, 2017 10 (11) 152-156
3. Dilfuza Rabbimova Bacteriological investigation and method of antigen connected lymphocytes (ACL) in defining etiological structure of sepsis in children in the early age // Medical and Health Science Journal 2010/10/1 4 p 51-54
4. Н.Б. Абдукадирова, Д.Т.Раббимова, З. Хаятова Роль дисплазий соединительной ткани в развитии патологии различных систем организма //Journal of Siberian 3 p126-135
5. ЮсуповФ.Т. Раббимова Д.Т Some risk factors for digestive complications in children after cardiac surgery with artificial circulation // Journal of Natural Remedies 22 №1p.129-134
6. Ардатская М.Д., О.Н. Минушкин, Г.А. Елаветина. Нарушение баланса микрофлоры и ее коррекция // Эффективная фармакотерапия. - 2013. - № 41. – с. 58-63
7. Сманцер В.А., Еременко В.Г., Гвак Г.В. Нутритивная поддержка интенсивной терапии гнойно-септических заболеваний у детей // Сепсис: вопросы клинической патофизиологии, эпидемиологии, диагностики и интенсивной терапии : материалы межрегиональной научно-практической конференции, 27-28 апреля 2006 г., Кемерово - 2006. - С. 222-225
8. Шевцова О.М., Шаповалова Н.В., Струк Ю.В. Новые технологии экс-тракорпоральной гемокоррекции в интенсивной терапии абдоминального сепсиса. //Журнал «Системный анализ и управление в биомедицинских системах».- 2009. - №4.- С. 875-879.
9. Раббимова Д.Т., Юсупов Ф.Т., Рамазанова А.Б., Абдукадирова Н.Б., Мамутова Э.С. “Особенности распределения HLA-антигенов у младенцев с сепсисом”. Вопросы науки и образования, №27 (76), 2019. Стр 32.
10. Раббимова Д.Т.,Мухаммадиев Н., Мамутова Э.С., Шадиева Х.Н. “Diagnostic significance of determining the etiological factor at sepsis in babies by of gas-liquid chromatographic method”. International J. of Medical and Health Research. 2017.
11. Haydarova S.X, Achilova F.A., Mamutova E.S., Najimov Sh.R., Mavlyanova Z.F. «Optimization of Rehabilitation Measures in Children with Respiratory Diseases». American Journal of Medicine and Medical Sciences 2022, 12(3): 335-337

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Раббимова Дилфуза Тоштемировна

д.м.н., Заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Юсупов Фазлиддин Тожиевич

к.м.н., Ассистент кафедры терапии №3
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

РОЛЬ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ В ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

For citation: Rabbimova D. T., Yusupov F. T. / The role of anaerobic infection in the etiological structure of purulent-septic diseases in infant children. Journal of hepato-gastroenterology research. vol. 3, issue 3. pp.

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

АННОТАЦИЯ

В статье представлены результаты исследования биологических жидкостей, определения летучих жирных кислот.

Ключевые слова: сепсис, дети раннего возраста, летучие жирные кислоты.

Rabbimova Difuza Toshtemirovna

Tibbiyot fanlari doktori, bolalar kasalliklari propedevtika kafedrası mudiri
Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston

Yusupov Fazliddin Tojievich

Tibbiyot fanlari nomzodi, 3-son terapiya kafedrası assistenti
Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston

CHAQALOQLARDA YIRINGLI-SEPTIK KASALLIKLARNING ETIOLOGIK TUZILISHIDA ANAEROB INFEKTIYANING O'RNI

ANNOTATSIYA

Maqolada biologik suyuqliklarni o'rganish, uchuvchi yog' kislotalarini aniqlash natijalari keltirilgan.

Kalit so'zlar: sepsis, yosh bolalar, uchuvchi yog' kislotalari.

Rabbimova Difuza Toshtemirovna

Doctor of Medical Sciences,
Head of the Department of Propaedeutics childhood diseases
Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

Yusupov Fazliddin Tojievich

Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Therapy N 3
Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

THE ROLE OF ANAEROBIC INFECTION IN THE ETIOLOGICAL STRUCTURE OF PURULENT-SEPTIC DISEASES IN INFANT CHILDREN

ANNOTATION

The article presents the results of a study of biological fluids, the determination of volatile fatty acids.

Keywords: sepsis, young children, volatile fatty acids

Актуальность. Особенностью инфекционной патологии последних лет является нарастание частоты гнойно-септических заболеваний, обусловленных совокупностью таких факторов, как возникновение и широкое распространение штаммов условно-патогенных микроорганизмов, отличающихся полирезистентностью к антибиотикам [24; с. 56,142; с. 62,169; с.

251,189; с. 248] и повышенной устойчивостью к антисептикам [155; с. 50,209; с. 71,217, с. 57], увеличение числа госпитальных штаммов. Увеличение заболеваемости сепсисом многие авторы объясняют возрастанием медицинской «агрессии», под которой понимают внедрение сложных инвазивных диагностических и лечебных процедур (зондирование, длительная катетеризация

сосудов, инфузионная терапия, интубация трахеи, катетеризация мочевого пузыря) [5; с. 24, 126; с. 47,213; с.1054].

В настоящее время трактуется, что любое инфекционное воспаление - это результат действия смешанной аэробно-анаэробной инфекции. В процессе жизнедеятельности анаэробы способны выделять летучие жирные кислоты (ЛЖК), являющиеся их метаболитными маркерами [12; с. 94, 139; с.19] и по изменению их содержания можно судить о преобладании анаэробных микроорганизмов. Основное место образования ЛЖК - кишечник, где ежедневно может образоваться до 1000 ммоль ЛЖК [23; с. 205]. Известно, что из ЛЖК уксусная кислота является метаболитом облигатной флоры и снижение ее доли свидетельствует о снижении и активности бифидо и лактобактерий [11; с.59]. Увеличение доли пропионовой и масляной кислот указывает на активацию УПФ и строгих анаэробов (фузобактерий, эубактерий, пропионобактерий, бактериоидов). В ряде работ показано, что летучие жирные кислоты, выявляемые в различных биологических субстратах: крови, слюне, фекалиях и других, отражают токсическое действие высоких концентраций ЛЖК на ряд органов и систем [62; с. 60,76; с. 499,88; с. 46;], метаболический и структурный дисбаланс микробиоценоза коррелируют с клиническими проявлениями многих заболеваний, и сепсис не является исключением [107; с. 45-46].

Цель исследования Определение доли анаэробной инфекции в развитии гнойно-септической патологии у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. В работе представлен анализ результатов обследования и комплексного лечения 246 младенцев с гнойно-воспалительными заболеваниями в возрасте от 1 месяца до 1 года, находившихся на стационарном лечении в клинике 2 Самаркандского государственного медицинского института.

Из общего количества больных 109 детей были с септицемической формой сепсиса, 54 - с хирургическим сепсисом (Острая деструктивная пневмония (ОДП) с легочно-плевральными осложнениями, Острый гематогенный остеомиелит (ОГО), некротическая флегмона новорожденных (НФН), некротизирующий энтероколит (НЭК), 83 ребенка с локализованной инфекцией (47 - с локальной формой гнойно-

воспалительных заболеваний -остеомиелит, аденофлегмона, псевдофурункулез, парапроктит и 36 - с очаговой пневмонией)

Определение летучих жирных кислот (ЛЖК) в биологических субстратах проводили у пациентов с сепсисом и с локальной инфекцией с целью определения анаэробной инфекции. Метод газожидкостной хроматографии осуществлялся на хроматографе "Цвет 100, модель 165" с пламенно-ионизационным детектором для определения маркеров микроорганизмов.

Определялись следующие показатели:

- суммарная массовая концентрация летучих жирных кислот;
- абсолютное содержание отдельных жирных кислот (уксусной, пропионовой, масляной, валериановой, капроновой) и долю каждой кислоты в общем пуле;
- анаэробный индекс: отношение содержания суммы пропионовой и масляной кислот к содержанию уксусной кислоты;
- абсолютное и относительное содержание изокилот отношение суммы изокилот к сумме соответствующих неразветвленных жирных кислот (масляная, валериановая, капроновая).

Результаты исследования На основании изучения маркеров анаэробных микроорганизмов по содержанию ЛЖК методом ГЖХ мы выявили, что в структуре микробиоценоза больного ребенка с сепсисом, наряду с аэробной микрофлорой немаловажную роль играют анаэробные (клостридии, пептострептококки, пропионобактерии, фузобактерии, этеробактерии, лактобациллы и бифидобактерии).

Содержание маркеров анаэробных бактерий из крови коррелировало с содержанием их в фекалиях и раневом экссудате.

Проведен анализ с определением суммарной концентрации ЛЖК и абсолютного содержания отдельных (уксусная (C2), пропионовая (C3), масляная, валериановые (C5) кислоты, с изучением их профилей, которые рассчитывали согласно формуле $(C4)/Cn/\Sigma (C2+C3+C4)$. При изучении содержания ЛЖК в сыворотке крови и фекалиях у обследованных детей с сепсисом и локальной инфекцией выявлены различные значения концентраций летучих кислот по сравнению с группой здоровых детей, что указывает на количественные и качественные изменения состава микробиоты у больных.

Таблица 1

Количественное содержание ЛЖК C2/C4, анаэробных индексов, отношение суммарного содержания изо C5/C5 в сыворотке крови и фекалиях у исследуемых больных (сепсис и локальная инфекция) и здоровых детей, M±m

Группы	Биолог. материал	Уксусная кислота, мг/г	Пропионовая кислота, мг/г
Контроль (n=30)	Кровь	0,901±0,005	0,071±0,003
	Фекалии	0,632±0,003	0,189±0,002
Сепсис (n=35)	Кровь	0,803±0,002***	0,102±0,004***
	Фекалии	0,552±0,003***	0,212±0,005***
Локальная инфекция (n=28)	Кровь -	0,902±0,002	0,0732±0,004
	Фекалии	0,687±0,002***	0,168±0,005***

Группы	Масляная кислота, мг/г	Аэробный индекс (отриц.)	IC5/C5
Контроль (n=30)	0,026± 0,003		
	0,175± 0,002	0,575 ±0,011	1,2± 0,1
Сепсис (n=35)	0,097±0,006***		
	0,235±0,005***	0,807±0,011***	* 4,8±1,1*

Локальная инфекция (n=28)	0,025±0,002		
	0,141±0,002***	0,468±0,012***	2,13±0,1

Примечание: для $p < 0,05$. * - $p < 0,05$ при сравнении с группой нормы; ** - $p < 0,05$ при сравнении между группами локальная инфекция и сепсис

Результаты изучения данных параметров у исследованных больных представлены в таблице 4.4, из которой видно, что у больных сепсисом и локальной инфекцией в фекалиях повышены масляная и пропионовая кислоты (при сепсисе повышение масляной кислоты более выражено, $p < 0,001$), что указывает на активизацию условно-патогенной флоры и строгих анаэробов (бактериоидов, эубактерий, фузобактерий, копрококков и др.). Результаты изучения анаэробных индексов в фекалиях, отражающие окислительно-восстановительный потенциал в просвете кишечника, выявили что при локальной инфекции аэробный индекс смещается в область слабо отрицательных значений, а при сепсисе – смещен в область резко отрицательных значений, по сравнению с показателями здоровых детей, что свидетельствует об «анаэробизации» среды, при которой происходит угнетение облигатных анаэробов – лакто- и бифидофлоры.

Изучение соотношения содержания изокислот и соотношения изовалериановой кислоты к валериановой кислоте при локальной инфекции отмечалось снижение значений соотношения iC_n , $iC5/C5$, тогда как при сепсисе отмечалось резкое увеличение этого показателя, свидетельствующее об увеличении активности аэробной микрофлоры с протеолитической активностью в просвете кишечника у больных сепсисом (кишечные палочки, гемолитические штаммы аэробов - E.coli, фекальные стрептококки и анаэробов-Клостридии) [Ардатская М.И., 2002]. Изучение содержания ЛЖК в сыворотке крови больных отмечалось повышение абсолютного значения ЛЖК при сепсисе, по

сравнению с нормой и группой с локальной инфекцией. При этом в крови больных, как и кале в профиле C2-C4 выявлено достоверно значимое снижение доли уксусной кислоты, при увеличении доли масляной и пропионовых кислот, что является свидетельством неспособности колонизитов больных сепсисом утилизировать ЛЖК в нормальном режиме и, вероятно, это связано с повышенной проницаемостью слизистой кишечника при данной патологии, что подтверждается данными Н.В. Белобородовой (2000). При изучении содержания ЛЖК в сыворотке крови у больных с локальной инфекцией не было выявлено отклонений от показателей нормы, что объясняет целостность слизистой кишечника у этих больных.

Выводы.

У больных сепсисом наблюдается изменение количественного и качественного состава микробиоты, проявляющейся повышением в фекалиях масляной и пропионовой кислот, что указывает на активизацию условно-патогенной флоры и строгих анаэробов. При локальной инфекции аэробный индекс смещается в область слабо отрицательных значений, а при сепсисе – смещен в область резко отрицательных значений. У больных сепсисом отмечается резкое увеличение соотношения уровня изокислот и соотношения изовалериановой кислоты к валериановой кислоте, тогда как при локальной инфекции выявлено снижение данного показателя. Это свидетельствует об увеличении активности аэробной микрофлоры с протеолитической активностью в просвете кишечника у больных сепсисом.

Список литературы/ Iqtiboslar/ References

1. Ермакова М.К. Особенности атопического дерматита у детей на современном этапе //Труды ИГМА: сборник научных статей. Ижевск. 2017. С.76-80.
2. SA Mukhitdinovich, RD Tashtemirovna Comprehensive approach to the problem of rehabilitation of infants submitted sepsis// Comprehensive approach to the problem of rehabilitation of infants submitted sepsis// Вопросы науки и образования, 2017 10 (11) 152-156
3. Difuza Rabbimova Bacteriological investigation and method of antigen connected lymphocytes (ACL) in defining etiological structure of sepsis in children in the early age // Medical and Health Science Journal 2010/10/1 4 p 51-54
4. Н.Б.Абдукадилова, Д.Т.Раббимова, З.Хаятова Роль дисплазий соединительной ткани в развитии патологии различных систем организма //Journal of Siberian 3 p126-135
5. Юсупов Ф.Т. Раббимова Д.Т Some risk factors for digestive complications in children after cardiac surgery with artificial circulation // Journal of Natural Remedies 22 №1p.129-134
6. Ардатская М.Д., О.Н. Минушкин, Г.А. Елаветина. Нарушение баланса микрофлоры и ее коррекция // Эффективная фармакотерапия. - 2013. - № 41. – с. 58-63
7. Раббимова Д.Т., Юсупов Ф.Т., Рамазанова А.Б., Абдукадилова Н.Б., Мамотова Э.С. “Особенности распределения HLA-антигенов у младенцев с сепсисом”. Вопросы науки и образования, №27 (76), 2019. Стр 32.
8. Раббимова Д.Т., Мухаммадиев Н., Мамотова Э.С., Шадиёва Х.Н. “Diagnostic significance of determining the etiological factor at sepsis in babies by of gas-liquid chromatographic method”. International J. of Medical and Health Research. 2017.
9. Haydarova S.X, Achilova F.A., Mamutova E.S., Najimov Sh.R., Mavlyanova Z.F. «Optimization of Rehabilitation Measures in Children with Respiratory Diseases». American Journal of Medicine and Medical Sciences 2022, 12(3): 335-337

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Kholikova Gulnoz Asatovna

Assistant of the Department of Propaedeutics of Children's Diseases
Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Kodirova Markhabo Miyassarovna

Assistant of the Department of Propaedeutics of Children's Diseases
Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

FREQUENCY OF FUNCTIONAL CONSTIPATION IN CHILDREN OF DIFFERENT AGES

For citation: Kholikova Gulnoz Asatovna, Kodirova Markhabo Miyassarovna. FREQUENCY OF FUNCTIONAL CONSTIPATION IN CHILDREN OF DIFFERENT AGES. Journal of hepato-gastroenterology research. vol. 3, issue 3. pp.

