

**TRHUR**

ISSN: 2181-0990  
DOI: 10.26739/2181-0990

---

**JOURNAL OF  
REPRODUCTIVE  
HEALTH AND  
URO-NEPHROLOGY  
RESEARCH**

---



TADQIQOT.UZ

SPECIAL ISSUE 2.1

**2021**



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**МАТЕРИАЛЫ  
международной научно-практической конференции**

**«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ,  
ТРАВМАТОЛОГИИ, ПЕДИАТРИИ И АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-  
РЕАНИМАТОЛОГИИ»**

**посвященной 95-летию со дня рождения доктора медицинских наук,  
профессора, заслуженного работника здравоохранения Узбекской ССР,  
заслуженного деятеля наук Республики Узбекистан,  
Махмуда Ахмедовича Ахмедова**

**(Самарканд, 28 мая 2021 г.)**

**Под ред. РИЗАЕВА Ж.А.**

Самарканд-2021

### **РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

доктор медицинских наук, профессор **Ризаев Ж.А. (отв. редактор);**  
доктор медицинских наук, профессор **Ахмедов Ю.М. (отв. редактор);**  
доктор медицинских наук **Зиядуллаев Ш.Х. (зам. отв. редактора);**  
доктор медицинских наук, доцент **Мавлянов Ф.Ш. (отв. секретарь).**

### **РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:**

**Азизов М.К. Ахмеджанов И.А., Мавлянов Ш.Х., Хаитов У.Х., Очиллов У.У.**

Актуальные вопросы детской хирургии, травматологии, педиатрии и анестезиологии-реаниматологии: материалы международной научно-практической конференции (г. Самарканд, 28 мая 2021 г.) / отв. ред. Ризаев Ж.А. - Самарканд: СамГМИ, 2021. – 322 с.

В сборнике собраны материалы, которые содержат статьи и тезисы докладов, представленные на международную научно-практическую конференцию «Актуальные вопросы детской хирургии, травматологии, педиатрии и анестезиологии-реаниматологии», посвященной 95-летию со дня рождения доктора медицинских наук, профессора, заслуженного работника здравоохранения Узбекской ССР, заслуженного деятеля наук Республики Узбекистан, Махмуд Ахмедович Ахмедова проведенной в СамГМИ 28 мая 2021г. Значительная часть материалов отражает актуальные вопросы детской хирургии, травматологии, педиатрии и анестезиологии - реаниматологии.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И  
УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

---

**РЕПРОДУКТИВ САЛОМАТЛИК ВА УРО-  
НЕФРОЛОГИК ТАДҚИҚОТЛАР ЖУРНАЛИ**

---

**JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND  
URO-NEPHROLOGY RESEARCH**

**Главный редактор Б.Б. Негмаджанов**

**Учредитель  
Самаркандский государственный  
медицинский институт**

**Ежеквартальный  
научно–практический  
журнал**

**ISSN 2181-0990  
DOI 10.26739/2181-0990**



**№ SI-2.1  
2021**

**Бош муҳаррир:**  
**Главный редактор:**  
**Chief Editor:**

**Негмаджанов Баходур Болтаевич**  
*доктор медицинских наук, профессор,  
заведующий кафедрой Акушерства  
и гинекологии №2 Самаркандского  
Государственного медицинского института  
Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of  
the Obstetrics and Gynaecology Department No.  
2 of the Samarkand State Medical Institute*

**Заместитель главного редактора:**  
**Бош муҳаррир муовини:**  
**Deputy Chief Editor:**

**Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна**  
*доктор медицинских наук, профессор  
кафедры акушерства и гинекологии  
Ташкентского Государственного  
стоматологического института  
Doctor of Medical Sciences, Professor  
Departments of Obstetrics and Gynecology  
Tashkent State Dental Institute*

**Редакционная коллегия научного журнала репродуктивного  
здоровья и уро-нефрологических исследований**  
**Editorial board of the scientific journal of Journal of reproductive  
health and uro-nephrology research**

**Луис Альфондо де ла Фуэнте Эрнандес-**  
*профессор, член Европейского общества  
репродукции человека и эмбриологии (Prof.  
Medical Director of the Instituto Europeo de  
Fertilidad. Madrid (Spain)*

**Ramašauskaitė Diana** – профессор,  
*руководитель Вильнюсского центра  
перинатологии, профессор и руководитель  
клиники акушерства и гинекологии  
при институте клинической медицины  
Вильнюсского университета (Prof. Clinic of  
Obstetrics and Gynecology Vilnius University  
Faculty of Medicine, Latvia)*

**Аюпова Фариди Мирзаевна-** доктор  
*медицинских наук, профессор, заведующая  
кафедрой Акушерства и гинекологии №1  
Ташкентской медицинской академии.*

**Зокирова Нодира Исламовна-**  
*доктор медицинских наук, профессор  
кафедры акушерства и гинекологии  
№1, Самаркандского Государственного  
медицинского института*

**Кадыров Зиёратишо Абдуллоевич** –  
*доктор медицинских наук, профессор  
заведующий кафедрой Эндоскопической  
урологии факультета непрерывного  
медицинского образования медицинского  
института РУДН.*

**Негматуллаева Мастура Нуруллаевна**  
– доктор медицинских наук, профессор  
*кафедры акушерства и гинекологии №2,  
Бухарского медицинского института.*

**Окулов Алексей Борисович** - доктор  
*медицинских наук., профессор кафедры  
медицинской репродуктологии и хирургии  
Московского государственного медико-  
стоматологического университета.*

**Махмудова Севара Эркиновна-**  
*ассистент кафедры Акушерства и  
гинекологии факультета последипломного  
образования Самаркандского  
Государственного медицинского института  
(ответственный секретарь)*