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

ANNOTATION

On the basis of the children's regional multidisciplinary medical center of the city of Samarkand, we examined 74 children from different age groups. 74 children or their parents admitted to inpatient treatment at the Department of Gastroenterology of the CRDMC were interviewed; the age of the respondents ranged from 1 month to 16 years. A high frequency of functional constipation was noted in children aged 2 to 11 years. Clinically, children experienced difficulty in defecation, prolonged stay in the toilet, overcrowding or bloating, a feeling of incomplete emptying of the intestine during defecation, and pathological changes in the stool. A high frequency of complications of constipation was revealed.

Key words: children, functional constipation, act of defecation, prevalence.

Mavzuning dolzarbligi. Bolalarda qabziyat gastroenterologiya sohasining eng dolzarb muammolardan biridir. Bolalardagi ich qotishi chastotasi yoshga va kuzatuv guruhiga qarab 1 dan 12% gacha. Qabziyat - bu individual fiziologik me'yorga nisbatan (odatda 32-48 soatdan ortiq) yoki tizimli to'liq bo'shatilmagan ichakning bo'shatilishiga olib keladigan defekatsiya harakatlari orasidagi intervallarning ko'payishi bilan bog'liq bo'lgan umumiy, ichakdan tashqari va mahalliy kasalliklarning simptomlar majmuasi.

Surunkali qabziyat, 6 oydan ortiq davom etadigan doimiy yoki intervalgacha, yo'g'on ichakning funksiyasining buzilishi bilan kechadigan, haftasiga 3 marta kam axlat chiqarish va majburiy zo'riqish bilan tavsiflanadi.

Qabziyatning kelib chiqishi birqancha sabablarga bog'liq, ularning asosiylari: alimentar: - Suyuqlik, kletchatka yetishmovchiligi yoki umuman oziq-ovqat hajmining kamayishi natijasida; - ovqat ratsionida sabzavot va mevalarning yetishmasligi, hayvon oqsilining ortiqcha miqdori; - bolani tabiiy ovqatlantirishdan aralash yoki sun'iy oziqlantirishga o'tkazish, aralashmalarni o'zgartirish va boshqalar; "odatiy" yoki psixogen ich qotishi; neyrogen - markaziy asab tizimining organik shikastlanishi asoratlari, reflektor qabziyat; yo'g'on ichakning organik zararlanishi - dolixomegakolon, yo'g'on ichakning neyrintestinal displaziyasi, Payr sindromi, ko'richak yoki sigmasimon ichakning harakatchanligi, gipoganglioz (Girshsprung kasalligi); mexanik ichak tutilishi / najas yo'lidagi obstruksiya - bitishmalar, o'smalar, kengaygan limfa tugunlari, gijjalar, invaziya; bolani bolalar bog'chasiga yoki maktabga yuborish natijasida; infeksiyadan keyingi ich qotishi, asosan o'tkir ichak infeksiyalaridan keyin; gipodinamik ichak diskinezi - gipodinamiya, harakatsiz hayot tarzi; ichakning yallig'lanishli kasalligi - Kron kasalligi, nospetsifik yarali kolit, surunkali enterit, kolit va boshqalar; endokrin - gipotireoz, diabet, giperparatiroidizm, gipofiz kasalliklari, feoxromositoma, gipoestrogenemiya; suv va elektrolitlar almashinuvining buzilishi, xolestaz, B va K guruhi vitaminlari yetishmasligi; toksik (qo'rg'oshin,

simob, taliy, nikotin, choy, kakao ta'siri natijasida), medikamentoz (opiatlar, miorelksantlar, ganglioblokatorlar, barbituratlar, talvasaga qarshi preparatlar, antasidlar).

Ko'pincha bolalik davrida ich qotishining paydo bo'lishi bolalar bog'chasiga (maktabga) borishning boshlanishi bilan bog'liq: ko'pchilik bolalar hojatxonaga borishni so'rashdan, notanish sharoitlarda yoki boshqa bolalar va kattalar ishtirokida hojatxonadan foydalanishdan uyaladilar. Natijada, bola ataylab defekatsiya aktini kechiktiradi. Shuningdek, bolalar bog'chasida hojatxonadan foydalanishga vaqtida ruxsat bermaslik, yoki bog'cha opalarining tanbehlariga javoban rivojlanishi mumkin. Bu, ayniqsa, uyatchan bolalar uchun xosdir. Defekatsiya aktining kechikishi to'g'ri ichakda ko'p miqdorda najas to'planishiga olib keladi, najasning quruqligini oshiradi, bu uning devorlarini cho'zadi. Natijada, keyingi defekatsiya to'g'ri ichakning ampulasi orqali siqilgan najasning o'tishi bilan bog'liq og'riqni keltirib chiqaradi, bu esa anal teshikning haddan tashqari cho'zilishi va mikrotravmlarning shakllanishiga olib keladi. "Psixogen ich qotishi" bola og'riqni oldini olish uchun defekatsiyani ataylab kechiktirishi oqibatida rivojlanadi, bu o'z navbatida noto'g'ri refleksning shakllanishiga olib keladi. Vaqt o'tishi bilan bu xatti-harakatlar avtomatik javobga aylanadi. Rektoanal refleksning yo'qligi qabziyatni "psixogen" dan "odatiy"ga aylantiradi. To'g'ri ichak devori cho'zilib ketganda, oraliqda najasning surkalishiga olib keladi, bu esa bolada uyat va qo'rquvni uyg'otadi. Agar kattalarbolada nima bo'layotganini tushunmay, bolani jazolasa, vaziyat yanada og'irlashadi. Bundan tashqari, erta bolalik davrida qabziyatning psixologik etiologiyasi bolani hojatga chiqishni o'z vaqtida o'rgatmaslik, majburlab tuvakka o'tqizish, hojatni tuta olmasligi uchun qattiq jazolash bolada stresslar paydo bo'lishiga olib keladi va bola hojatga boorish istagini ataylab bostiradi. Ichakdagi turg'unlik natijasida bolaning qorin bo'shlig'i bosimi kuchayadi, bu ishtahaning pasayishiga, ko'pincha ko'ngil aynishi va qayt qilishiga olib keladi. Bola yig'laydi, asabiylashadi, tez charchaydi, uyquasi buziladi. Shunday qilib, maktabgacha ta'lim

(maktab) muassasalariga qatnaydigan bolalarda surunkali funksional qabziyat ijtimoiy ahamiyatga ega bo'lib, majburiy tuzatishni talab qiladi. Ushbu tekshiruvimizning maqsadi Rim konsensusi III (2006) diagnostik mezonlarini hisobga olgan holda bolalarda qabziyatning paydo bo'lishi, bolaning yoshi va jinsiga bog'liq xususiyatlarni va klinik xususiyatlarini o'rganish edi.

Tekshiruv usuli: Tadqiqotimizni Samarqand shahar VBKTTM ning gastroenterologiya bo'limida qabziyat tashxisi bilan davolangan 1 oylikdan 16 yoshgacha bo'lgan bolalar orasida olib bordik. Tekshiruv davomida bolalar yoki ularning ota-onalari bilan so'rov o'tkazildi, kasallik anamnezi, hayot anamnezi yig'ildi. So'rovnoma 21 ta savolni o'z ichiga olgan, jumladan, Rim konsensusi III (2006) ning barcha diagnostik mezonlarini o'z ichiga olgan, chunki bolalarning 95 foizida ich qotishi funksional xarakterga ega. Bu mezonlar:

- haftada 3 marta dan kam defekatsiya;
- 1/4 dan ortiq holatlarda qiyinchilik bilan kechadigan defekatsiya akti;
- har bir defekatsiya aktining 1/4 da qorinnig damlashi yoki qattiq axlat;
- har bir defekatsiya aktining 1/4 da ichakning to'liq bo'shanmaslik hissi;
- har bir defekatsiya aktining 1/4 da ichakda anorektal obstruksiya/tiqilib qolish hissi;
- har bir defekatsiya aktining 1/4 da qo'l bilan yordam berish;
- metabolik va endokrin kasalliklarning yo'qligi.

Qabziyat mavjudligi mezonlariga qorin bo'shlig'idagi xurujsimon og'riqlar, majburiy, ammo samarasiz defekatsiya akti, og'irlik hissi, meteorizm, defekatsiyadan keyin to'liq bo'shanmaslik hissi ham bo'lishi mumkin. Qabziyat diagnostikasi mezonni kamida 2 hafta (chaqaloqlar va maktabgacha yoshdagi bolalarda) yoki maktab o'quvchilarida 12 hafta davomida mavjud bo'lgan ikki yoki undan ortiq simptomlar kombinatsiyasini o'z ichiga oladi.

Tadqiqot natijalari va muhokama

Biz tekshirgan 74 nafar bemor bolalarning 41 nafari (55%) o'g'il va 33 nafari (45%) qiz bollarni tashkil etdi. Kasalxonada davolangan bemor bolalarning ko'pchilik qismini 49 nafarini (66,2%) ni 2 yoshdan 11 yoshgacha bo'lgan bemor bolalar tashkil qildi. 2020-2022 yillarda barcha tekshirilgan bolalar orasida erta yoshdagi (0 yoshdan 3 yoshgacha) 25 nafar (34%) ni, maktabgacha yosh (4 yoshdan 6 yoshgacha) – 19 nafar (25%) ni, kichik maktab yoshi (7 yoshdan 12 yoshgacha) – 26 nafar (35%) ni, katta maktab yoshi (12 yoshdan 16 yoshgacha) – 5 nafar (6%) ni tashkil etdi. Ushbu mezonlarga ko'ra, so'ralgan bolalarning tasida (%) surunkali ich qotishi aniqlangan. Oila tarixini o'rganish shuni ko'rsatdiki, barcha tekshirilgan bolalarning uchdan biridan ko'prog'ida – 39 nafarida (52%), yaqin qarindoshlarida qabziyat bilan og'rigan bemorlar bor. Qabziyatdan aziyat chekadigan bolalar orasida hafta mobaynida 3 marta gacha defekatsiya akti 53 nafar (71%) bolalarda qayd etilgan. Shunisi e'tiborga loyiqki, ich qotishi bilan

og'rigan bolalarda birgalikda patologik ko'rinishlar yuqori chastotada qayd etilgan. Shunday qilib, 42 nafar bemor bolalarda (56,7%) defekatsiya harakatida qiyinchilik, zo'riqish qayd etilgan. Qabziyat bilan og'rigan bolalar uchun xarakterli xususiyatlardan yana biri hojatxonada uzoq vaqt qolib ketish, 51 nafar bemor bolalarda (69%) - har bir defekatsiyadan so'ng qayd etilgan. "Qo'y" axlati ko'rinishidagi najasning patologik ko'rinishi 57 nafar bolada (77%) qayd etilgan. Qorinning dam bo'lishi, to'yib ketish hissi bemor bolalarning 54 nafar bolalarni (73%) - vaqti-vaqti bilan bezovta qildi. 65 nafar bemor bolalar (87,8%) da har bir defekatsiyadan so'ng ichaklarning to'liq bo'shanmaslik hissi qayd etildi. Qabziyatning asoratlardan bavoisi 21 nafar bolalar (28,3%) da, har bir defekatsiya harakatida qon izlari mavjudligi 12 ta bolada (16,2%), vaqti-vaqti bilan qayd etildi. Defekatsiya aktidan zo'riqish hissi 32 nafar (43,2%) bemor bolalarda, 23 nafar bola (31%) da axlatning surkalishi, defekatsiya vaqtida anal sfinkterdagi og'riqlar 21 nafar (28%) bemor bolalarda kuzatildi. Shunisi e'tiborga loyiqki, bolalarning jami 17 nafarida (23%) ota-onasi ba'zida ichaklarni bo'shatish uchun qo'l yordam berganlar.

Tadqiqotimizda foydalanilgan so'rovnoma ich qotishining bolaning sog'lig'iga, kundalik faoliyatiga va o'qishlariga ta'siriga oid savollar ham mavjud, bu savollar bolaning salomatligi va hayotiy faoliyatiga ta'sirini baholash bo'yicha olingan. Shu bilan birga, har 4-5 bola ich qotishining umumiy salomatlik va kundalik faoliyatga sezilarli ta'sirini qayd etgani ma'lum bo'ldi. Olingan natijalar yana bir bor tasdiqlaydiki, ich qotishi diagnostikasida u nafaqat defekatsiyaning chastotasini, balki funksional buzilishlarning boshqa ko'rinishlarini ham hisobga olish muhimdir.

Xulosa: 2020-2022-yillarda VKTBTM ning gastroenterologiya bo'limida davolangan 1 oylikdan 16 yoshgacha bo'lgan 74 nafar bolalar o'rtasida o'tkazilgan so'rov natijalariga ko'ra, surunkali ich qotish bilan kasallanish bemor bolalar orasida 60% foizni tashkil etdi. Qabziyatning haqiqiy chastotasini aniqlash uchun Rim konsensusi III diagnostik mezonlari (2006) qo'llanildi. Shu bilan birga, ich qotishi bilan og'rigan bolalarda Rim III mezonlariga muvofiq, funksional buzilishlarning boshqa klinik ko'rinishlari ham yuqori chastotada qayd etildi. Bularga defekatsiya qilishda qiyinchilik, hojatxonada uzoq vaqt qolish, qorinning dam bo'lishi, uning to'yib ketish hissi, defekatsiya paytida ichakning to'liq bo'shanmaslik hissi, axlatdagi patologik o'zgarishlar (qattiq, "qo'y") kuzatildi. Bolalar yoki ularning ota-onalari o'rtasida o'tkazilgan so'rov natijalariga ko'ra, ko'pincha ich qotishining asoratlari bilan bog'liq klinik ko'rinishlar borligi ma'lum bo'ldi. Qabziyatdan aziyat chekayotgan bolalarning hayot sifatini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, bu patologiya bolalarning umumiy holatiga ham, ularning kundalik faoliyati va o'qishlariga ham ta'sir qiladi. Bolalarni o'z vaqtida tekshirish organik va yallig'lanishli ichak kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni aniqlash imkonini beradi, shuningdek, yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarni oldini olish uchun yetarli terapiyani tayinlash muhim o'rin tutadi.

Список литературы/ Iqtiboslar / References:

1. Андропов Ю.Ф., Бельмер С.В. Запоры у детей: значение особенностей психоэмоционального статуса. РМЖ «Педиатрия». – 2018; 2: 48–51.
2. Бельмер С. В. Запоры у детей: причины и пути коррекции. РМЖ. – 2013. – Т. 21. – №. 2. – С. 72-75.
3. Думова Н. Б., Кручина М. К. Функциональный запор у детей разных возрастных групп РМЖ. – 2012. – Т. 20. – №. 15. – С. 792-799.
4. Захарова И. Н. и др. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста-современный взгляд на традиционные проблемы у младенцев. Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. – 2018. – №. 3. – С. 24-29.
5. Конь И. Я. и др. Клиническая оценка эффективности пробиотического продукта в лечении функциональных запоров у детей дошкольного и школьного возраста. Вопросы детской диетологии. – 2005. – Т. 3. – №. 1. – С. 5-10.
6. Мухаметова Е. М., Эрдес С. И. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей: эпидемиология, диагностические критерии, прогноз. РЖГТК. – 2010. – Т. 1. – №. 20. – С. 75.
7. Мухаметова Е. М., Эрдес С. И. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей: эпидемиология, диагностические критерии, прогноз РЖГТК. – 2010. – Т. 1. – №. 20. – С. 75.
8. Пахомовская Н. Л., Татьяна О. Ф., Лазарева Т. Ю. Функциональные запоры у детей. Медицинский совет. – 2022. – Т. 16. – №. 1. – С. 106-113.
9. Приворотский В. Ф., Луппова Н. Е. Хронические функциональные запоры у детей: от понимания проблемы к адекватному лечению. Вопросы современной педиатрии. – 2010. – Т. 9. – №. 6. – С. 69-77.
10. Приворотский В. Ф., Луппова Н. Е. Функциональные запоры в детском возрасте: вопросы и ответы. Вопросы современной педиатрии. – 2008. – Т. 7. – №. 6. – С. 161-166.

11. Хавкин А. и др. Диагностика и тактика ведения детей с функциональными запорами (Рекомендации общества детских гастроэнтерологов). Вопросы детской диетологии. – 2014. – Т. 12. – №. 4. – С. 49-63.
12. Хавкин А. и др. Проект Консенсуса Общества детских гастроэнтерологов" Диагностика и лечение функционального запора у детей" Вопросы детской диетологии. – 2013. – Т. 11. – №. 6. – С. 51-59.
13. Хамраева Д. Р. Частота распространения функциональных запоров у детей в бухарской области /Опыт и перспективы развития экспортного потенциала образовательных услуг в высшем образовании. – 2021. – С. 227-232.
14. Эрдес С. и др. Распространенность и особенности запоров у детей в России: результаты популяционного исследования /Вопросы современной педиатрии. – 2010. – Т. 9. – №. 4. – С. 50-56.
15. Яблокова Е. А., Горелов А. В. Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта у детей: диагностика и возможности спазмолитической терапии. РМЖ. – 2015. – Т. 23. – №. 21. – С. 1263-1267.
16. Холикова Г. А. Кафедра пропедевтики детских болезней. Распространенность и особенности запоров у детей в различные возрастные группы. International Conference on Research in Humanities, Applied Sciences and Education Hosted from Berlin, Germany [https:// conferencea.org](https://conferencea.org) June 5th 2022. Ст 164-168.
17. Базарова Н. С., Мамутова Э.С. «Клиническое течение хронического панкреатита у детей с метаболическим синдромом». Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. № 1., 2022. С. 11-13
18. Исламова Д.С., Ибатова Ш.М., Тагаев И.У., Шадиева Х.Н., Маматкулова Ф.Х. Осложненное течение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей старшего школьного возраста: причины, диагностические критерии. Международный научный журнал «Проблемы биологии и медицины». № 2 (94) 2017. – С.51-55.
19. Г. Н. Кудратова, Ш. М. Ибатова, Д. С. Исламова, М. Ж. Ашурова. Болаларда ўткир панкреатитни учраши ва клиник кечиши. Научно-практический журнал “Доктор ахборотномаси” № 3 (100) 2021, С.69-71.
20. Уралов Ш.М., Рустамов М.Р., Халиков К.М.. изучение глюконеогенной и мочевинообразовательной функции печени у детей. 2021. Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. Том 2. № 3.2. - С.18-20
21. Уралов Ш.М., Жураев Ш.А. Функциональное состояние печени у детей с хронической гастродуоденальной патологией. 2021. 148 стр.

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Xolmuradova Zilola Ergashevna

Samarqand davlat tibbiyot instituti,
davolash fakulteti pediatriya kafedrasida assistenti.
Samarqand davlat tibbiyot instituti, Samarqand. O'zbekiston.

Garifulina Lilya Maratovna

t.f.n., dotsent, Samarqand davlat tibbiyot instituti,
davolash fakulteti pediatriya kafedrasida mudiri.
Samarqand davlat tibbiyot instituti, Samarqand. O'zbekiston

SEMIZLIGI BOR O'SMIRLARDA YURAK-QON TOMIR TIZIMINING HOLATI

For citation: Xolmuradova Zilola Ergashevna Garifulina Lilya Maratovna. Status of the cardiovascular system in observed adolescents. Journal of hepato-gastroenterology research. vol. 3, issue 3. pp.

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

ANNOTATSIIYA

Yurak-qon tomir tizimida o'zgarishlari bilan, semizligi bor o'smirlar guruhi nazorat guruhi bilan solishtirganda endotelial disfunktsiyani o'rganishda qo'yidagi ko'rsatkichlarning o'zgarishi: albuminuriya, endotelin-1, Villebrand omili faolligi, IL-6 darajalari yuqori ekanligi aniqlandi. Shuningdek, semizlikda adiponektin sekretsiasining pasayishi aniqlandi. Bu esa endotelial disfunktsiya va metabolik sindrom bir-biri bilan chambarchas bog'liq bo'lib, metabolik va yurak-qon tomir kasalliklariga olib keladigan uzluksiz xalqani hosil qilishini ko'rsatadi.

Kalit so'zlar: semizlik, bolalar, endotelial disfunktsiya, yurak-qon tomir tizimi.

Холмурадова Зилола Эргашевна

Самаркандский государственный медицинский институт,
ассистент кафедры педиатрии лечебного факультета.
Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд. Узбекистан.

Гарифуллина Лилия Маратовна

к.м.н., доцент, Самаркандский государственный медицинский институт,
Заведующая кафедрой педиатрии медицинского факультета.
Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд. Узбекистан

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ

АННОТАЦИЯ

Выявлены изменения со стороны сердечно-сосудистой системы с изменениями при исследовании эндотелиальной дисфункции в группе подростков с ожирением по сравнению с контрольной группой: альбуминурия, эндотелин-1, активность фактора Виллебранда, высокий уровень ИЛ-6. Снижение секреции адипонектина также было обнаружено при ожирении. Это означает эндотелиальная дисфункция и метаболический синдром тесно связаны между собой, что указывает на формирование непрерывного кольца, ведущего к метаболическим и сердечно-сосудистым заболеваниям.

Ключевые слова: ожирение, дети, эндотелиальная дисфункция, сердечно-сосудистая система.

Kholmuradova Zilola Ergashevna

Samarkand State Medical Institute,
Assistant of the Department of Pediatrics, Faculty of Medicine.
Samarkand State Medical Institute, Samarkand. Uzbekistan.

Garifulina Lilya Maratovna

Ph.D., Associate Professor, Samarkand State Medical Institute,
Head of the Department of Pediatrics, Faculty of Medicine.
Samarkand State Medical Institute, Samarkand. Uzbekistan

STATUS OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN OBSERVED ADOLESCENTS

ANNOTATION

Changes in the cardiovascular system with changes in the study of endothelial dysfunction in a group of obese adolescents compared with the control group: albuminuria, endothelin-1, Villebrand factor activity, high levels of IL-6 was found to be Decreased adiponectin secretion has also been found in obesity. This is it endothelial dysfunction and metabolic syndrome are closely related, indicating the formation of a continuous ring leading to metabolic and cardiovascular diseases.

Key words: obesity, children, endothelial dysfunction, cardiovascular system.

Kirish: 5 yoshdan 17 yoshgacha bo'lgan 400 mingdan ortiq bolalarni qamrab olgan ko'p qamrovli tadqiqotga ko'ra, semirishning tarqalishi o'g'il bolalarda 6,8% va qizlarda 5,3%, ortiqcha vazn esa mos ravishda 21,9 va 19,3% ni tashkil etdi [1]. Xozirda semizlik noinfektsion epidemiya, surunkali kasallik sifatida qaralib butun dunyoda ko'payib, og'ir asoratlarni keltirib chiqarmoqda.

U nafaqat kattalar orasida balki o'smirlar va bolalar orasida ham ko'p uchramoqda.

Bolalarda murakkab (morbid) semirishning chastotasi oshib bormoqda, bir qator asoratlarni (alkogolsiz steatogepatoz, arterial gipertenziya, obstruktiv uyqu apne sindromi) kabilar maktabgacha va boshlang'ich maktab yoshida ham tashxislanmoqda. Turli mualliflarning ma'lumotlariga ko'ra, ortiqcha vaznli bolalar va o'smirlarning 80% ga yaqinida yuqori qon bosimi, 25% uglevodlarga chidamlilik va 35% alkogolsiz steatogepatoz mavjud. Turli mualliflarning ma'lumotlariga ko'ra, ortiqcha vaznli bolalar va o'smirlarning 80% ga yaqinida yuqori qon bosimi, 25% uglevodlarga chidamlilik va 35% alkogolsiz steatogepatoz mavjud [2,4,5].

Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari butun dunyo bo'ylab o'limning asosiy sababidir: boshqa hech qanday sabab har yili yurak-qon tomir kasalliklari kabi ko'p o'limga olib kelmaydi. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) prognozlariga ko'ra, 2030 yilga borib yurak kasalliklari va insult o'limning deyarli yagona sabablari bo'lib qoladi [6].

Tomirlarning strukturaviy va funktsional buzilishlarini aniqlash, kasallikning og'irligini, prognozini aniqlash va individual davolash rejimini ishlab chiqish uchun qon tomir tizimini o'rganish muammasi pediatriya amaliyotida ayniqsa dolzarbdur [7]. So'nggi yillarda olib borilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, aterosklerotik jarayonlar M Norman va boshqalar bolalikdan boshlanadi [8], W. Palinski [9] hatto yangi tug'ilgan chaqaloqlarda ham endothelial disfunktsiyani aniqlashdi. Qon tomirlaridagi patologik o'zgarishlar bir necha o'n yillar davomida sezilmaydi va kattalarda bir qator yurak-qon tomir asoratlari (miokard infarkti, yurak xuruji, gipertonik krizlar) olib keladi [10].

Shu munosabat bilan, yurak-qon tomir kasalliklari uchun ma'lum bo'lgan xavf omillari (qon bosimi ortishi, diastolik disfunktsiya, chap qorincha gipertrofiyasi, dislipidemiya va boshqalar) bilan ANNOTATION

Changes in the cardiovascular system with changes in the study of endothelial dysfunction in a group of obese adolescents compared with the control group: albuminuria, endothelin-1, Vilebrand factor activity, high levels of IL-6 was found to be Decreased adiponectin secretion has also been found in obesity. This is it

endothelial dysfunction and metabolic syndrome are closely related, indicating the formation of a continuous ring leading to metabolic and cardiovascular diseases.

Keywords: obesity, children, endothelial dysfunction, cardiovascular system. **Tadqiqot maqsadi:** Ortiqcha vaznli va semizligi bor bolalarda yurak qon tomir tizimida endothelial disfunktsiya belgilarini aniqlash.

Materiallar va tadqiqot usullari. Tadqiqotning asosiy guruhini ekzogen konstitutsiyaviy semizligi bor 8 yoshdan 16 yoshgacha bo'lgan 52 nafar bola va o'smirlar tashkil qildi.

Bemorlarni tanlash mezoni ma'lum bir yosh va jins uchun 97 persentildan yuqori bo'lgan ortiqcha vazn va / yoki semizligi bor bolalar va o'smirlarda TMI va bel aylanasi aniqlash edi (VOZ, 2006).

Tadqiqotda 22 qiz (42,3%) va 30 (57,7%) o'g'il ishtirok etdi. Guruhlar TMI balliga qarab guruhlariga bo'lingi. 1-guruh 1-darajali (30,3 ± 1,2 kg / m²) ortiqcha vaznli va semizligi bor 19 nafar o'smirdan, 2-guruhda TMI 33,4 ± 1,1 kg / m² bo'lgan 17 nafar o'smirdan iborat bo'lsa, 3-guruhga TMI 36,1 ± 1,4 kg / m² bo'lgan 16 nafar o'smir kiritildi. Nazorat guruhini TMI 22,5 ± 0,9 kg / m² bo'lgan bir xil yoshdagi 22 nafar sog'lom o'smirlar tashkil qildi.

Barcha bemorlar klinik va laborator tekshiruvdan o'tkazildi. Tana vazni ma'lum bir yosh va jins uchun chiziqli balandlikning tana vazniga nisbati yoki tana massasi indeksi (Quetelet indeksi) foizli jadvallari yordamida baholandi (VOZ, 1998). Bel aylanasi (BA) va son aylanasi (SA) aniqlandi, ularning nisbati semizlikning abdominal turi ko'rsatgichidir. Qizlarda bu ko'rsatgich BA/SA nisbat qiymatlari >0,85 va o'g'il bolalarda >0,9 bo'lsa, bu abdominal tipdagi semirish deb baholandi (IDF, 1997).

Arterial gipertenziya tashxisi Butunrossiya kardiologiya ilmiy jamiyati ekspertlar qo'mitasi va Rossiya bolalar kardiologlari uyushmasi (Moskva, 2009) tomonidan ishlab chiqilgan mezonlarga muvofiq qo'yilgan [5].

Laboratoriya tekshiruvlari umumiy klinik qon va siydik tahlillarini o'z ichiga oldi; Qonning lipid spektri 12 soatlik ochlikdan so'ng standart usul bo'yicha "Biocon" (Germaniya) firmasining to'plamlari bilan Prima va FT (Italiya) yarim avtomatik biokimyoviy analizatorida aniqlandi.

Umumiy xolesterin (UX), xolesterinning yuqori zichlikdagi lipoprotein fraksiyasi (YuZLP), triglitseridlar (TG) miqdori, aniqlandi. Past zichlikdagi lipoproteinli xolesterin (PZLP xolesterin) darajasi Fridvald formulasi yordamida hisoblab chiqilgan:

PZLP xolesterin = UX - YuZLP xolesterin - TG/2,2. Aterogenlik indeksi qo'yidagi formula bilan hisoblandi: Aterogenlik indeksi = UX - YuZLP xolesterin / YuZLP xolesterin.

4 dan kichik qiymat norma deb qabul qilindi. Shuningdek qon zardobida adiponektin va IL-6 darajasi aniqlandi.

Nohorda qon zardobidagi glyukoza konsentratsiyasi o'rganildi: 6,1 mmol / l yoki undan ko'p bo'lgan qiymatlar nohordagi giperglikemiya sifatida qabul qilindi (VNOKning metabolik sindromni tashxislash va davolash bo'yicha tavsiyalari, 2009 yil).

Qon zardobidagi insulin darajasi immunoferment analiz yordamida aniqlanadi. Insulinga rezistentlik glyukoza (mg/dl) va insulin (mkME/ml) nisbatini aks ettiruvchi HOMAR indeksi yordamida baholandi.

IR ning mavjudligi mezoni 2,7 an'anaviy birlikdan yuqori indeks qiymati hisoblanadi. Endoteliyning funktsional holatini baholash uchun veyvlet-analiz, oyoq-qo'llarni sovush paytida teri haroratining o'zgarishini to'liqlik tahlil qilish usuli qo'llanildi.

Endothelial disfunktsiyani aniqlashda esa albuminuriya (AU), endothelin-1 (ET-1) va Vilebrand omilining (VWF) faolligi aniqlandi.

Tadqiqot natijalari va ularni muhokama qilish. Barcha asosiy guruhlarda insulinga rezistentlikning mavjudligi ko'zatilgan, bu insulin darajasi va HOMA-IR indeksining sog'lom guruh (A) bilan solishtirganda ortishi bilan tasdiqlangan (p < 0,05).

Arterial qon bosimining oshishi darajasi va antropometrik ko'rsatkichlarning oshishi o'rtasida ijobiy korrelyatsiya oldik: TMI (r=0,50; p=0,01), BA, BA/QA va qon lipid spektrining proaterogen komponentlari: xolesterin darajasi (r=0,41; p=0,004), TG (r=0,51; p=0,01). Barcha o'rganilgan guruhlarda adiponektin konsentratsiyasi deyarli sog'lom odamlar guruhiga nisbatan pasayish tendentsiyasiga ega edi. (1-jadval).

Jadval 1

Tekshirilgan guruhlarda adiponektin va IL-6 darajasi

Markerlari	Guruh1 (n=19)	Guruh 2 (n=17)	Guruh 3 (n=16)	Nazorat guruhi (22)
Adiponektin hg/ml	16,9 (15,5- 18,4) * *	17,1 (16,0-18,0) * *	16,7 (15,8-18,4) * *	18,5 (17,0-27,0)
IL-6 pg/ml	2,4 (1,1-2,5)*	2,4 (2,1-4,2)*	3,5 (2,2-4,5)*	0,04 (0,80-0,1)

* nazorat guruhidan farqlari <0,05

* * nazorat guruhidan farqlar <0,1

IL-6 darajasi asosiy tadqiqot guruhlarida bemorlarida farq qilmadi va nazorat guruhiga qaraganda sezilarli darajada yuqori ekanligi aniqlandi, uning darajasi TMI o'sishiga mutanosib ravishda oshib bordi. Semizlikda IL-6 ning ko'payishi surunkali yallig'lanish mavjudligini tasdiqlaydi va yurak-qon tomir tizimi asoratlarini keltirib chiqaruvchisi ham bo'lishi mumkinligi aytib o'tilgan [3,9].

O'rganilgan barcha semizlik bilan bo'lgan guruhlarda leptin/adiponektin nisbati (nazorat) guruhiga qaraganda ancha yuqori edi. Leptin/adiponektin indeksi nafaqat metabolik kasalliklarni aniqlashda foydali marker, balki leptin va adiponekting alohida alohida ko'rsatkichlariga qaraganda, 2-tip qandli diabet va yurak-qon

tomir tizimi kasalliklari rivojlanishi xavf bilan ham chambarchas bog'langan bulishi mumkin [6,7].