<b>Ризаев Ж.А., Эшкobilов Т.Ж.</b> СЛОВО О ВЕЛИКОМ УЧИТЕЛЕ .....	17
<b>Абдуллаева М.Н., Бобоева Н.Т., Мирмухаммедова А.Х.</b> ПРОЛОНГИРОВАННАЯ НЕОАНАТАЛЬНАЯ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СТАТУС .....	19
<b>Акбаров Н.А., Юлдашев М.А.</b> ОДНОМОМЕНТНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДВУСТОРОННЕМ НЕФРОЛИТИАЗЕ У ДЕТЕЙ .....	21
<b>Ахмедов Б.С., Ибрагимов Д.Д., Гаффаров У.Б.</b> ПРИМЕНЕНИЕ БАКТЕЗИМА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ .....	24
<b>Ахмедова М.М., Ахмедов Ю.М.</b> ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПРИ НЕФРОПАТИИ И МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ.....	26
<b>Бобоева Н.Т., Файзуллаева Х.Б., Умаров А.У.</b> ПУТИ РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС СИНДРОМОМ .....	29
<b>Гаффаров У.Б., Ибрагимов Д.Д., Ахмедов Б.С.</b> ПРИМЕНЕНИЕ СОРБЦИОННО-АПЛИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАЗЛИТЫХ ФЛЕГМОНАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ .....	33
<b>Дильмурадова К. Р.</b> ИСХОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНСУЛЬТА У НОВОРОЖДЕННЫХ.....	37
<b>Досмухаммедова Л.В., Хагуров Р.А., Эргашев Б.Б., Мухтаров Ж.У., Идрис Л.Я.</b> СКЛЕРОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЛИМФАТИЧЕСКИХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ.....	41
<b>Досмухаммедова Л.В., Хагуров Р.А., Эргашев Б.Б., Мухтаров Ж.У.</b> ТРАНСКУТАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ.....	44
<b>Жониев С. Ш., Шарипов И.Л.</b> ИНТЕРПРЕТАЦИЯ И ОЦЕНКА МЕТОДОВ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	47
<b>Ибатова Ш.М., Исламова Д.С.</b> НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ПРЕДМЕТА ПРОПЕДЕВТИКИ ПЕДИАТРИИ ИНОСТРАННЫМ СТУДЕНТАМ .....	50
<b>Ибрагимов С.Ю., Каюмов Ш.Х., Ишанкулов Ш.З., Кувватов Д.Х., Каюмов Р.Ш.</b> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РОТАЦИОННОЙ ОСТЕОТОМИИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ .....	52
<b>Касымжанов А. Н, Бектасов Ж.К, Ангелов А. В, Ахмурзаев М. Ж, Лепесбаев Б.Т.</b> ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ.....	55
<b>Косимхожиев М. И., Халилов К. А.</b> ПРИМЕНЕНИЕ БЛОКИРУЮЩЕГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРЕННЫХ КОСТЕЙ В АНДИЖАНСКОМ ОБЛАСТНОМ МНОГОПРОФИЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ .....	59
<b>Косимхожиев М.И., Халилов К.А.</b> ОСТЕОСИНТЕЗ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА .....	62
<b>Мавлянов Ф. Ш., Мавлянов Ш. Х.</b> КРИТЕРИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ОБСТРУКЦИИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ .....	64
<b>Махмудова С.Э., Негмаджанов Б.Б.</b> ПЛАЦЕНТАРНЫЙ ФАКТОР РОСТА И SFLT-1(ФМС-ПОДОБНАЯ ТИРОЗИНКИНАЗА) КАК ПРЕДИКТОР ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ БЕРЕМЕННОСТИ .....	68

<b>Насирова З.А., Агабабян Л.Р.</b> ВЛИЯНИЕ ВНУТРИМАТОЧНОГО КОНТРАЦЕПТИВА НА МИКРОФЛОРУ ВЛАГАЛИША У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ .....	74
<b>Питиримова А.С., Шамитова Е.Н.</b> РАЗРАБОТКА ЭКСПРЕСС-МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ ПРЕРЫВАЦИОННОЙ ИНТРАКОРОНАЛЬНОЙ РЕЗОРБЦИИ НА ОСНОВЕ БИОМЕРКЕРОВ КАРИЕСА .....	80
<b>Раббимова Д.Т., Бакиров А.А. Карабаев С.А. Юсупов Ф.Т.</b> ВЫЯВЛЕНИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА ПРИ СЕПСИСЕ У МЛАДЕНЦЕВ МЕТОДОМ ГАЗОЖИДКОСТНОЙ ХРОМАТОГРАФИИ .....	84
<b>Расулов А.С., Ахмедова М.М., Расулова Н.А.</b> ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЗГА У ДЕТЕЙ .....	88
<b>Рахмонов Д. Б., Азизов М. К., Хамраев А. Ж.</b> ТРУДНОСТИ ПОВТОРНЫХ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕННЫХ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ .....	90
<b>Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Усманов Х.С.</b> НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАДИЦИОННЫХ И ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ЭХИНОКОККЭКТОМИЙ ЛЕГКОГО У ДЕТЕЙ .....	94
<b>Сагтаров Ж.Б., Ибрагимов А.В.</b> ВРОЖДЕННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У ДЕТЕЙ КАК ОДИН ИЗ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ КИШЕЧНИКА .....	98
<b>Сирожиддинова Х. Н, Абдуллаева М. Н.2</b> КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ И ЭПИЗОДИЧЕСКИ БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ .....	102
<b>Сирожиддинова Х.Н, Абдуллаева М.Н.</b> ДИНАМИКА ИММУНИТЕТА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ПРИ ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВОВ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ .....	105
<b>Сульженко М. Ю.</b> ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ В ПРЕД- И ПОСТОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ .....	109
<b>Углонов И.М., Оллабергенев О.Т.</b> ВЫБОР ТАКТИКИ И МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГОЧНО-ПЛЕВРАЛЬНЫХ ФОРМ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ .....	111
<b>Уралбоев И.Э., Ахмедов Ю. М., Мамутова Э.С.</b> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ (КДГК) У ДЕТЕЙ КОМПРЕССИОННЫМИ МЕТОДАМИ .....	115
<b>Уралов Ш.М., Халиков К.М., Жураев Ш.А.</b> СОСТОЯНИЕ ГЛЮКОНЕОГЕННОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ, НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УГЛЕВОДНОГО И АЗОТИСТОГО ОБМЕНА У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ. ....	120
<b>Хуррамов Ф.М., Эргашев Н.Ш.</b> РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ .....	122
<b>Шавази Н.М., Ибрагимова М.Ф., Закирова Б.И., Лим М.В., Атаева М.С.</b> АКТУАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ С АТИПИЧНОЙ ЭТИОЛОГИЕЙ У ДЕТЕЙ .....	125
<b>Шамсиев А.М., Юсупов Ш.А., Шамсиев Ж.А., Атакулов Ж.О.</b> КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОЗОНА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ .....	128