Sovuqlik sinamasi natijalari semizlik bilan og'rigan barcha guruhlarda nazorat guruhiga nisbatan teri haroratining tebranish amplitudalari teng ravishda tiklanmaganligini ko'rsatdi, bu semizlik bilan og'rigan bemorlarda tebranishlar amplitudalarining tiklanishining yo'qligi, vazodilatatsiyaning buzilishini ko'rsatadi.

Endotelial disfunktsiyani o'rganishda tan olingan belgilarning oshganligi aniqlandi: Villebrand omili, ET-1 va AU semizlik guruhida nazorat guruhi bilan solishtirganda (2-jadval).

Jadval 2

Tekshirilayotgan guruhlarda endotelial disfunktsiya belgilarining darajasi

Ko'rsatkich	Semizlik guruhi	Taqqoslash guruhi A	p
Albuminuriya(MAU) mkg/ml	24,6±15,3	9,41±2,7	0,001
Villebrand omili, %	110 (90-1210)	104 (95-120)	0,16
ET-1 fmol/ml	0,6 (0,3-3,2)	0,3 (0,1-0,4)	0,007

IVC vazokonstriksiya indeksining oshishi leptin ($r=0,9$; $p=0,03$), insulin ($r=0,52$; $p=0,02$), HOMA-IR ($r=0,58$; $p=0,008$), IL-6 ($r=0,59$; $p=0,05$), glikemiya ($r=0,94$; $p=0,05$), qon bosimi ($r=0,51$; $p=0,09$) kabilar qiymatlarining oshishi bilan bog'liqligi, qon tomir reaktivligiga multifaktorial ta'sir borligini ko'rsatadi, bu esa semirishda yaqqol namoyon bo'ladi.

Shunday qilib, endotelial funktsiyani yaxshilash faqat qon bosimi, glikemiya va vazn yo'qotishning maqsadli qiymatlariga erishilganda mumkin.

Asosiy tadqiqot guruhlarida ED ning biokimyoviy markerlari darajasi farq qilmadi va ED belgilari va lipid spektri, insulinga rezistentlik ko'rsatkichlari o'rtasidagi munosabatlar ham saqlanib qoldi.

Erta yoshdagi ortiqcha vazn va semizlik progressiv endotelial disfunktsiya va to'liq metabolik sindromning shakllanishi bilan bog'liq.

Shunday qilib, olingan ma'lumotlar semizligi bor bemorlarda endotelial funktsiyasining yomonlashuvini va tomir devorining qattiqqligining oshishini ko'rsatadi. Endotelial disfunktsiya va metabolik sindrom bir-biri bilan chambarchas bog'liq bo'lgan holatlar bo'lib,

metabolik va yurak-qon tomir kasalliklariga olib keladigan o'zluksiz doira hosil qiladi [14]. Rivojlanayotgan dalillar shuni ko'rsatadiki, endotelial stress omiliga ta'sir qila olish yoki angiogenezni rag'batlantirish orqali nishon a'zolar funktsiyasini saqlab qolish va patologik jarayoning rivojlanishini sekinlashtirishga erishish mumkin [3, 10].

Shu sababli, ushbu muammoni o'rganib borish klinik xususiyatlarni aniqlashtirish, bu jarayonlar o'rtasidagi bog'liqlikni baholash va davolashning yangi terapevtik yondashuvlarini ishlab chiqish imkonini beradi.

Endotelial funktsiyani yaxshilash uchun taxminan 10 oy davomida parhezga rioya qilish va jismoniy mashqlar qilish kerak. Farmakologik preparatlar - endotelial funktsiyani himoyalovchilar: antioksidantlar (E vitamini), folat kislotasi va B guruhini o'z ichiga olgan multivitaminlar, estrogenlarni buyurish maqsadga muvofiq. Shuningdek endotelial funktsiyani tiklovchilarga APF ingibitorlari, AT-2 retseptorlari blokatorlari kiradi.

Iqtiboslar | сноски | references:

1. Соболева Н.П., Руднев С.Г., Николаев Д.В. и др. Биоимпедансный скрининг населения России в центрах здоровья: распространенность избыточной массы тела и ожирения. Росс мед журн 2014; 4: 4–13. (Soboleva N.P., Rudnev S.G., Nikolaev D.V. et al. Bioimpedance screening of the population of Russia in the health centers: the prevalence of overweight and obesity. Ross med zhurn 2014; 4: 4–13. (in Russ.))
2. Петеркова В. А., Ремизов О. В. Ожирение в детском возрасте. Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты. Под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мальниченко. Москва: ООО «Медицинское информационное агентство». 2011. С. 312–329.
3. Garifulina L. M. et al. the Psychological status and eating behavior in children with obesity //Issues of science and education. – 2020. – №. 26. – С. 110.
4. Сорвачева ТН, Петеркова ВА, Титова ЛН, Пырьева ЕА, Витебская АВ. Ожирение у подростков. Лечащий врач. 2006;4:50–54.
5. Старкова Н. Т., Бирюкова Е. В. Ожирение у подростков. Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты. Под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мальниченко. Москва: ООО «Медицинское информационное агентство». 2009. С. 330–349.
6. Шерашов В.С. Современные научные представления о факторах риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (по материалам Всемирного конгресса Кардиологии, г. Дубай, ОАЭ) / В.С. Шерашов, Н.В. Шерашова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2012. – №2. – С. 96–100.
7. Skilton, M.R., Celermajer, D.S. Endothelial dysfunction and arterial abnormalities in childhood obesity. International Journal of Obesity, 2013; 30 (7): 1041- 1049.
8. Norman M. Preterm Birth Attenuates Association Between Low Birth Weight and Endothelial Dysfunction / M. Norman, H. Martin // Circulation. 2008; 108: 996-1001.
9. Palinski W. The fetal origins of atherosclerosis: maternal hypercholesterolemia, and cholesterol lowering or antioxidant treatment during pregnancy influence in utero programming and postnatal susceptibility to atherogenesis / W. Palinski, C. Napoli // Faseb. J. 2002; 16: 1348 – 1360.
10. Гончаренко Н.И. Инструментальная диагностика ранних нарушений эндотелиальной функции у детей. Здоровье Украины 2010; 2(13): 50-51

11. Бекезин В.В. Ожирение и инсулинорезистентность у детей и подростков: метаболические, психологические, кардиоваскулярные аспекты, оптимизация лечения. 14.00.09. Автореферат на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Смоленск, 2008; 44 с.
12. Ali Ozyol, Oguzhan Yucel et al. Microalbuminuria is associated with the severity of coronary artery disease independently of other cardiovascular risk factors. *Angiology*. 2012;63(6):457-460., 13. Slarma S., Chalaut Vs. et al. Microalbuminuria and C-reactive protein as a predictor of coronary artery disease in patient of acute chest pain // *J Cardiovascular Disease Research*. 2013.4(1):37-9. Doi: 10.1016
13. SEMIZLIGI BOR BOLALAR VA O'SMIRLARDA ARTERIAL GIPERTENZIYANI RIVOJLANISHIDA XAVF OMILLARINING XUSUSIYATLARI. XOLMURADOVA Zilola Ergashevna GARIFULINA Lilya Maratovna. БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ | ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ | JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. 6 № 5 Сир.130-136. Тошкент 2021.

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Шавази Нурали Мамедович

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой педиатрии №1
и неонатологии Самаркандский государственный
медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Ибрагимова Марина Фёдоровна

Ассистент кафедры педиатрии № 1 и неонатологии
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

УЛУЧШЕНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ АТИПИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

For citation: Shavazi Nurali Mamedovich, Ibragimova Marina Fedorovna. Improving the treatment of community-accompanied pneumonia of atypical etiology in children. Journal of hepato-gastroenterology research. vol. 3, issue 3. pp.

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

АННОТАЦИЯ

Улучшение лечебной тактики при пневмонии является одной из наиболее актуальных проблем современной педиатрии. Нами было проведено обследование 120 больных внебольничной пневмонией в возрасте от 6 месяцев до 14 лет, разделённых на 2 группы: I группа – 60 больных с микоплазменной и хламидийной этиологией, получавшие стандартную терапию, II группа - 60 больных, получавших джозамицин и резистол в комплексе стандартной терапии. Джозамицин назначали по 50 мг/кг в 2-3 приёма в сутки внутрь, резистол детям от 1 года до 6 лет 10 капель 3 раза в день, от 6 до 12 лет по 20 капель 3 раза в день. Препараты применяли в течение всего курса лечения.

Ключевые слова: лечение, атипичная пневмония, дети, резистол, джозамицин

Shavazi Nurali Mamedovich

t. f. d., professor, 1-son pediatriya va neonatologiya kafedrası mudiri
Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston

Ibragimova Marina Fyodorovna

1-son pediatriya va neonatologiya kafedrası assistenti
Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston

BOLALARDAGI ATIPIK ETIOLOGIYANING SHIFOXONADAN TASHQARI PNEVMONIYASINI DAVOLASHNI TAKOMILLASHTIRISH

ANNOTASIYA

Pnevmoniyani davolash taktikasini takomillashtirish zamonaviy pediatriyaning eng dolzarb muammolaridan biridir. Biz 6 oylikdan 14 yoshgacha bo'lgan jamiyat tomonidan olingan pnevmoniya bilan og'riqan 120 nafar bemorni 2 guruhga bo'lingan holda so'rov o'tkazdik: I guruh - standart terapiyani olgan mikoplazmal va xlamidiyalı etiologiyalı 60 bemor, II guruh - standart terapiyaning bir qismi sifatida josamitsin va rezistol olgan 60 bemor. Josamitsin kuniga 2-3 dozada 50 mg / kg og'iz orqali, 1 yoshdan 6 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun Resistol 10 tomchidan kuniga 3 marta, 6 yoshdan 12 yoshgacha - kuniga 3 marta 20 tomchidan. Dori-darmonlar davolanishning butun kursi davomida ishlatilgan.

Kalit so'zlar: davolash, atipik pnevmoniya, bolalar, rezistol, josamitsin

Shavazi Nurali Mamedovich

Doctor of Medical Sciences, Professor,
Head of the Department of Pediatrics №1 and Neonatology
Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Ibragimova Marina Fedorovna

Assistant of the Department of Pediatrics № 1 and Neonatology
Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

IMPROVING THE TREATMENT OF COMMUNITY-ACCOMPANIED PNEUMONIA OF ATYPICAL ETIOLOGY IN CHILDREN

ANNOTATION

Improving treatment tactics for pneumonia is one of the most urgent problems of modern pediatrics. We conducted a survey of 120 patients with community-acquired pneumonia aged 6 months to 14 years, divided into 2 groups: Group I - 60 patients with mycoplasmal and chlamydial etiology who received standard therapy, Group II - 60 patients who received josamycin and resistol in the complex of standard therapy. Josamycin was administered at 50 mg/kg in 2-3 doses per day orally, Resistol for children from 1 year to 6 years 10 drops 3 times a day, from 6 to 12 years 20 drops 3 times a day. The drugs were used throughout the course of treatment.

Keywords: treatment, atypical pneumonia, children, resistol, josamycin

Актуальность. Пневмония является наиболее распространенным детским заболеванием, приводящим к госпитализации. Актуальность проблемы воспаления легочной ткани объясняется высокой заболеваемостью, смертностью от пневмоний среди детей раннего возраста, а также дороговизной лечения. [1,2]. Среди основных причин неблагоприятного исхода пневмонии у детей выделяют несвоевременную диагностику и неадекватную терапию. Говоря об оптимизации лечения, следует помнить, что подбор антибиотиков для лечения внебольничной пневмонии оптимален при расшифровке ее этиологии, однако экспресс-методы не всегда надежны и доступны. [4,6].

Основными возбудителями, вызывающими атипичные течения пневмоний, являются микопlasма, хламидии, легионелла. Чаще всего возбудителем микоплазменной пневмонии является *M. pneumoniae*. Заболеваемость микоплазменной пневмонией более высока у детей и подростков. В школах и детских садах возможно возникновение очагов эпидемии микоплазменной пневмонии. [3]. Проведенный нами анализ анамнестических данных и клинических проявлений у больных атипичной пневмонией в сравнении с типичной пневмонией выявил, что для микоплазменной пневмонии характерными ведущими критериями являются: возраст детей старше 6 лет (56,7%), постепенность развития заболевания (68,3%), состояние средней тяжести (81,7%), субфебрильная температура (55,0%), сухой, коклюшный кашель (47,6%), проявляющийся скудной трудно отделяемой мокротой (71,7%), аускультативно жесткое дыхание (93,3%), отсутствие или незначительная одышка (21,7%) и (50,0%). Кроме того развитие фарингита (30,0%), бронхообструктивного синдрома (21,7%) и высокой частоты "семейного" характера пневмонии (21,7%).

Также содержание СРБ и ПКТ при микоплазменной пневмонии превышало нормативные значения. Анализ полученных данных показал, что у больных атипичной пневмонией отмечается достоверное повышение эндогенной продукции как противовоспалительных - ИЛ-4, так и провоспалительных цитокинов - ИЛ-6 и ФНО- α соответственно по сравнению с нормативными показателями. Также отмечается повышение концентрации цитокинов - ИЛ-4, ИЛ-6. От их уровня зависит выраженность воспаления. Особенностью патогенеза атипичной пневмонии является внутриклеточное расположение возбудителя, что предполагает применение антибиотиков и иммуномодулирующих препаратов.

[5,7,8]. Прежде всего, это макролиды. Одним из таких препаратов является джозамицин. оказывающий бактериостатическое действие за счет угнетения синтеза белка бактериями. При создании высоких концентраций в очаге воспаления оказывает бактерицидное действие. Обладает высокой активностью в отношении внутриклеточных микроорганизмов: *Chlamydia trachomatis* и *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Legionella pneumophila*; в отношении грамположительных аэробных бактерий: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* и *Streptococcus pneumoniae* (*pneumococcus*).

Сохранение высокой концентрации препарата в жидкости, выстилающей эпителий, и в альвеолярных макрофагах в течение

длительного времени подтверждает возможность его применения в лечении инфекций респираторного тракта. Резистол - экстракт корней *Pelargonium sidoides*. Средство влияет на механизм прикрепления бактерий и вирусов к слизистой оболочке, тем самым препятствуя проникновению вирусов и бактерий в организм. Препарат обладает выраженным иммуномодулирующим действием, что обуславливает быстрое подавление вирусной инфекции. Он также препятствует размножению уже попавших в организм бактерий, тем самым предупреждая развитие осложнений. Препарат способствует активации механизмов очистки дыхательных путей, что улучшает выведение вязкой слизи и устраняет условия для дальнейшего размножения болезнетворных бактерий.

Лечение препаратом приводит к быстрому уменьшению выраженности таких симптомов, как кашель, обильное выделение мокроты, общее недомогание, лихорадка и ринит. Значительно сокращает продолжительность заболевания, не способствует развитию резистентности микроорганизмов.

Цель работы: Улучшить лечебные методики при пневмониях с атипичной этиологией у детей.

Материалы и методы исследования. На базе Самаркандского Филиала республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, в отделениях педиатрии №1,2 нами было проведено обследование 120 больных внебольничной пневмонией в возрасте от 6 месяцев до 14 лет. Больные разделены на 2 группы: I группа - 60 больных с микоплазменной и хламидийной этиологией пневмонии, получавшие стандартную терапию, II группа - 60 больных, получавших джозамицин и резистол в комплексе стандартной терапии. Джозамицин назначали по 50 мг/кг в 2-3 приема в сутки внутрь, резистол детям от 1 года до 6 лет 10 капель 3 раза в день, от 6 до 12 лет по 20 капель 3 раза в день. Препараты применяли в течение всего курса лечения.

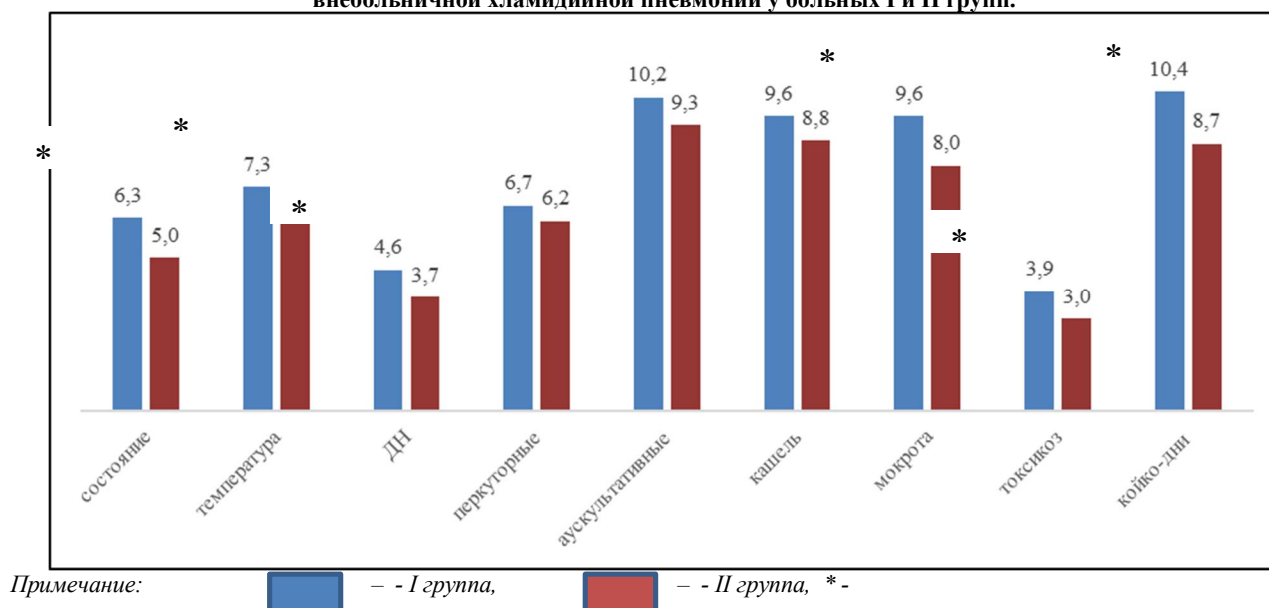
Для уточнения атипичной флоры внебольничной пневмонии использовали микробиологические исследования путем взятия материала из глубины глотки и определения бактериоскопическим методом в окрашенных по Граму мазках. Содержание С-реактивного белка в сыворотке крови определяли на автоматическом иммунохемилюминесцентном анализаторе; Определение прокальцитонина в сыворотке крови также проводили на автоматическом иммунохемилюминесцентном анализаторе.

Эффективность терапии у больных оценивали по регрессу патологических клинических симптомов заболевания, динамике лабораторных и инструментальных данных, а также по изменению показателей специальных методов исследования.

Результаты работы: После проведенного исследования были проанализированы и сопоставлены основные показатели больных сравниваемых групп при поступлении в стационар. Так, улучшение общего состояния у больных II группы наступало быстрее в 1,3 раза - на $5,0 \pm 0,2$ сутки; ликвидация гипертермии - в 1,2 раза - на $6,3 \pm 0,2$ сутки; исчезновение дыхательной недостаточности - в 1,2 раза - на $3,7 \pm 0,1$ день, в сравнении с больными со стандартной терапией на $6,3 \pm 0,3$, $7,3 \pm 0,3$ и на $4,6 \pm 0,2$ сутки соответственно

Рисунок 1.

Динамика ликвидации основных клинических признаков внебольничной хламидийной пневмонии у больных I и II групп.



В I группе детей нормализация физикальных данных в легких не имела статистически значимой эффективности по сравнению с больными, получавшими традиционную терапию. Так, применение джозамицина и резистола приводило к незначительному ускорению нормализации измененных перкуторных данных в 1,1 раза - на $6,2 \pm 0,3$ дня, аускультативных данных в 1,01 раза - на $9,3 \pm 0,4$ дня, по сравнению с традиционной терапией на $6,7 \pm 0,3$, $10,2 \pm 0,4$ сут. Также длительно сохранялся кашель у больных обеих групп до $8,8 \pm 0,4$ и $9,6 \pm 0,4$ дня.

Выявлено, что во II группе больных исчезновение мокроты происходило в 1,2 раза быстрее - на $8,0 \pm 0,4$ дня, исчезновение

токсического синдрома в 1,3 раза - на $3,0 \pm 0,1$ дня, при достоверной разнице с больными, которые находились на традиционной терапии - $9,6 \pm 0,4$ и $3,9 \pm 0,2$ дня.

Так, в группе больных на стандартном лечении наблюдалось повышение содержания СРБ ($31,5 \pm 1,3$ мг/л) в 9,5 раза, ПКТ ($1,07 \pm 0,03$ нг/л) в 6,7 раза. В группе детей при лечении джозамицином и резистолом отмечено повышение СРБ ($33,2 \pm 1,3$ мг/л) в 6,8 раза и ПКТ ($1,09 \pm 0,04$) в 6,8 раза по сравнению со стандартными значениями

Таблица 2

Показатели маркеров воспаления при поступлении у больных с внебольничной пневмонией (M±m)

Показатели	норма	Группа I	Группа II
СРБ (мг/л)	$3,3 \pm 0,2$	$31,5 \pm 1,3$	$33,2 \pm 1,3$
ПКТ (нг/л)	$0,16 \pm 0,01$	$1,07 \pm 0,03$	$1,09 \pm 0,04$
IL-4 пг/мл	$4,8 \pm 0,3$	$15,2 \pm 0,6$	$16,4 \pm 0,7$
IL-6 пг/мл	$16,3 \pm 0,7$	$46,7 \pm 2,2$	$45,5 \pm 1,7$
TNF-α пг/мл	$24,5 \pm 0,8$	$62,1 \pm 2,6$	$60,6 \pm 2,8$

В группе больных, получавших общепринятый комплекс лечебных мероприятий, отмечена положительная динамика нормализации маркеров воспаления. Так, при выписке больных из стационара у больных I группы отмечено снижение уровня СРБ в 8,5 раза, ПКТ - в 5,9 раза по отношению к исходным значениям, наблюдаемым при поступлении из стационара, которые достигли значимых нормативных значений. до $3,7 \pm 0,1$ мг/л и $0,18 \pm 0,01$ нг/л соответственно

Во II группе при включении в комплекс лечебных мероприятий при пневмонии джозамицина и резистола зарегистрировано достоверное снижение содержания СРБ и ПКТ соответственно в 9,5 и 6,4 раза по сравнению с показателями, выявленными при поступлении и при полной нормализации показателей до $3,5 \pm 0,2$ мг/л и $0,17 \pm 0,01$ нг/л.

Таблица 3

Показатели маркеров воспаления при выписке у больных в зависимости от метода лечения (M±m)

Показатели	норма	Группа Ia	Группа Ib
СРБ (мг/л)	$3,3 \pm 0,2$	$3,7 \pm 0,1$	$3,5 \pm 0,2$
ПКТ (нг/л)	$0,16 \pm 0,01$	$0,18 \pm 0,01$	$0,17 \pm 0,01$
IL-4 пг/мл	$4,8 \pm 0,3$	$11,2 \pm 0,5$	$5,3 \pm 0,2$
IL-6 пг/мл	$16,3 \pm 0,7$	$17,9 \pm 0,6$	$17,3 \pm 0,6$
TNF-α пг/мл	$24,5 \pm 0,8$	$28,8 \pm 1,2$	$26,2 \pm 1,1$

Ускоренная нормализация концентрации СРБ и ПКТ в плазме крови у больных II группы, свидетельствует об эффективности модифицированного способа лечения, в сравнении со стандартной терапией.

Выводы. Таким образом, включение джозамицина и резистола в комплексную терапию хламидийной пневмонии у детей достаточно достоверно приводило к устранению основных патологических симптомокомплексов заболевания по сравнению со стандартной терапией, являясь результатом антибактериального

действия джозамицина и положительного влияния резистола на состояние цитокинового статуса, что позволяет рекомендовать его для клинической практики.

Список литературы/ Iqtiboslar/References

1. Авдеев С.Н. Интенсивная терапия в пульмонологии. М., 2015. Т. 1. 304 с.
2. Алгоритмы диагностики и протоколы оказания медицинской помощи при пневмонии : методические рекомендации для врачей / Демко И.В., Чубарова С.В., Гордеева Н.В., Зеленый С.В. и др.; М-во здравоохранения Красноярского края, ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России. М., 2015. 75 с.
3. Горбич, О. А. (2016). Атипичная пневмония - значимая проблема детского возраста. Медицинский журнал, 3, 57-61.
4. Ибрагимова М., Шавazi, Н., Лим, М., & Атаева, М. (2022). Диагностические и лечебные методы при внебольничной пневмонии с атипичной этиологией у детей. Журнал вестник врача, 1(4 (101), 30–33. <https://doi.org/10.38095/2181-466X-20211014-29-32>
5. Синопальников А.И., Андреева И.В., Стецюк О.У. Безопасность макролидных антибиотиков: критический анализ. Клиническая медицина. 2012.3:23-30.
6. Трубников, Г. В., Полякова, И. Г., Бутакова, Л. Ю. (2010). Пневмония на догоспитальном этапе: особенности клиники с учетом атипичной (микоплазменной и хламидийной) инфекции в этиологии по данным ретроспективной диагностики. Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости, 1 (51), 59–63.
7. Шавazi, Н., Ибрагимова М., Атаева, М., Закирова, Б., & Лим, М. (2022). Болаларда атипик этиология билан пневмонияни даволашни такомиллаштириш. Doktor Axborotnomasi Jurnali, 1(2 (99), 109–112. <https://doi.org/10.38095/2181-466X-2021992-108-111>
8. Elphick H, AS Rigby, Everard ML. Phenotype Of Acute Respiratory Syncytial Virus Lower Respiratory Tract Illness in Infancy And Subsequent Morbidity // Acta Paediatrica. № 96. 2007. с. 1-3.

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Шавази Нурали Мухаммад угли

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой №1 педиатрии и неонатологии
Самаркандский Государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Рустамов Мардонкул Рустамович

д.м.н., профессор, кафедры №1 педиатрии и неонатологии
Самаркандский Государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Атаева Мухиба Сайфиевна

старший преподаватель кафедры №1 педиатрии и неонатологии
Самаркандский Государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОБАВИТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

For citation: Shavazi N. M., Rustamov M. R., Atayeva M. S., / Effectiveness of cobavit in the treatment of ulcer in children. Journal of hepato-gastroenterology research. vol. 3, issue 3. pp.

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

АННОТАЦИЯ

Целью работы явилось изучение эффективности кобавита при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у детей.

Для изучения эффективности кобавита были обследованы 37 детей, в возрасте от 8 до 14 лет мальчиков было 11, девочек 26.

Больные были распределены на две группы. Первая группа получала традиционный метод терапии, вторая группа традиционный метод терапии + кобавит по 1 таблетке (0,05) 3 раза в день.

Клинические, лабораторно-инструментальные показатели в зависимости от методов лечения показали, что у детей в комплексную терапию которых был включен кобавит отмечалось более быстрое улучшение общего состояния, стихание болей на 4-5 день у второй группы больных (54%), тогда как у первой группы, которые не получали этот препарат у 39% больных. Несколько быстрее у второй группы больных по сравнению с первой группой устранились диспептические явления, а также и другие показатели лабораторно-инструментальных методов исследования. Эндоскопическая картина также показала положительную динамику со стороны слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: дети, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, кобавит.

Shavazi Nurali Muhammad o'gli

tibbiyot fanlari doktori, professor,
1- pediatriya va neonatologiya kafedrası mudiri
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

Rustamov Mardonqul Rustamovich

tibbiyot fanlari doktori, professor,
1- pediatriya va neonatologiya kafedrası
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

Atayeva Muxiba Sayfiyevna

1- pediatriya va neonatologiya kafedrası katta o'qituvchisi
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

BOLALARDA YARA KASALLIGINI DAVOLASHDA KOBAVITNING SAMARASI

ANNOTATSIYA

Ishning maqsadi bolalarda oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalliklarida kobavitning samaradorligini o'rganish. Kobavitning samaradorligini o'rganish uchun 8 yoshdan 14 yoshgacha bo'lgan 37 bola tekshirildi, ulardan 11 o'g'il bola va 26 qiz. Bemorlar ikki guruhga bo'lindi. Birinchi guruh an'anaviy terapiya usuli, ikkinchi guruh esa an'anaviy terapiya usulini + kobavit 1 tabletkadan (0,05) kuniga 3 marta oldi.

Davolash usuliga qarab klinik, laborator va instrumental ko'rsatkichlar shuni ko'rsatdiki davolash kompleksiga kobavit qo'shilgan bemorlarda umumiy ahvolning yaxshilanishi tezroq kuzatilib, og'riq kamayishi 4-5 kunda (54%), bu preparatni qabul qilmagan birinchi guruh bemorlarda esa (39%) tashkil etdi.

Birinchi guruh bilan solishtirganda ikkinchi guruh bemorlarida dispepsiya, shuningdek, laboratoriya va instrumental tadqiqot usullarining boshqa ko'rsatkichlari bilan solishtirganda bir oz tezroq bartaraf etildi.

Endoskopik manzara ham oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning shilliq qavatida ijobiy tendentsiyani ko'rsatdi.

Kalit so'zlar: bolalar, o'n ikki barmoqli ichak yarasi, kobavit.

Shavazi Nurali Muhammad Ugli

MD, Professor, Head of Department No. 1 of Pediatrics and Neonatology
Samarkand State Medical universitete, Samarkand. Uzbekistan

Rustamov Mardonkul Rustamovich

MD, Professor, Department No. 1 of Pediatrics and Neonatology
Samarkand State Medical universitete, Samarkand. Uzbekistan

Atayeva Muhiba Saifievna

senior lecturer Department No. 1 of Pediatrics and Neonatology
Samarkand State Medical universitete, Samarkand. Uzbekistan

EFFECTIVENESS OF COBAVIT IN THE TREATMENT OF ULCER IN CHILDREN

ANNOTATION

The aim of the work was to study the effectiveness of cobavit in gastric and duodenal ulcers in children. To study the effectiveness of cobavit, 37 children were examined, aged 8 to 14 years, there were 11 boys and 26 girls.

The patients were divided into two groups. The first group received the traditional method of therapy, the second group received the traditional method of therapy with cobavit 1 tablet (0.05) 3 times a day. Clinical, laboratory and instrumental indicators, depending on the methods of treatment, showed that in children in whose complex therapy cobavit was included, there was a faster improvement in the general condition, subsidence of pain on days 4-5 in the second group of patients (54%), while in the first group, who did not receive this drug in 39% of patients. Slightly faster in the second group of patients compared with the first group eliminated dyspepsia, as well as other indicators of laboratory and instrumental research methods. The endoscopic picture also showed a positive trend in the mucous membrane of the stomach and duodenum.

Key words: children, duodenal ulcer, cobavit.

Актуальность. В настоящее время к проблеме неинфекционных заболеваний органов пищеварения у детей привлечено внимание не только терапевтов но и педиатров, что обусловлено нарастанием частоты заболеваний среди детей. Видное место в структуре гастроэнтерологических заболеваний у детей занимает гастродуоденальная патология в том числе язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Дудникова Э. В. (3) отмечает что удельный вес язвенной болезни составляет 13,5% от всех гастроэнтерологических заболеваний у детей, причем дуоденальные язвы преобладают над желудочными (90-95%). В условиях Узбекистана почти такие же цифры (13%) приводит Бабаджанова М. Ш. (1). Хотя имеется достаточно работ, касающихся лечения язвенной болезни у детей, следует отметить, что хроническое и часто рецидивирующее течение язвенной болезни, диктует необходимость поиска более совершенных методов лечения больных с данной патологией, которые должны быть патогенетический обоснованными.

Имеется ряд работ указывающих на нарушение окислительно-восстановительных процессов, микроэлементного обмена, доказаны роль гипоксии при данной патологии (7). В этой связи, мы попытались воздействовать на патогенетическое звено, которое может способствовать развитию и ухудшению течения заболевания.

С этой целью нами был выбран препарат Кобавит, который обладает выраженной гепатопротекторной, антианемической и противоязвенной активностью. Препарат зарегистрирован 30.08.2019 году Министерством Здравоохранения Республики Узбекистан, регистрационным номером DV/M 02719/0819. Кобальт- входящий в состав Кобавита, является жизненно важным микроэлементом. Под влиянием кобальта активизируются ферменты антиоксидантной системы, повышается основной обмен, улучшается тканевое дыхание. Витамин U входящий в состав Кобавита обладает детоксикационным, регенерирующими, антиоксидантными свойствами. Под его влиянием восстанавливаются вязкоэластическое свойство слизистого барьера, укорачиваются сроки исчезновения клинических симптомов болезни и рубцевания язвы. Кобавит также обладает иммуномодулирующим действием. Под его влиянием за короткие сроки проходят симптомы астензации.