<b>Шарипов И.Л., Жониев С.Ш. Акрамов Б.Р.</b> ОЦЕНКА МЕТОДОВ ЭКСТРОКОРПОРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ У ДЕТЕЙ С ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ .....	131
<b>Шарипов Р.Х., Расулова Н.А., Ирбутаева Л.Т.</b> ТЕРАПИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА .....	134
<b>Элмуратов Ш.Х., Абдусаматов Б.З., Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш., Азизов Ш.Ф.</b> ЭНДОВИЗУАЛЬНЫЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТАХ ЛЕГКОГО И ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ.....	136
<b>Эргашев А.Х., Юлдашев Б.А.</b> ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТАХ У ДЕТЕЙ .....	139
<b>Расулов Ш.М., Матякубов М.Б.</b> ЭНТЕРОБИОЗ ВА ГИМЕНОЛЕПИДОЗНИНГ СОЛИШТИРМА ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ .....	141
<b>Agababyan L.R., Makhmudova S.E.</b> MATERNAL DISEASES AND RISK OF HYPERTENSIVE DISORDERS OF PREGNANCY ACROSS GESTATIONAL AGE GROUPS .....	144
<b>Ganiev A.G., Gafurova Sh.M., Sanakulov A.B.</b> ROLE OF THE PEDIATRIC DOCTOR IN THE PRIMARY LINK MEDICAL SUPPORT .....	148
<b>Gafurov A.A., Ganiev A.G. Sanakulov A.B.</b> THE QUESTION OF ACCESSIBILITY OF AMBULATORY AND POLYCLINICAL SUPPORT FOR CHILDREN .....	151
<b>Baratov F.T., Chuliev M.S., O'glonov I.M.</b> BOLALARDA O'TKIR GEMATOGEN OSTEOMIELITNI TASHXISLASH VA DAVOLASH TAMOYILI.....	154
<b>Абдурахмонов И.Р., Бегнаева М.У.</b> БОЛАЛАРДА ИЧАКДАГИ ДИСБИОТИК ЎЗГАРИШЛАРИДА ЛИМФОАДЕНОИД ТЎҚИМАСИНИНГ ЗАРАРЛАНИШИ ВА УНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ .....	157
<b>Бобоева Н.Т., Собирова Д.С.</b> МИЛЛАТИМ РАВНАКИ ДАВЛАТИМ ТАРАККИЁТИ.....	162
<b>Ишкабулова Г.Дж. Холмуродова З.Э. Раджабова С.О.</b> БОЛАЛАРДА ДИЗМЕТАБОЛИК НЕФРОПАТИЯЛАРДА (УРАТУРИЯ) БУЙРАКЛАРНИНГ ФУНКЦИОНАЛ ЗАХИРА ҲОЛАТИНИНГ ЎЗГАРИШИ .....	164
<b>Абдуллаев С.А., Джалолов Д.А.</b> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	167
<b>Абдусаматов Б.З., Абдурахманов А.А., Вахидов А.Ш., Умаров К.М., Файзиева Ш.М.</b> РЕЗУЛЬТАТЫ ЗАКРЫТИЯ ЭНТЕРОСТОМЫ ПРИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ .....	168
<b>Абдусаматов Б.З., Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш., Оллоназаров Ж.О.</b> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ.....	169
<b>Абдусаматов Б.З., Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш.</b> РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВИЗУАЛЬНЫХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ У ДЕТЕЙ .....	170
<b>Азизов М.К., Курбонов Д.Д, Ибрагимов К.Н., Джуракулов Ж.Д.</b> ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ У ДЕТЕЙ.....	171
<b>Азизов М.К., Курбонов Д.Д, Ибрагимов К.Н., Джуракулов Ж.Д.</b> МИНИИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ У ДЕТЕЙ.....	172
<b>Азизов М.К., Мавлянов Ф.Ш., Мавлянов Ш.Х., Баратов У</b> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВР ОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.....	173



## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Азизов М.К., Курбонов Д.Д., Хушбаков Х.М., Азизова З.М.</b> РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА.....	174
<b>Акалаев Р.Н., Ахмедова М.А., Арипходжаева Г.З., Эгамбердиев С.Б.</b> РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ГЕРПЕС АССОЦИИРОВАННЫХ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ.....	175
<b>Акалаев Р.Н., Стопницкий А.А., Акалаева А.А., Хонбабаева Р.Х., Хожиев Х.Ш.</b> СУИЦИДАЛЬНАЯ ПОПЫТКА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КАК СПОСОБ ПРИВЛЕЧЕНИЯ ВНИМАНИЯ .....	176
<b>Акбаров Н.А., Курбонов А. К.</b> ЛЕЧЕНИЕ ПАРАПРОКТИТА У НОВОРОЖДЁННЫХ С ПРЕМОРБИДНЫМ ФОНОМ .....	177
<b>Акбарова Р.М.</b> ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ .....	178
<b>Акмоллаев Д.С., Хамраев А.Ж., Притуло Л.Ф., Баснаев У.И.</b> ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ .....	179
<b>Акмоллаев Д.С., Хамраев А.Ж., Притуло Л.Ф., Баснаев У.И., Умерова А.Д.</b> ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С ДИВЕРТИКУЛОМ МЕККЕЛЯ .....	180
<b>Акмоллаев Д.С., Эргашев Н.Ш., Олейник А.В., Баснаев У.И., Акмоллаев Э.С.</b> ПЕПТИЧЕСКАЯ ЯЗВА ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ .....	181
<b>Аллазов С.А., Гафаров Р.Р., Мансуров У.М., Эшбеков М.А., Искандаров Ю.Н., Муминов С.Р.</b> ПРОФИЛАКТИКА И ИНТЕНСИВНО-РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ПОЧЕЧНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПОСЛЕ АДЕНОМЭКТОМИИ .....	182
<b>Аллазов С.А., Маманазаров Д.М., Батиров Б.А., Гафаров Р.Р., Аллазов Х.С.</b> БОЛЕЗНЬ ФУРНЬЕ: АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ.....	183
<b>Аллазов С.А., Мансуров У.М., Муродова Р.Р., Кодиров С.К., Искандаров Ю.Н., Негматов К.Н.</b> ГЕМОСТАЗ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИОННЫХ РАН НАСТОЕМ И НАСТОЙКОЙ ЛАГОХИЛИСА .....	184
<b>Аллазов С.А., Турсунов О.Б., Хамроев Г.А., Хамраев Б.О., Тухтаев Ф.М., Маманазаров Д.М.</b> ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ВАРИКОЦЕЛЕ .....	185
<b>Аллазов Х.С.</b> ОПТИМИЗАЦИЯ ДРЕНИРУЮЩИХ ПАЛЛИАТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ НЕОБРАТИМЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЧЕИСПУСКАНИЯ.....	186
<b>Атаева М. С, Шавази Н. М, Лим М. В, Ибрагимова М. Ф, Давурова Л. Ш.</b> КЛИНИКА СИНДРОМА КРУПА НА ФОНЕ АТОПИИ У ДЕТЕЙ .....	187
<b>Ахмеджанова Н.И., Ахмеджанов И.А., Юлдашев Б.А., Даминова М.Х.</b> ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОМ НЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ .....	188
<b>Ахмеджанов И.А., Ахмеджанова Н.И., Юлдашев Б.А., Ахматова Ю.А.</b> ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОМ НЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ .....	189
<b>Ахмедов Ю. М. Хушбаков Х.М. Мирмадиев М. Ш. Ахмедов И. Ю.</b> ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ.....	191
<b>Ахмедов Ю.М., Улугмуратов А.А., Хайитов У.Х.</b> БОЛАЛАРДА ЁН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАКНИНГ ИЗОЛИРЛАНГАН ШИКАСТЛАНИШЛАРИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ.....	192

<b>Ахмедов Ю.М., Хайитов У.Х., Ахмедова Д. Ю., Бегнаева М.У.</b> ДИАГНОСТИКИЕ МАРКЕРЫ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ .....	193
<b>Ахмедова М.М., Шарипов Р.Х., Расулова Н.А., Ирбутаева Л.Т.</b> РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ И МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ.....	194
<b>Баязитов Р.Р., Гурская А.С., Дьяконова Е.Ю, Наковкин О.Н., Сулавко М.А., Хагуров Р.А., Александров А.В., Рыбченко В.В., Шумихин В.С., Петрова Л.В.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СИРОЛИМУСА В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ КАЗАБАХ-МЕРРИТТ.....	195
<b>Давлатова И. Р.</b> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У ДЕТЕЙ.....	196
<b>Даминова М.Х., Ахмеджанов И.А., Ахмеджанова Н.И., Сайфиев Х.Х.</b> ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУНИТЕТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ. ....	197
<b>Джумабоев Ж.У., Мирзакаримов Б.Х.</b> К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНЫХ ПРИЧИНАХ РЕЦИДИВА ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ. ....	198
<b>Дусалиев Ф.М., Якубов Э.А., Кодиров А.А., Сафаралиев Ж.С.</b> ОТЛИЧИЕ РЕКТОПРОМЕЖНОСТНЫХ СВИЩЕЙ ОТ ЭКТОПИИ АНУСА У ДЕТЕЙ.....	199
<b>Жониев С.Ш., Пардаев Ш.К., Ражабов Ё</b> ОПРЕДЕЛЕНИЕ АДЕКВАТНОСТИ ПРЕМЕДИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	200
<b>Жониев С.Ш., Юсупов Ж.Т., Акрамов Б.Р., Бобоев Ф.А.</b> УЛУЧШЕНИЕ АНТИСТРЕССОВОЙ ЗАЩИТЫ ОРГАНИЗМА ПРИ СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ.....	201
<b>Ибодов Х.И, Рофиев Р.Р, Давлатов А.Р., Яхшибекова Ш.Дж.</b> МЕТОД СФИНКТРОМЕТРИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НЕДОСТАТОЧНОСТЯМИ МЫШЦ СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ .....	202
<b>Ибодов Х.И., Рофиев Р.Р., Яхшибекова Ш.Дж., Давлатов А.Р.</b> УСТРОЙСТВО ДЛЯ РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ.....	204
<b>Ибрагимов А.В.</b> ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ ВЫСОКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ .....	206
<b>Ибрагимов А.В.</b> ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ НИЗКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ .....	207
<b>Ибрагимов К.Н., Азизов М.К., Ахмедов Ю.М., Курбонов Д.Д.</b> ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ. ....	208
<b>Ибрагимов К.Н., Азизов М.К., Ахмедов Ю.М., Курбонов Д.Д.</b> МАЛОИНВАЗИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ.....	209
<b>Имомалиев М.Ш., Баратов У.М.</b> ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ПИЛОРОСТЕНОЗА У ДЕТЕЙ.....	210
<b>Ишанкулова Д</b> БРОНХИАЛ АСТМА БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРАЛНИ ИНТЕГРИРЛАШГАН УСУЛДА ОЛИБ БОРИШ НАТИЖАЛАРИ.....	212

<b>Карджавова Г. А., Лим М. В., Гайбуллаев Ж. Ш., Очилова Б. С.</b> КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С МИОКАРДИТАМИ.....	213
<b>Кочетов В.Е., Магруппов Б.А.</b> ЗНАЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ИММУНОДЕФИЦИТА В СТРУКТУРЕ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ .....	214
<b>Лим М. В., Шавази Н. М., Лим В. И., Ибрагимова М. Ф., Давурова Л. Ш.</b> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГАЛЯЦИОННЫХ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ.....	215
<b>Мавлянов Ф.Ш., Мавлянов Ш.Х., Улугмуратов А.А.</b> ПРИЧИНЫ ПРИОБРЕТЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ.....	216
<b>Маматов Б.Ю., Муминов Б.Э., Абдуллаев А.С., Эргашев Х.М., Хасанов К.У.</b> МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ГИПОТОНИИ .....	217
<b>Маматов Б.Ю., Муминов Б.Э., Собиров М.С., Абдуллаев А.С. Эргашев Х.М., Озодбеков Ю.Ш.</b> ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ НЕДЫХАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ШОКА .....	218
<b>Маматов Б.Ю., Муминов Б.Э., Собиров М.С., Абдуллаев А.С. Эргашев Х.М., Озодбеков Ю.Ш.</b> ПРОГНОЗ РАЗВИТИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ .....	219
<b>Маматов Б.Ю., Муминов Б.Э., Собиров М.С., .....</b> <b>Абдуллаев А.С. Эргашев Х.М., Озодбеков Ю.Ш.</b> ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ГИПЕРНАТРИЕМИЧЕСКОГО ГИПЕРОСМОЛЯРНОГО СИНДРОМА НА ИСХОД ТЯЖЕЛОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА .....	220
<b>Мансуров Т.Т., Рузиев П.Н.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.....	222
<b>Мирзакаримов Б.Х., Кетмонов А.Г. Жумабоев И.Ж.</b> ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ .....	223
<b>Мирзакаримов Б.Х., Юлдашев М.А. Жумабоев И.Ж.</b> ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ КОРРИГИРУЮЩЕЙ ТОРАКОПЛАСТИКЕ У ДЕТЕЙ.....	224
<b>Муминов Б.Э., Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Абдуллаев А.С., Эргашев Х.М., Махсудов А.Т.</b> ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ В ОНКОАБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ: СРАВНЕНИЕ ВАРИАНТОВ .....	225
<b>Мурадова Р.Р., Хайдаров М.М., Хакимов Э.А., Карабаев Х.К., Абдихалилов М.Э.</b> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВОГО СЕПСИСА У ДЕТЕЙ.....	226
<b>Мурадова Р.Р., Хайдаров М.М., Хакимов Э.А., Карабаев Х.К., Абдихалилов М.Э.</b> РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОЖОГОВОГО СЕПСИСА У ДЕТЕЙ.....	227
<b>Мурадова Р.Р., Хайдаров М.М., Хакимов Э.А., Карабаев Х.К., Абдихалилов М.Э.</b> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВОГО ШОКА У ДЕТЕЙ.....	229
<b>Отamuraдов Ф.А., Эргашев Н.Ш.</b> НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И АНТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕДКИХ РЕГИОНАЛЬНЫХ ФОРМ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ.....	230
<b>Питиримова А.С., Шамитова Е.Н.</b> РАЗРАБОТКА ЭКСПРЕСС-МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ ПРЕРЫВАЦИОННОЙ ИНТРАКОРОНАЛЬНОЙ РЕЗОРБЦИИ НА ОСНОВЕ БИОМЕРКЕРОВ КАРИЕСА .....	231