О влиянии применения Кобавита при язвенной болезни имеются единичные работы, в частности об эффективности Кобавита при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у взрослых, указывают Якубов А. В с соавт. (8) и при остром гломерулонефрите Султанов Ж. А с соавт. (6).

В этой связи представляло интерес изучение эффективности Кобавита при язвенной болезни у детей

Цель исследования - изучить эффективность Кобавита при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы исследования:

Для реализации этой цели нами обследовано 37 больных детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Возраст детей составлял 8-14 лет, мальчиков было 11, девочек 26. Диагноз устанавливался на основании тщательно собранного анамнеза, генеалогического анализа родословных, обращалось внимание на ранние симптомы проявления болезни, условия быта, национальные обычаи и другие факторы, которые смогли бы сыграть роль в возникновении болезни. Обстоятельно проведены лабораторно-инструментальные методы исследования (определение кислотно-образующей функции желудка, рентгенологические, эндоскопические методы исследования, определение *Helicobacter pylori*).

Результаты исследования: Проведенная работа показала, что в формировании заболевания сыграли большую роль такие факторы риска, как еда в сухоматку, поздний ужин, заболевания органов пищеварения и другие. Ведущим клиническим признаком язвенной болезни явились жалобы на боли в подложечной и пилорoduodenальной области. Боли часто возникали после пищевой нагрузки, после обычной пищи боли уменьшались. Характерным был Мойнигановский ритм боли (голод- боль- прием пищи- облегчение). Этот признак нами был констатирован у 19 (70,3%) больных. Диспепсические явления нами выявлены у 22 (81,4%), тошнота у 14 (51,8%), рвота у 8 (29,6%), запоры у 12 (44,4%). Следует отметить у 22 (81,4%) больных отмечены симптомы нарушения вегетативной нервной системы (раздражительность, потливость, брадикардия, красный дермографизм).

Изучение кислотообразующей функции желудка показала повышенную секреторную функцию у 14 (51,8%), нормальную у 10 (37%), сниженную у 3 (11%).

Эндоскопические исследования показали, что у всех больных были выявлены язвенные дефекты размером от 0,5 до 1,5 см с отечными краями. Характерно было изменение слизистой оболочки органа: язвы, окруженные гиперемизованным валом.

С целью изучения эффективности Кобавита больные были распределены на 2 группы. Первая группа (16 больных), которые получали традиционный метод терапии. В частности диетотерапию и медикаментозную эрадикацию *Helicobacter pylori*. Схема эрадикации включала в себе ингибитор протонной помпы, омепразол, рабепразол, антибиотик амоксициллин, препарат висмута-Де-нол. Вторая группа (11 больных), получала комплексное лечение дополнительно Кобавит по одной таблетке 0,05 три раза в день.

Клинические, лабораторно-инструментальные исследования показали, что у детей в комплексную терапию которым был включен Кобавит отмечалось быстрое улучшение общего

состояния, относительно за короткие сроки уменьшались боли. Стихание болей на 4-5й день у второй группы больных (54%), по сравнению с первой (39% больных). Несколько быстрее у второй группы больных по сравнению с первой устранялись диспепсические явления, а так же другие показатели лабораторно-инструментальных методов исследования. Эндоскопическая картина также показала выраженную положительную динамику со стороны слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Вывод. Таким образом сопоставляя полученные данные, нами установлено, что у больных детей, у которых наряду с комплексной терапией применялся Кобавит отмечалась более быстрая тенденция к нормализации клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования, что диктует необходимость применения этого препарата при лечении язвенной болезни у детей.

Список литературы/ Iqtiboslar / References

1. Бабаджанова М. Ш Частота встречаемости гастроэзофагальной рефлюксной болезни у детей с хронической гастродуоденальной патологией. Ж. Педиатрия имени Г. Н Сперанского 2009 стр. 23
2. Гарифулина Л. М, Тураева Д. Х Факторы риска развития язвенной болезни у детей, клиническое течение и терапия. Ж. Гепато-гастроэнтерологических исследований, 2020, №1 стр. 20-22
3. Дудникова Э. В Язвенная болезнь у детей и подростков. Южно-Российский медицинский журнал 2001, №1-2 стр.7-10
4. Камилова А. Т, Ахмедова И. М, Пазылова С. А, Абдужабарова З. М. Стандарты диагностики и лечения детей с заболеваниями органов пищеварения. Руководство для врачей. Ташкент 2008.
5. Печуров Д. В Эпидемиология гастроэнтерологических заболеваний у детей. Достоверность ретроспективного анализа. Ж. Педиатрия. 2004, 2, стр. 22-23.
6. Султанов Ж. А, Иноятова Ф. Х Эффективность включения Кобавита в комплексную терапию с нефротическим синдромом на фоне нарушений функций щитовидной железы. Ж. Нефрология 2004 том 8 №4 стр. 68-72
7. Щербатых А. В, Кулинский В. И, Большаков А. А, Соколова С. В Перекисное окисление липидов и антиоксидантная система при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и пострезекционных синдромах. Ж. Сибирский медицинский журнал (Иркутск). Фундаментальная медицина 2005 стр. 9-11.
8. Якубов А. В, Акбарова Д. С, Мусаева Л. Ж, Абдусаматова Д. З, Арипжанова Ш. С Изучение эффективности применения Кобавита в комбинированной терапии при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Клиническая медицина 2012 стр. 90-92

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Шадиева Халима Нуридиновна

К.м.н., ассистент кафедры Пропедевтики детских болезней
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Мамутова Эвелина Сергеевна

Ассистент кафедры Пропедевтики детских болезней
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)

For citation: Shadieva H. N., Mamutova E. S./ Cardiac arrhythmias after coronavirus infection (covid-19) in children. Journal of hepato-gastroenterology research. vol. 3, issue 3. pp.

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

АННОТАЦИЯ

В статье представлены данные о таких осложнениях коронавирусной инфекции у детей, как нарушения ритма и проводимости. Синусовая тахикардия отмечалась у 76,9% из 52 пациентов, синусовая брадикардия – у 3,8%, блокада 1 степени – у 3,8%, 2 степени – у 3,8%, 3 степени – у 1,9% ребенка. У 5,8% выявлялась желудочковая экстрасистолия, причем у 1 из них – по типу бигемении, у 1,9% – суправентрикулярная тахикардия, у 3,8% – нижнепредсердный ритм, у 3,8% – миграция водителя ритма, у 23,1% пациентов было выявлено достоверное ($P < 0,01$) удлинение интервала QT. Большинство аритмий развивалось в сроки 2 нед - 6 мес после перенесенной коронавирусной инфекции и постепенно исчезали под влиянием кардиотропной терапии.

Ключевые слова: коронавирусная инфекция, дети, нарушения ритма и проводимости.

Shadieva Halima Nuridinovna

PhD, Assistant of the Department of Propaedeutics of Children's Diseases
Samarkand State Medical University, Samarkand Uzbekistan

Mamutova Evelina Sergeevna

Assistant of the Department of Propaedeutics of Children's Diseases.
Samarkand State Medical Institute. Samarkand, Uzbekistan

CARDIAC ARRHYTHMIAS AFTER CORONAVIRUS INFECTION (COVID-19) IN CHILDREN

ANNOTATION

The article presents dates on complications of coronavirus infection in children, such as rhythm and conduction disorders. Sinus tachycardia was observed in 76.9% of 52 patients, sinus bradycardia – in 3.8%, atrioventricular block 1 degree – in 3.8%, atrioventricular block 2 degree – in 3.8%, atrioventricular block 3 degree – in 1.9% of the child. Ventricular extrasystole was detected in 5.8%, and in 1 of them – by the type of bigemina, in 1.9% – supraventricular tachycardia, in 3.8% – atrial rhythm, in 3.8% – pacemaker migration, in 23.1% of patients a significant ($P < 0.01$) prolongation of the QT interval was detected. Most arrhythmias developed within 2 weeks-6 months after the coronavirus infection and gradually disappeared under the influence of cardiotropic therapy.

Key words: coronavirus infection, children, rhythm and conduction disorders.

Shadieva Khalima Nuridinovna

PhD, Bolalar kasalliklari propedevtikasi kafedrası assisiteni
Samarqand davlat tibbiyot Instituti
Samarqand. O'zbekiston

Mamutova Evelina Sergeevna

Bolalar kasalliklari propedevtikasi kafedrası assisiteni
Samarqand davlat tibbiyot Instituti
Samarqand. O'zbekiston

BOLALARDA KORONAVIRUS INFEKTSIYASI (COVID-19) DAN KEYINGI YURAK RITMINING BUZILISHLARI

ANNOTATSIIYA

Maqolada bolalarda ritm va o'tkazuvchanlik buzilishi kabi koronavirus infeksiyasining asoratlari to'g'risidagi ma'lumotlar keltirilgan. Sinusli taxikardiya 52 bemorlarda 76,9% qayd etildi, sinus bradikardiya – 3,8%da, 1 darajali av-blokada – 3,8%da, 2 darajali – 3,8%da, 3 darajali – 1,9%da. 5,8% bolalarda qorincha ekstrasistoliyasi aniqlandi va ulardan 1 tada – bigemeniya turidagi, 1,9% da – supraventrikulyar taxikardiya, 3,8% da – pastki bulmacha ritm, 3,8% da – yurak stimulyator migrtsiyasi, 23,1% bemorlarda ishonchli ($p < 0,01$) QT intervalining uzayishi aniqlandi. Ko'pincha aritmiyalar koronavirus infeksiyasidan keyin 2-6 oy ichida rivojlanib, kardiotrop terapiya dan keyin asta-sekin yo'q bo'lib ketdi.

Kalit so'zlar: koronavirus infeksiyasi, bolalar, ritm va o'tkazuvchanlik buzilishlari.

Различные нарушения ритма и проводимости у детей часто сопровождают течение многих заболеваний. Так, большой интерес в настоящее время представляет ковид-инфекция и ее осложнения. Заболеваемость COVID-19 среди детей по данным Американской ассоциации сердца (AAC) составляет около 17,6% всех случаев, а смертность – 0,1%[1]. В настоящее время, когда пандемия коронавирусной инфекции пошла на спад, внимание привлекают более отдаленные осложнения этого заболевания, в том числе сердечно-сосудистые[1,2,3]. Изучаются этиопатогенетические, эпидемиологические, возрастные, клинические и другие аспекты данной проблемы[4].

Сердечно-сосудистые осложнения, в частности различные аритмии, после перенесенной ковид-инфекции – одни из частых и коварных, непросто поддающихся лечению и усугубляющих состояние пациентов [1,2,5]. И детский контингент не составляет исключение [1].

Многочисленные отчеты по данному вопросу выявили ряд закономерностей. В частности, показано, что больше сердечно-сосудистых осложнений выявлено у пациентов, инфицированных вирусом SARS-CoV-2, по сравнению с SARS-CoV[6]. Для последних характерен тяжелый респираторный синдром [6]. Китайские специалисты изучали аритмии на фоне текущей ковид-инфекции, они сообщают, что общая частота нарушений ритма сердца у пациентов, госпитализированных по поводу COVID-19, составляет 16,7%. Более высокая частота аритмий (44%) наблюдалась у пациентов с COVID-19, госпитализированных в отделение интенсивной терапии [6]. Goyal Р.и соавт. при наблюдении за 130 пациентами, находящимися на искусственной вентиляции легких, регистрировали нарушения ритма сердца у 18,5% пациентов [5]. Однако, наш интерес вызывают аритмии, развивающиеся у Ковид-реконвалесцентов.

Предполагаемыми патогенетическими механизмами развития аритмий, скорее всего, можно считать гипоксемию при наличии острого респираторного синдрома, повреждение миокарда, вызванное цитокиновым кризисом, повышение уровня катехоламинов, нарушения электролитного обмена, метаболические изменения в условиях повышенной сердечной нагрузки, что приводит к дестабилизации сердечных процессов, в том числе ритма и проводимости. Данные нарушения начинаются на фоне самой инфекции и, скорее всего, не могут сразу исчезнуть после выздоровления [1,4].

Кроме того, нарушения ритма сердца могут развиваться на фоне кардита, кардиопатии, перикардита, в то же время могут стать самостоятельным осложнением коронавирусной инфекции [7]. В заявлении AAC по коронавирусной инфекции и связанными с ней осложнениями со стороны сердечно-сосудистой системы у детей подчеркивается, что поражения сердечно-сосудистой системы не характерны для течения коронавирусной инфекции у детей, хотя в литературе и описаны случаи кардиогенного шока, миокардита, перикардита и аритмий, включая желудочковую тахикардию и атриовентрикулярную блокаду 1 степени [1].

Цель работы: дать характеристику нарушениям ритма сердца после перенесенной ковид-инфекции у детей.

Материал и методы исследования: мы обследовали 52 ребенка в возрасте от 2 до 14 лет через 2 нед-6 мес после перенесенной ковид-инфекции (только подтвержденные случаи). Помимо общего клинического обследования, им проводились ЭКГ и ЭхоКГ. По результатам опроса до перенесенной ковид-инфекции у наших пациентов не было жалоб со стороны сердца, ранее они не обследовались и не получали лечение у кардиолога.

Результаты: По нашим данным нарушения ритма сердца и проводимости возникали у детей независимо от тяжести течения

заболевания. Наиболее ранний срок обращения к нам – сразу после выписки после госпитализации по поводу коронавируса, наиболее поздний – через 6 мес.

Родители обращались при появлении жалоб на повышенную утомляемость (96,2%), слабость (76,9%), одышку после физической нагрузки (48,1%), сердцебиение (57,7%), боли в сердце (38,5%), потливость (40,4%).

По данным ЭхоКГ признаки кардита (увеличение КДР ЛЖ и снижение ФВ) были выявлены у 7 (13,5%) детей, признаки ИТКП (перегрузка ЛЖ, гипокинезия ЗСЛЖ, МЖП) у 15 (28,8%) детей, экссудативного перикардита (жидкость в полости перикарда) – у 9 (17,3%) больных, причем у 4 из них одновременно с выявлением жидкости в плевральной полости.

После обследования и проведения ЭКГ мы наблюдали следующее. Так, синусовая тахикардия отмечалась у 40 (76,9%) из 52 пациентов, синусовая брадикардия – у 2 (3,8%), блокада 1 степени – у 2 (3,8%), 2 степени – у 2 (3,8%), 3 степени – у 1 (1,9%) ребенка. У 3 (5,8%) – выявлялась желудочковая экстрасистолия, причем у 1 из них – по типу бигемии, у 1 (1,9%) – суправентрикулярная тахикардия, у 2 (3,8%) – нижнепредсердный ритм, у 2 (3,8%) – миграция водителя ритма, у 12 (23,1%) пациентов было выявлено достоверное ($P < 0,01$) удлинение интервала QT.

Нарушения ритма, за исключением синусовой тахикардии, выявлялись преимущественно у детей старше 3-х лет.

Аритмии сопровождалась метаболическими (71,2%), гипоксически-ишемическими (13,5%) и электролитными нарушениями (15,4%) по данным ЭКГ.

Только в 3 (5,8%) случаях нами проводилась антиаритмическая терапия: у ребенка с суправентрикулярной тахикардией верапамилом и у 2 детей с выраженной упорной синусовой тахикардией – метапрололом. Остальные пациенты получали комплексную терапию кардиотропными препаратами, в/в иммуноглобулинами и диуретиками, на фоне которой большинство нарушений ритма и проводимости постепенно восстанавливалось.

Обсуждение: Наши исследования не противоречат данным литературы, согласно которым одними из наиболее распространенных аритмий, при COVID-19, являются синусовая тахикардия и брадикардия [1,2,8,9]. Yu С.М и соавт. [10] сообщают, что наиболее частой находкой в когорте из 121 пациента с инфекцией COVID-19 была синусовая тахикардия с общей частотой 72%, что также соответствует нашим наблюдениям. Синусовая тахикардия оставалась стойкой в течение 30 дней после выписки из больницы у 40% пациентов. Синусовая брадикардия наблюдалась у 14,9% пациентов [10]. В отличие от тахикардии, которая была стойкой, брадикардия была быстро [6]. Однако, в нашем исследовании брадикардия также сохранялась по меньшей мере около 2 мес.