<b>Раббимова Д.Т., Юсупов Ф.Т.</b> ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СВОЙСТВ ЛЕЙКОЦИТОВ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СЕПСИСА У МЛАДЕНЦЕВ .....	232
<b>Раджабова С.О. Холмурадова З.Э. Ишкабулова Г.Д., Г.Д.Ишкабулова</b> ИЗМЕНЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ПОЧЕК ПРИ ДЗМН .....	233
<b>Расулов А.С., Расулова Н.А., Ахмедова М.М.</b> ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ И TORCH ИНФЕКЦИЙ. ....	234
<b>Раупов Ф.С., Нуриддинов С.С.</b> НЕКОТОРЫЕ МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РЕЗЕКЦИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ .....	235
<b>Рахимов А.У., Азизов М.К.</b> К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЗАРАФШАНСКОЙ ДОЛИНЕ. ....	236
<b>Рахматуллаев А.А, Алиев М. М, Рузиев М. Ю, Эргашев М. Т.</b> ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ УРЕТЕРОПЛАСТИКА ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ МЕГАУРЕТЕР У ДЕТЕЙ.....	238
<b>Рахматуллаев А.А, Рузиев М.Ю, Олимов Ш.О.</b> ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОНТАКТНАЯ ЛАЗЕРНАЯ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИЯ У ДЕТЕЙ.....	239
<b>Рахматуллаев А.А., Хуррамов Ф.М.</b> ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЛЁГКИХ У ДЕТЕЙ.....	240
<b>Саёра О.Р., Ишкабулова Г.Дж.</b> ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ И МЕМБРАНОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ РОЖДЁННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ОПГ- ГЕСТОЗОМ. ....	241
<b>Саидов М.М.</b> ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ДИСПЛАЗИИ ПУЗЫРНОГО СЕГМЕНТА МОЧЕТОЧНИКОВ У ДЕТЕЙ.....	242
<b>Сайфиев Х.Х., Ахмеджанова Н.И., Даминова М.Х</b> ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОМ НЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ.....	243
<b>Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Вахидов А.Ш., Эргашев М.Р., Пирназаров И.П.</b> ОСТРАЯ ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ .....	244
<b>Салимов Ш.Т., Усманов Х.С.</b> ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ДОСТУПЫ ПРИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ЭХИНОКОККЭКТОМИЯХ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ .....	245
<b>Сафаров А.С., Корохонов А.Т., Бокиев Ф.Ш.</b> ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТА, ОБУСЛОВЛЕННОГО ДИВЕРТИКУЛИТОМ МЕККЕЛЕВ У ДЕТЕЙ .....	247
<b>Собиров М.С., Маматов Б.Ю., Муминов Б.Э.,</b> <b>Абдуллаев А.С., Эргашев Х.М., Махсудов А.Т.</b> СТАНДАРТЫ ПИТАНИЯ У РЕАНИМАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ .....	248
<b>Собиров М.С., Маматов Б.Ю., Муминов Б.Э.,</b> <b>Абдуллаев А.С., Эргашев Х.М., Хасанов К.У.</b> ДИАГНОСТИКА ТЯЖЕСТИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ПАНКРЕАТИТА НА ОСНОВЕ АКТИВНОСТИ МИЕЛОПЕРОКСИДАЗЫ .....	249
<b>Собиров М.С., Маматов Б.Ю., Муминов Б.Э., Абдуллаев А.С., Эргашев Х.М</b> ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ВАЗОДИЛАТАТОРОВ МАЛОГО КРУГА ПРИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА .....	251
<b>Содиков Н.О., Темиров Ф.Н.</b> ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРОВ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ.....	253

<b>Тиллабоев С.В.</b> АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ, ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ.....	254
<b>Тиллабоев С.В.</b> ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СИНДРОМЕ (БОЛЕЗНИ) ПАЙРА У ДЕТЕЙ .....	255
<b>Умаркулова Г.С., Халимий П.Ш., Нарзуллаева Ф.Ф.</b> КАРДИОМЕТРИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РЕНОКАРДИАЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ .....	256
<b>Улугмуратов А.А., Узаков Б.М., Улугмуратов Ф.А.</b> ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ.....	257
<b>Улугмуратов А.А., Шодмонов У.Ж., Улугмуратов Ф.А.</b> ЛЕВОСТОРОННОЕ ЛОБЭКТОМИЯ ПОВРЕЖДЕННОЙ ПЕЧЕНИ У РЕБЕНКА. (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ) .....	258
<b>Улугмуратов А.А., Маматов С.О., Нормуродов Д.К., Улугмуратов Ф.А.</b> ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ БОЛИ В ЖИВОТЕ У ДЕТЕЙ .....	259
<b>Уралбоев И.Э., Ахмедов Ю.М., Мамутова Э.С.</b> ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДИКИКОРРЕКЦИИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ (ВДГК)У ДЕТЕЙ.....	260
<b>Уринбаев П.У., Эранов Ш.Н.,Мадаминов А.А., Эранов Б.Н.</b> РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫВИХОВ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ.....	261
<b>Усаров А.М., Холова Н.Р.</b> АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА .....	262
<b>Хагуров Р.А., Александров А.В., Рыбченко В.В., Баязитов Р.Р., Гурская А.С., Дьяконова Е.Ю., Наковкин О.Н., Сулавко М.А.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СИРОЛИМУСА В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С СОСУДИСТЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ .....	263
<b>Хайдаров М.М., Мурадова Р.Р, Хакимов Э.А., Карабаев Х.К., Абдихалилов М.Э.</b> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ОЖОГОВОГО ШОКА У ДЕТЕЙ.....	264
<b>Хайдаров М.М., Мурадова Р.Р., Хакимов Э.А., Карабаев Х.К., Абдихалилов М.Э.</b> АНЕМИЯ У ОБОЖЖЕННЫХ ДЕТЕЙ.....	266
<b>Хайитов У.Х., Ахмедов Ю.М., Бегнаева М.У.</b> УЛЬТРАЗВУКА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЛЕГОЧНО-ПЛЕВРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ.....	267
<b>Хайитов У.Х., Бегнаева М.У., Ахмедов И.Ю.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ СИНДРОМЕ ОСТРОГО ЖИВОТА У ДЕТЕЙ.....	268
<b>Хайитов У.Х., Бегнаева М.У., Ахмедов И.Ю.</b> ОСОБЕННОСТИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ГНОЙНО – ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ.....	269
<b>Хайитов У.Х., Бегнаева М.У.</b> РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ В ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ .....	270
<b>Хамраев А.Ж., Жураев Ш.Ш.</b> ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОЯ У ДЕТЕЙ.....	271
<b>Хотамов Х.Н., Нарзуллаева М.Х.</b> ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КОЖНО-УРЕТРАЛЬНЫЕ СВИЦИ ПРИ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ.....	272

<b>Худояров А. С.</b> ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ .....	274
<b>Чепурной М.Г., Чепурной Г.И., Кацупеев В.Б., Чилибийский Я.И.</b> УСОВЕРШЕНСТВОВАННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО УСТРАНЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ .....	275
<b>Шавази Н. М, Ибрагимова М. Ф, Гайбуллаев Ж. Ш, Алланазаров А. Б.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГАЛАВИТА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ.....	276
<b>Шамсиев Ж.А., Атакулов Д.О., Махмудов З.М., Данияров Э.С., Курбанов С.Х.</b> АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТелУХА, ГОРЛА И НОСА У ДЕТЕЙ.....	277
<b>Шамсиев Ж.А., Ибрахимов Ш.Х., Бабаяров К.Р., Махмудов З.М., Атакулов Д.О.</b> ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ СРЕДИННЫХ И БОКОВЫХ КИСТ И СВИЩЕЙ ШЕИ.....	278
<b>Шамсиев Ж.А., Махмудов З.М., Байжигитов Н.И., Данияров Э.С., Атакулов Д.О.</b> ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ЭПИФИЗАРНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА .....	279
<b>Шамсиев Ж.А., Рузиев Ж.А., Исаков А.М., Данияров Э.С., Бабаяров К.Р</b> ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНОРОДНЫХ Тел ТРАХЕИ И БРОНХОВ У ДЕТЕЙ .....	280
<b>Шамсиев Ж.А., Шамсиев А.М., Исаков А.М., Рузиев Ж. А., Авезова Н. Ш., Шавдирова Г.М.</b> АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ .....	281
<b>Шамсиев Ж.А., Шамсиев А.М., Пулотов П.А., Юсупов Ш.А., Данияров Э.С.</b> ЗНАЧЕНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНА-1 $\beta$ И ИНТЕРЛЕЙКИНА-18 В РАЗВИТИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ .....	282
<b>Шамсиев Ж.А., Шамсиев А.М., Тогаев И.У., Исаков А.М., Махмудов З.М.</b> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ КОНТРАКТУР ПАЛЬЦЕВ КИСТИ У ДЕТЕЙ .....	283
<b>Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Муталибов А.И., Данияров Э.С., Исаков А.М.</b> ОПЫТ КЛИНИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ.....	284
<b>Шарипов Р.Х., Расулова Н.А., Ирбутаева Л.Т.</b> МАКРОЛИДЫ В ЛЕЧЕНИИ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ.....	285
<b>Эранов Н. Ф, Эранов Ш.Н, Нарзикулов М. Д, Нуралиев А.М.</b> КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОХОНДРОПАТИИ ГОЛОВКИ БЕДРА У ДЕТЕЙ.....	286
<b>Эргашев А.Х., Юлдашев Б.А.</b> ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО КАРДИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	287
<b>Эргашев А.Х., Юлдашев Б.А.</b> СЕЗОННАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ ПАРЦИАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПОЧЕК И СОСТАВА МОЧИ У ДЕТЕЙ С УРАТНОЙ НЕФРОПАТИЕЙ.....	288
<b>Эргашев Н.Ш., Рахматуллаев А.А., Султанов Х.Х., Норов М.М., Хуррамов Ф.М., Абдукаххарова Р.</b> РЕЗУЛЬТАТЫ КОЛОЭЗОФАГОПЛАСТИКИ И ГАСТРОЭЗОФАГОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ.....	289
<b>Эргашев Н.Ш., Рахматуллаев А.А., Султанов Х.Х., Норов М.М., Хуррамов Ф.М., Абдукаххарова Р.</b> РЕЗУЛЬТАТЫ КОЛОЭЗОФАГОПЛАСТИКИ И ГАСТРОЭЗОФАГОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ.....	290

<b>Эшкobilов Т.Ж., Жуманов З.Э., Эшкobilова С.Т.</b> АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ .....	291
<b>Якубов Э.А., Эргашев Б.С., Собиров Х.А., Норов М.М.</b> ЗНАЧЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ХОЛАНГИОГРАФИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ КИСТ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ .....	292
<b>Янгиев Б. А., Мансуров Т. Т.</b> ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ .....	293
<b>Abdieva Sh. K.</b> VAGINAL MIKROBIOSENOZ HOLATINI NORMALLASHTIRISH ICHKI JINSIY ORGANLARNING PROLAPSASI BO'YICHA VAGINAL OPERATSIYALARDAN KEYIN YUQUMLI VA YALLIG'LANISH ASORATLARINI OLDINI OLISH UCHUN .....	294
<b>Abdukarimov A. U.</b> KESAR KESISHDAN KEYINGI BACHADON CHANDIG'IDA YULDOSH O'SIB KIRISHNINNG OLIBBORISH TAKTIKASI .....	295
<b>Allazov S.A., Allazov Kh.S., Gafarov R.R., Umarov A.U., Yusupov Dj.F.</b> APPLICATION OF ENDOUROLOGICAL TECHNIQUES IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF UROLITHIASIS IN EMERGENCY SITUATIONS .....	296
<b>Allazov S.A., Gafarov R.R., Allazov Kh.S., Batirov B.A., Bahtiyorov M.M.</b> COMPARATIVE FEATURES OF UROLITHIASIS IN CHILDREN AND ADULTS .....	297
<b>Burxonova Sh. I., Abdieva Sh.K.</b> SHOSHILINCH AKUSHERLIK XOLATLARIDA KO'NDALANG VA BO'YLAMA ABDOMINAL KESMANI QIYOSIY BAXOLASH .....	298
<b>Islamov T. S., Akhmedzhanova N. I., Akhmedzhanov I. A.</b> THE CONDITION OF PARTIAL RENAL FUNCTION IN ACUTE GLOMERULONEPHRITIS IN CHILDREN .....	299
<b>Kassymzhanov A. N., Poshan N. A.</b> PATHOGENETIC JUSTIFICATION IN TREATMENT OF THE TRANSCONDYLAR FRACTURES OF CHILDREN'S HUMERAL BONE .....	300
<b>Usmonova Z. M., Muxiddinova D. N.</b> COVID-19 BILAN KASALLANGAN AYOLLARDA HOMILADORLIK VA TUG'RUQ KECHISHINING XUSUSIYATLARI .....	302
<b>Абдуллаев С.А., Джалолов Д.А., Норбоев Х.О.</b> ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРДАГИ ЙИРИНГЛИ-НЕКРОТИК ЯРАЛАРНИ МАҲАЛЛИЙ ДАВОЛАШ ТАКТИКАЛАРИ .....	303
<b>Қаландаров Д.Ў.</b> ТИЗЗА ҚОПҚОҒИНИНГ ПОСТТРАВМАТИК ЛАТЕРАЛ НОСТАБИЛЛИГИНИ АРТРОСКОПИЯ УСУЛИ ЁРДАМИДА СТАБИЛИЗАЦИЯ ҚИЛИШ .....	304
<b>Кетмонов А.Г., Абдурахимов С.О.</b> БОЛАЛАРДА КУЙГАНДАН КЕЙИНГИ ЕЛКА ВА ТИРСАК БЎҒИМИ КОНТРАКТУРАЛАРИНИ ЭРКИН БУТ ТЕРИ ЁРДАМИДА БАРТАРАФ ЭТИШНИНГ АФЗАЛЛИКЛАРИ .....	305
<b>Кубаев А.Э., Алиев Д. Д.</b> ҚИЗИЛ МИЯ ЎСИМЛИГИНИНГ ДОРИВОРЛИК ХУСУСИЯТЛАРИ .....	306
<b>Мавлонов Ф.Ш., Улугмуратов А.А., Улугмуратов Ф.А.</b> КОРИН БУШЛИГИ ПАРЕНХЕМАТОЗ АЪЗОЛАРИНИ ЖАРОХАТЛАНИШЛАРИДА ОПЕРАЦИЯДАН СУНГИ ДАВОЛАШДА НУТРИТИВ ОЗИКЛАНИШНИ АФЗАЛЛИКЛАРИ .....	308
<b>Набиева Ш. М., Сирожиддинова Х. Н.</b> ТУҒМА НУҚСОНЛАР ВА ИРСИЙ КАСАЛЛИКЛАРНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРА- ТАДБИРЛАРИ .....	309