По данным [6] у некоторых пациентов регистрировалась синусовая брадикардия, с последующими эпизодами ускоренного идиовентрикулярного ритма, в другом исследовании авторы сообщают о сохранении синусовой брадикардии в течение 2 недель после начала дисфункции синусового узла. В отчете Kir D. et al. мы нашли данные о атрио-вентрикулярной блокаде 2-3 степени наблюдались у пациента с инфекцией COVID-19, при этом эхокардиография и кардиологические биомаркеры были в пределах нормы [11]. Что касается удлинения интервала QT, то данное состояние связывается также и с использованием в стандартах лечения инфекции азитромицина[12].

Выводы: коронавирусная инфекция, независимо от тяжести в некоторых случаях вызывает поражения сердечно-сосудистой

системы у детей. Одним из таких поражений являются разнообразные аритмии. Нарушения ритма сердца и проводимости более характерны для детей старше 3-х лет. Среди аритмий наиболее частыми следует считать синусовую тахикардию и

брадикардию, атриовентрикулярные блокады, замена синусового ритма, удлинение интервала QT. Большинство нарушений ритма и проводимости не требуют антиаритмической терапии и постепенно исчезают под влиянием кардиотропной терапии

Список литературы/ Iqtiboslar / References

1. Pei-Ni Jone, Chair; Anitha John, Matthew E. Oster, et al Sars-Cov-2 infection and associated cardiovascular manifestations and complications in children and young adults: a scientific statement from the american heart association // J. Circulation, 2022, May: 1036-1052
2. Long B., Brady W. J., Kozyfman A. et al. Cardiovascular complications in COVID-19 // Am. J. Emerg. Med., 2020; Vol. 38(7): 1504–1507.
3. Хазова Е.В., Валиахметов Р.В., Булашова О.В., Малкова М.И. Нарушения ритма сердца при новой коронавирусной инфекции (Covid-19) // Ж. Практическая медицина. 2021. №6: 10-13
4. Aghagholi G., Gallo M. B., Soliman L. B. et al. Cardiac involvement in COVID-19 patients: Risk factors, predictors, and complications: A review // J. Card. Surg., 2020; Vol. 35: 1302–1305.
5. Goyal P., Choi J.J., Pinheiro L.C. et al. Clinical characteristics of Covid-19 in New York City // N Engl J Med., 2020; Vol. 382 (24): 2372–2374.
6. Peigh G., Leya M.V., Baman J.R. et al. Novel coronavirus 19 (COVID-19) associated sinus node dysfunction: a case series // Eur Heart J., Case Rep., 2020; Vol. 10: 1–6.
7. Kodirova M.M. Shadieva Kh.N. Bolalarda norevmatik miokarditning EKGdagi asosiy simptomlari // Ж. гастроэнтерол. исследований, 2022; 1(3): 33-36.
8. Шадиева Х.Н., Хайдарова С.Х., Мамутова Э.С. ВПС: масштаб проблемы, выявление факторов риска развития ВПС // Ж. гастроэнтерол. исследований, 2021; 3,2(2): 67-69
9. Шадиева Х.Н., Хайдарова С.Х., Мамутова Э.С. Клинический случай ДКМП, осложненной желудочковой экстрасистолой и тромбом ЛЖ. // Ж. гастроэнтерол. исследований, 2021; 3,2(2): 51-55
10. Уралов Ш.М., Облокулов Х.М., Мамутова Э.С. «О неспецифической профилактике коронавирусной инфекции». Актуальные вопросы современной науки. Материалы VI международной научно-практической конференции. 20 августа 2020. 128-130 стр.
11. Yu C.M., Wong R.S., Wu E.B. et al. Cardiovascular complications of severe acute respiratory syndrome // Postgrad. Med. J., 2006; Vol. 82 (964): 140–144.
12. Kir D., Mohan C., Sancassani R. Heart break: an unusual cardiac manifestation of coronavirus disease 2019 (COVID-19) // JACC Case Rep., 2020; Vol. 2: 1252–1255.
13. Mercuro N.J., Yen C.F., Shim D.J. Risk of QT interval prolongation associated with use of hydroxychloroquine with or without concomitant azithromycin among hospitalized patients testing positive for coronavirus disease 2019 (COVID-19) // JAMA Cardiol., 2020; Vol. 5: 1036-1042

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Шарипов Рустам Хаитович

Доктор медицинских наук, доцент,
заведующий кафедрой педиатрии и общей практики ФПДО
Самаркандский Государственный медицинский университет
Узбекистан, Самарканд.

Расулова Надира Алишеровна

Кандидат медицинских наук,
ассистент кафедры педиатрии и общей практики ФПДО
Самаркандский Государственный медицинский университет
Узбекистан, Самарканд.

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ БРОНХООБСТРУКТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ

For citation: Sharipov Rustam, Rasulova Nodira./A new view on the treatment of bronchoobstructive conditions in children./Journal of hepato-gastroenterology research. Journal of hepato-gastroenterology research. vol. 3, issue 3. pp.

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

АННОТАЦИЯ

Целью работы явилось сравнение клинической эффективности бронходилататоров у детей раннего возраста. Был проведен анализ клинических данных у 48 больных. Полученные результаты показали, что у больных I-й группы (24) применение небутамол способствовало более быстрому уменьшению выраженности тахипноэ, улучшению общего состояния, уменьшению цианоза носогубного треугольника и кашля, исчезновению симптомов бронхообструкции. Тогда как у детей II-й группы, получавших эуфиллин (24), положительная динамика отмечена в более поздние сроки и у небольшого количества больных. На 2-3 день лечения больных эуфиллином купирование обструкции отмечалось лишь у 66,6% больных, при применении же небутамол полное снятие бронхообструктивного синдрома отмечалось у 91% больных. Таким образом, хорошая переносимость и быстрое улучшение клинического состояния больных доказывает преимущество назначения небутамол при лечении бронхообструкции.

Ключевые слова: дети, бронхообструктивный синдром, оценка.

Sharipov Rustam Xaitovich

Tibbiyot fanlari doktori, dotsent DKTF
pediatriya va umumiy amaliyot kafedrasida mudiri
Samarqand davlat tibbiyot Universiteti
Samarqand. O'zbekiston

Rasulova Nodira Alisherovna

Tibbiyot fanlari nomzodi, DKTF
pediatriya va umumiy amaliyot kafedrasida assistenti
Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand. O'zbekiston

BOLALARDA BRONXOBSTRUKTIV XOLATLARNI DAVOLASHGA YANGI KONRASH

ANNOTATSIYA

Ilk yoshdagi 48 bolalarda bronxodilyatatorlarning klinik effektivligini solishtirildi. Olingan natijalar shuni kursatdiki, I gurux bemorlariga (24) nebutamol kullanishi taxipnoeni tezrok kamayishiga, yutal va burun-lab uchburchagi sianozining kamayishiga, bronxoobstruksiya belgilarining yukolishiga olib keldi. Eufillin bilan davolangan II gurux bolalari (24) ichida esa ayrim bemorlarning dinamikada ijobiy uzgarishi kechrok kuzatildi. Eufillin kullanishining 2-3 kunida borib fakat 66,6 % bemorlarda obstruksiya belgilari bartaraf etildi, nebutamol ishlatilganda esa 91% kasallarda bronxoobstruktiv sindromining tulik yukotilishi kuzatildi. Shunday kilib, bronxoobstruksiyaning davolashda nebutamolning kullanilishi bemorlar axvolining tez yaxshi tomonga uzgarishi va preparatning asoratsiz uzlashtirilishini kursatdi.

Kalit suzlar: bolalar, obstruktiv xolatlarida, baxolash.

Sharipov Rustam Khaitovich

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor,
Head of the Department of Pediatrics and General Practice, FOPE
Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Rasulova Nodira Alisherovna

Candidate of Medical Sciences, Assistant
of the Department of Pediatrics and General Practice, FOPE
Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

A NEW VIEW ON THE TREATMENT OF BRONCHOBSTRUCTIVE CONDITIONS IN CHILDREN

ANNOTATION

By the purpose of work was the comparison of clinical efficiency Bronchodilatation at children of early age. Carried out analyzing of clinical results at 48 patients. The received results have shown, that at the patients 1st of group (24) applications nebutamol promoted faster reduction of tachiapnea, improvement of a common condition of the patient, reduction of cyanosis at nose lips triangle and cough, disappearance of bronchobstruction symptoms. Whereas at 2nd group (24) of children receiving auphilin positive dynamic is marked in later terms and in small quantity of the patients. For 2-3 days of treatment the patients with auphilin купирование обструкции it was marked only at 66, 6 % of the patients, at application nebutamol the complete removal bronchobstruction was marked at 91 % of the patients. Thus, a good transforming of patient and the fast improvement of a clinical status of the patients, prove advantage assignment of nebutamol of bronchobstruction treatment.

Keywords: children, obstructive conditions, assessment

Актуальность. Обструктивный бронхит очень распространенное и серьезное заболевание дыхательной системы. Опасен он тем, что может часто вновь возникать и приводить к развитию бронхиальной астмы у детей [5]. Именно из-за этого к обструктивному бронхиту нужно относиться крайне серьезно.

У детей раннего возраста бронхообструктивный синдром рассматривается как важный механизм защиты лёгких от инфекции [2,6]. Резкое увеличение скорости потока воздуха в бронхах обеспечивает их лучшее очищение от слизи и микроорганизмов. Причинами обструкции являются отек слизистой бронхов, выделение вязкой мокроты и круговой спазм мышц дыхательных путей, что в совокупности приводит к сужению бронхов. На первом году жизни обструктивный бронхит чаще вызывает респираторно-синцициальный вирус, на втором году жизни – вирусы парагриппа, гриппа, герпеса, цитомегаловирус, аденовирусы, риновирусы.

В последнее время появился ряд исследований, свидетельствующих о благоприятном влиянии ингаляционной терапии небутолом на обструкцию дыхательных путей [2,5]. Однако, недостаточно работ, в которых изучалось бы влияние перорального назначения препарата у детей раннего возраста [6].

Известно, что эуфиллин является одним из наиболее популярных препаратов, применяемых при лечении бронхообструктивного синдрома [3]. Вместе с тем, он требует определенной осторожности при применении, поскольку имеет небольшую терапевтическую широту, длительный период полураспада и вызывает ряд побочных эффектов со стороны ЦНС, сердечно-сосудистой системы и других органов [1,4].

Все вышеуказанное диктует необходимость поиска наиболее эффективных и удобных при применении у детей грудного возраста препаратов, снимающих бронхообструкцию с наименьшим побочным влиянием.

Цель исследования: сравнение клинической эффективности бронходилататоров у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования: был проведен анализ клинических данных у 48 больных. Дети были разделены на 2 группы в соответствии с применением небутомола и эуфиллина. С целью контроля эффективности проводимых лечебных мероприятий осуществляли ЭКГ исследование до и после лечения бронходилататорами у всех наблюдаемых больных.

Чрезкожное определение насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом осуществлялся с помощью аппарата пульсоксиметр NELLCOR до применения препаратов и в динамике через 60 мин., 24 ч., 48 ч., 72 ч. после введения небутомола и эуфиллина.

Результаты и обсуждение. Общее состояние наблюдаемых больных было среднее - тяжелым в 81,2% (n-39) случаях, тяжелым в 18,8% (n-9). При осмотре отмечено: бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, раздувание крыльев носа почти у всех больных. При аускультации легких у всех наблюдаемых больных выслушивались сухие, средне-, крупнопузырчатые, а также единичные мелкопузырчатые хрипы. Со стороны сердечно-сосудистой системы у всех больных тоны сердца были приглушены.

Больные I-й группы (n-24) в составе комплексной терапии получали небутолом внутрь (1 мг/кг 3 раза в день).

Во II-ю группу также были включены 24 ребенка, которым в составе комплексной терапии 3 раза в сутки перорально был назначен эуфиллин в стартовой дозе 4-6 мг на 1 кг массы с последующим переходом на поддерживающую дозу 3 мг/кг.

Полученные результаты показали, что у больных I-й группы значительно быстрее наступало клиническое улучшение: уже на 10-й минуте после введения небутомола отмечалось уменьшение выраженности тахипноэ, у 22 больных на 2-3 й день выявлено улучшение состояния, уменьшение цианоза носогубного треугольника, кашля и одышки, исчезновение симптомов бронхообструкции. У детей II-й группы положительная динамика отмечена у 17 больных: полное снятие бронхообструктивного синдрома наблюдалось у 11 больных на 3 день лечения; кашель с мокротой исчезали на 5-6 день лечения. У 6 больных было достигнуто лишь незначительное улучшение: мокрота стала слизистой, количество ее уменьшилось.

Результаты наших исследований показали, что у больных, получавших небутолом, исчезновение симптомов интоксикации происходило на 2-3 день у 91,6% больных, а во II-й группе этот показатель составил 79,1%. Особый интерес представляет купирование бронхообструктивного синдрома: так, на 2-3 день лечения больных эуфиллином купирование обструкции отмечалось лишь у 66,6% больных, при применении небутомола полное снятие бронхообструктивного синдрома отмечалось у 91% больных. Кашель с выделением мокроты у больных, получавших небутолом, исчезал на 7 день у 91,6% больных, а в группе сравнения – на 7 день у 66,6% больных.

Происходила нормализация оксигенации крови у детей I-й группы, причем статистически достоверно увеличение насыщения крови кислородом было выявлено уже на 60-й минуте наблюдения (55%). Увеличение насыщения крови кислородом параллельно отмечалось и во II-й группе, но было менее выраженным (35%).

У детей I-й группы мы наблюдали снижение частоты сердечных сокращений, что может быть объяснено уменьшением выраженности бронхиальной обструкции и нагрузки на аппарат дыхания, снижением сосудистого сопротивления в большом и малом кругах кровообращения. Тогда как у больных II-й группы отмечалась тахикардия к 60-й минуте после введения препарата, причем различия по этому показателю между группами оставались достоверными на протяжении всего периода исследования.

У больных I-й группы наблюдалось уменьшение выраженности симптомов гипервозбудимости со стороны ЦНС, которые имели место до начала терапии, это могло быть связано, в том числе, с улучшением дыхательной функции легких. У 2 (8,3%) детей из II-й группы наблюдалось увеличение выраженности симптомов гипервозбудимости со стороны ЦНС, что могло быть связано с развитием побочных эффектов эуфиллина. Однако в целом эти явления были нестойкими и быстро исчезали на фоне отмены препарата.

Еще одним из важных показателей клинической эффективности небутомола является сокращение пребывания

больных в стационаре на 2,6 дней по сравнению терапией эуфиллином, что в среднем составило $7,4 \pm 0,6$ койко-дней против $10,0 \pm 0,6$.

Таким образом, хорошая переносимость, легкая дозируемость, отсутствие необходимости в обучении правильной технике приема, достоверное улучшение клинического состояния больных и отсутствие серьезных побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы позволяют рекомендовать небутамол при лечении бронхообструкции. Особенно это касается детей раннего возраста, у которых могут быть сложности в проведении ингаляционной терапии. Наш опыт лечения острого обструктивного бронхита свидетельствует о возможности применения небутамола у больных с нетяжелым и среднетяжелым течением. При тяжелой бронхиальной обструкции преимущество следует отдавать небулизации небутамола, которая позволяет достичь эффекта в более короткий срок.

Заключение:

1. Пероральная терапия небутамолом у детей наиболее предпочтительна в связи с хорошей переносимостью, отсутствием побочных эффектов и необходимости в обучении правильной технике приема.
2. Применение перорально вводимого небутамола обеспечивает более быстрый и стойкий эффект, чем эуфиллин при бронхиальной обструкции у детей раннего возраста.
3. Исследования основных витальных показателей и чрезкожного насыщения гемоглобина кислородом методом пульсоксиметрии желательно проводить через 60 минут, 24 ч, 48 ч, 72 часа после приема бронхорасширяющих препаратов. Такая последовательность дает возможность широкого их использования не только с целью диагностики, но и контроля эффективности проводимого лечения.

Список литературы/ Iqtiboslar/ References

1. Зубаренко А.В., Портнова О.А., Стоева Т.В. Основные принципы этиопатогенеза, диагностики и дифференциальной диагностики бронхообструктивного состояния у детей. // Здоровье ребенка.-2007.-№4(7).-С.95-99
2. Недельская С.Н., Боярская Л.Н., Шумная Т.Е. и др. Факторы риска развития обструктивного бронхита у детей раннего возраста.//Здоровье ребенка.-2007.-№3(6).-С.14-17
3. Охотникова Е.М. Синдром бронхиальной обструкции и аллергического генеза у детей раннего возраста и муколитическая терапия. // Здоровье ребенка.-2007.-С.82-86
4. Сорока Ю.А., Чернышева О.Е., Левченко С.А., Фоменко Т.А. Алгоритм оказания неотложной помощи детям раннего возраста с бронхообструктивным синдромом.// Педиатрия на пороге третьего тысячелетия: Сб.науч. трудов, посвященный 85 летию профессора Е.М. Витебского.- Донецк,-2007.-С. 82-86
5. Юлиш Е.И., Большевцева И.В., Гадецкая С.Г., Вакуленко С.И. Особенности терапии рецидивирующего обструктивного бронхита у детей раннего возраста, инфицированными внутриклеточными патогенами.// Современная педиатрия.-2007.-№3.-С.175-178
6. Шарипов, Р. Х., Ахмедова, М. М., Расулова, Н. А., Расулов, А. С., Ирбутаева Л. Т. (2019). Сравнительная оценка эффективности бронхоспазмов при обструктивных состояниях у детей. Достижения науки и образования , (11 (52)), 91-93.

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Шарипов Рустам Хаитович

Доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой педиатрии и общей практики ФПДО
Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Расулова Надира Алишеровна

Кандидат медицинских наук, ассистент кафедры педиатрии и общей практики ФПДО
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Расулов Алишер Собирович

Кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии и общей практики ФПДО
Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ОКСИБРАЛ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ У ДЕТЕЙ НА ОСНОВАНИИ АКТИВНОСТИ ЛИПИДНОЙ ПЕРОКСИДАЦИИ

For citation: Sharipov Rustam, Rasulova Nodira, Rasulov Alisher. Rationale for the use of the drug oxibral in perinatal damages in children on the basis of lipid peroxidation activity. Journal of hepato-gastroenterology research. vol. 3, issue 3. pp.

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

АННОТАЦИЯ

Целью работы явилось обоснование терапии оксибралом грудных детей с перинатальными повреждениями центральной нервной системы (ЦНС) путем учета изменений процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ). В работе проанализированы результаты клинико-биохимических исследований у 90 детей первого года жизни: основную группу составили 44 ребенка с перинатальными повреждениями ЦНС, контрольную группу - 26 детей с ПЭП, также изучили состояние процессов ПОЛ у 20 здоровых детей. Результаты исследований показали, что у детей с перинатальными повреждениями ЦНС выявлены значительные нарушения в процессах ПОЛ, которые можно характеризовать как снижение, а в некоторых случаях их разбалансировку. Назначение детям с перинатальными повреждениями ЦНС оксибрала, наряду с нормализацией показателей ПОЛ способствует более быстрому улучшению неврологической симптоматики: дети становились спокойными, активными, нормализовался сон.

Ключевые слова: перекисное окисление липидов, оксибрал, дети, последствия перинатального повреждения нервной системы

Sharipov Rustam Xaitovich

Tibbiyot fanlari doktori, dotsent DKTF pediatriya va umumiy amaliyot kafedrasini mudiri
Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston

Rasulova Nodira Alisherovna

Tibbiyot fanlari nomzodi, DKTF pediatriya va umumiy amaliyot kafedrasini assistenti
Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston

Rasulov Alisher Sobirovich

Tibbiyot fanlari nomzodi, DKTF pediatriya va umumiy amaliyot kafedrasini dotsenti
Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston

LIPIDLARNI PEROKSIDLANISH FAOLİYATI ASOSIDA BOLALARNING PERINATAL ZARARLARIDA OXIBRAL DORINI QO'LLANISH ASOSHI

ANNOTATSIYA

Ishning maksadi - kichik bolalarda markaziy nerv sistemasining (MNS) perinatal shikastlanishini davolashda oksibralni kullash va davolash effektivligini lipidlarning perekis oksidlanishi (LPO) protsessining normallanishiga asoslanib baxolash xisoblanadi. Bir yoshgacha bulgan 90 ta bolalarning klinik-bioximik kursatgichlari tekshirilgan: asosiy guruxni MNS-ning perinatal shikastlanishining asoratlarni tiklash uchun davolanayotgan 44 bola tashkil etdi, kontrol guruxni PEP bilan kasallangan 26 bola, bundan tashkari 20 ta soglom bolalarda LPO xolati urganib chikildi. Izlanish natijalari shuni kursatdiki bemor bolalarda LPO protsessining kamayishi yoki ayrim paytlarda, ularning nomutanosibligi aniklandi. Oksibral kullanishi LPO kursatkichlarining tiklanishi bilan birgalikda nevrologik belgilarining tezrok ijobiy uzgarishlariga, ya'ni, bolalarning tinchlanishi, uykusining yaxshilanishiga olib keldi.

Tayanch so'zlari: lipid peroksidatsiyasi, oksibral, bolalar, asab tizimining perinatal shikastlanishining oqibatlarini

Sharipov Rustam KhaitovichDoctor of Medical Sciences, Associate Professor,
Head of the Department of Pediatrics and General Practice, FOPE
Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan**Rasulova Nodira Alisherovna**Candidate of Medical Sciences,
Assistant of the Department of Pediatrics and General Practice, FOPE
Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan**Rasulov Alisher Sobirovich**Candidate of Medical Sciences, assistant professor of
the Department of Pediatrics and General Practice, FOPE
Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan**RATIONALE FOR THE USE OF THE DRUG OXIBRAL IN PERINATAL DAMAGES IN CHILDREN ON THE BASIS OF LIPID PEROXIDATION ACTIVITY****ANNOTATION**

By the purpose of work was the substantiation of therapy with oxibral of milk feted children with prenatal damages of the central nervous system (CNS) by the account of changes of processes перекисного окисления липидов ПОЛ. In work analyzed the results of biochemical researches at 90 children of the first year of life: the basic group was made with 44 children with prenatal damages of CNS, control group - 26 children with ПЭП, also have studied a status of processes а ПОЛ at 20 healthy children. The results of researches have shown, that at children with prenatal damages CNS reveal significant infringements in processes а ПОЛ, which is possible were characterized as decreasing and in some cases their misbalance. The assignment of oxibral to children with prenatal damages of CNS alongside with normalization of parameters а ПОЛ to faster improvement of neurological symptoms: children become quiet, active, the dream normalizing. Intra skull pressure on a background of prescription.

Keywords: lipid peroxidation, oxibral, children, consequences of perinatal damage to the nervous system

Актуальность. Перинатальные поражения центральной нервной системы (ЦНС) — это общий термин, обозначающий страдания нервной системы у новорождённых детей, вызванные различными причинами [1,3]. От 5 до 55% детей первого года жизни получают такой диагноз, поскольку в это число иногда включают детей с лёгкими преходящими нарушениями со стороны нервной системы [5].

Тяжёлые перинатальные поражения мозга (в том числе внутримозговые кровоизлияния, тяжёлая ишемия мозга) представляют реальную угрозу для жизни и здоровья ребёнка, даже при своевременно оказанной высококвалифицированной медицинской помощи в условиях перинатального центра [2]. Среднетяжёлые и лёгкие формы поражения мозга непосредственной угрозы для жизни не представляют, но они могут быть причиной нарушений психики и развития двигательной активности у ребёнка.

В условиях гипоксии нарушается перекисное окисление липидов (ПОЛ) с накоплением агрессивных свободных радикалов, гидроперекисей, которые оказывают деструктивное действие на мембраны нейронов [4,6].

Для коррекции расстройств микроциркуляции и метаболических нарушений при перинатальных повреждениях ЦНС применяется ряд препаратов, действие которых направлено на нормализацию функционального состояния клеток [7]. В последнее время появился ряд исследований, свидетельствующих о благоприятном влиянии нового растительного препарата оксирал на циркуляторные и метаболические церебральные расстройства. Однако отсутствуют работы, в которых изучалось бы влияние оксирала при перинатальных повреждениях нервной системы у детей первого года жизни, не обоснованы вопросы оптимальной дозировки и длительности курса его применения.

Цель работы: обоснование терапии оксиралом грудных детей с перинатальными повреждениями центральной нервной системы путем учета изменений процессов перекисного окисления липидов.

Материалы и методы исследования. В работе проанализированы результаты клинико-биохимических исследований у 70 детей первого года жизни. Основную группу составили 44 ребенка грудного возраста с перинатальными повреждениями ЦНС. В контрольную группу вошли 26 детей с ПЭП, которым апробированный нами препарат не назначался. Мы также изучили состояние процессов ПОЛ у 20 здоровых детей.

Состояние липидной пероксидации в эритроцитах оценивали по следующим показателям: степень гемолиза эритроцитов до и

после инкубации, содержание МДА в эритроцитах, коэффициент МДА\гемолиз после инкубации, интенсивность деградации МДА в эритроцитах.

Дети с перинатальными повреждениями ЦНС родились у матерей, страдающих хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, эндокринной системы, носоглотки, почек, органов пищеварения, гениталий. Осложненное течение беременности наблюдалось у всех матерей детей с ПЭП. Все дети родились у матерей с осложненным течением родового акта. В неврологическом статусе у 42,8% детей отмечался гипертензионно-гидроцефальный синдром, синдром вегетовисцеральной дисфункции - у 38,5%, синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости - у 11,4%, синдром задержки психомоторного развития - у 7,1% детей. В отделении детям контрольной группы проводилась комплексная терапия: использовались препараты, улучшающие мозговое кровообращение (винпоцетин), пирацетам, проводили посиндромную терапию. Также проводилась коррекция расстройств, вызванных фоновыми заболеваниями.

Результаты исследований и их обсуждение. Результаты исследований показали, что у детей с перинатальными повреждениями ЦНС выявлены значительные нарушения в процессах ПОЛ, которые характеризовались как снижение, а в некоторых случаях их разбалансировку. Об этом свидетельствовали достоверное повышение содержания МДА до и после инкубации, соотношения МДА\гемолиз после инкубации, повышение гемолиза эритроцитов после инкубации, снижение процента прироста гемолиза по сравнению с данными у здоровых детей.

У детей контрольной группы на фоне общепринятого лечения гемолиз эритроцитов до и после инкубации имеет тенденцию к снижению по сравнению с данными до лечения, однако нормализации не происходит. Процент прироста гемолиза эритроцитов у детей данной группы был значительно снижен по сравнению со здоровыми детьми. Содержание МДА до и после инкубации оставались на высоких цифрах. Соотношение МДА\гемолиз после инкубации было выше, а интенсивность деградации МДА достоверно повышалась по сравнению с первоначальными данными.

Наличие изменений в процессах ПОЛ у детей с перинатальными повреждениями ЦНС диктует необходимость включения в комплекс лечения новых препаратов, действие которых более эффективно. Нами был использован оксирал. В связи с тем, что оксирал детям грудного возраста назначался нами

впервые, возникла необходимость научного обоснования применения этого препарата, подбор дозы и длительности курса лечения на основании изучения влияния на состояние ПОЛ в эритроцитах.

Для определения дозы и длительности курса лечения первоначально оксирал назначали по 7,5 мг\сут. Полная нормализация показателей у большинства детей наблюдалась в период между 7 и 10 днями. Наиболее эффективным оказалось лечение оксиралом при применении его в течении 10 дней. Для объективной оценки лечебного эффекта оксирала сравнивались результаты показателей ПОЛ с соответствующими данными у детей контрольной группы.

Гемолиз эритроцитов до инкубации у детей основной группы не отличался от данных, полученных у здоровых детей и был достоверно ниже, чем в контроле ($1,4 \pm 0,05\%$ и $1,17 \pm 0,12\%$ соответственно). Оксирал способствовал нормализации гемолиза эритроцитов после инкубации ($2,37 \pm 0,16\%$, и $2,3 \pm 0,03\%$ соответственно). Процент прироста гемолиза у детей основной группы не отличался от данных здоровых детей и был значительно выше, чем в контрольной группе (99,7% и 64% соответственно).

Содержание МДА до инкубации у детей основной группы достоверно снизилось по сравнению с исходными данными ($2,7 \pm 0,04$ нмоль\10⁶ эритроцитов, против $3,3 \pm 0,03$ нмоль\10⁶ эритроцитов). Оксирал способствовал достоверному снижению содержания МДА после инкубации до нормы, тогда как у детей контрольной группы этот показатель был значительно выше ($1,6 \pm 0,18$ нмоль\10⁶ эритроцитов и $2,0 \pm 0,17$ нмоль\10⁶ эритроцитов соответственно).

Соотношение МДА\гемолиз после инкубации при получении оксирала не отличалось от данных контрольной группы и было достоверно выше нормальных величин ($0,9 \pm 0,2$, $1,0 \pm 0,07$ и $0,5 \pm 0,1$ соответственно).

Клиническая симптоматика также имела выраженную положительную динамику: дети становились спокойными,

активными, нормализовался сон. Внутрочерепное давление на фоне применения оксирала снижалось значительно быстрее (за 7-10 дней, против 10-15 дней в контрольной группе). Пульс и дыхание становились ритмичными, стабилизировалась деятельность желудочно-кишечного тракта, дети стали прибавлять в весе. Дети стали активно интересоваться окружающим, стала проявляться тенденция к развитию моторных навыков. В целом, выраженный клинический эффект отмечался на 6-10 день терапии.

Таким образом, исследования показали, что назначение детям с перинатальными повреждениями ЦНС оксирала, наряду с нормализацией показателей ПОЛ способствует более быстрому улучшению неврологической симптоматики. Возможность коррекции оксиралом неврологических нарушений открывает перспективу реабилитации и способствует значительному сокращению процента детей с остаточными явлениями перинатальных повреждений ЦНС.

Выводы

1. У здоровых детей грудного возраста активность процессов ПОЛ имеет свои особенности и может служить контролем для диагностики нарушений и оценки эффективности лечения патологических состояний.
2. У детей с перинатальными повреждениями ЦНС процессы перекисного окисления липидов характеризуются как повышенной, так и пониженной активностью, что требует назначения корригирующей терапии.
3. Общепринятое лечение детей с ПЭП не нормализует многие показатели ПОЛ. Включение же в комплекс лечения оксирала в дозе 7,5 мг\сут в течение 10 дней способствует достижению значений, свойственных здоровым детям, большинства из этих показателей.
4. Лечение оксиралом детей, страдающих ПЭП наряду с нормализацией биохимических показателей способствует улучшению клинических параметров и сокращению длительности пребывания в стационаре

Список литературы/ Iqtiboslar / References

1. Барашнев Ю.И. Гипоксические энцефалопатии: гипотезы патогенеза церебральных расстройств и поиск методов лекарственной терапии. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 1. 2002.
2. Володин Н.Н., Медведев М.И., Рогаткин С.О. Перинатальная энцефалопатия и ее последствия – дискуссионные вопросы семиотики и терапии. Рос педиатр журн, 1, 2001.
3. Гафуров Б.Г., Болтаев Э.И. Опыт применения препарата оксирал-ретард у больных с дисциркуляторной энцефалопатией. Неврология. №2. Ташкент. 2004.
4. Еренчин Р.А., Серова Т.К., Акмурзаева А.Б. Применение оксирала у детей, страдающих церебральной патологией. Материалы конференции, посвященной 70-летию НЦПДХ. Алматы. 2004.
5. Шамсиев А.М., Шарипов Р.Х., Атакулов Д.О., Юсупов Ш.А., Шамсиев Ж.А., Суванкулов У.Т. Возрастная динамика липидной перекисидации у детей. Вестник врача общей практики. Самарканд. 2001.
6. ШАРИПОВ, Р. Х., РАСУЛОВА, Н. А., & МАХМУДОВА, З. Р. (2020). Новые горизонты, улучшающие соматический статус детей раннего возраста. ЖУРНАЛ НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, 1(2).
7. Шарипов, Р. Х. (2008). Перинатальные гипоксические неврологические синдромы (клиника, диагностика, лечение, прогноз).

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 3, НОМЕР 3

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 3, ISSUE 3

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000