<b>Ортиқбоева Н.Т., Абдухалик-заде Г.А.</b> ҲОМИЛА ИЧИ ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ҲОМИЛА ИММУНОЛОГИК ҲИМОЯСИГА ТАЪСИРИ.....	310
<b>Туксонбоев Н. Х., Азизов А.М.</b> ОЗИКЛАНТИРУВЧИ, ИЗОЛЯЦИОН ПЛАСТИНКАЛАРНИ ТАНГЛАЙ ТУГМА НУКСОНЛИ ЧАКАЛОКЛАРДА КУЛЛАШ. ....	311
<b>Туксонбоев Н. Х.</b> БУРУН КАНОТИНИ ШАКЛЛАНТИРУВЧИ НАЗОАЛЬВЕОЛЯР МОЛДИНГНИ (НАМ) ЮКОРИ ЛАБ ВА ТАНГЛАЙ ТУГМА НУКСОНЛАРИ БИЛАН ТУГИЛГАН ЧАКАЛОКЛАРДА КУЛЛАШ. ....	312
<b>Тўрақулов З.Ш., Исаков Н.З.</b> БОЛАЛАР ҚОРИН БЎШЛИҒИ ШИКАСТЛАНИШЛАРИДА ИНГИЧКА ВА ЙЎҒОН ИЧАК ЖАРОХАТИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИ ЎРГАНИШ .....	313
<b>Улугмуратов А.А., Маматов С.О., Нормуродов Д.К., Улугмуратов Ф.А. Обланова Д.С.</b> ШОШИЛИНЧ БОЛАЛАР ХИРУРГИЯСИДА «DAMAGECONTROLSURGERY» УСЛУБИНИ КУЛЛАНИЛИШИ АФЗАЛЛИКЛАРИ.....	314
<b>Шамсиев Ж.А., Бабаяров К.Р., Дусяров Ж.Т., Унабоев Ж.О.</b> ВИРУСЛИ ПНЕВОНИЯ (COVID-19) БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА СЎВНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ ҲАҚИДА АНЕСТЕЗИОЛОГЛАР-РЕАНИМАТОЛОГЛАРНИ ЎҚИТИШНИНГ АҲАМИЯТИ.....	315
<b>Шамсиев Ж.А., Бабаяров К.Р., Дусяров Ж.Т., Унабоев Ж.О.</b> БОЛАЛАРДА АППЕНДИКУЛЯР ПЕРИОНИТДА ОПЕРАЦИЯОЛДИ ТАЙЁРГАРЛИГИ, АНЕСТЕЗИЯ ВА ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ТЕРАПИЯ .....	316
<b>Шамсиев Ж.А., Давранов Б.Л., Муталибов И.А., Шарапова Д.Н., Худойкулова Ш.И.</b> ЧАҚАЛОҚЛАРДА ҚУСИШ СИНДРОМИ .....	317
<b>Вохидов А.М, Маликов М.Р, Вохидов Д.А.</b> СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ В МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ.....	318



## СЛОВО О ВЕЛИКОМ УЧИТЕЛЕ

Ризаев Ж.А., Эшкobilов Т.Ж.

Самаркандский государственный  
медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Рассказать об этом уникальном и гуманном, крайне безвозмездном человеке - о Махмуд Ахмедович Ахмедове, с одной стороны, кажется, так легко, а если по просторнее поразмыслить о его жизненной стезе - чрезвычайно ответственна!

Родившись в том самом знаменитом местечке Шайхон, древнего Кеша, где поныне помнят звуки копыт Великого Амир Темура, 18 летний юноша Махмуджон ибн Ахмаджон ибн Турсун, в сопровождение отца, на лошадиной повозке, преодолев 32 поворотов Гисарского Хребта Тахтакарачи, в 1946 году оказался в Самарканде.

Мечтой ещё с юношеских лет у него была - овладеть врачебной профессией. Эту мечту создал в его сознании его мама Хурматой ая Эгамбердиева. А мечту стать хирургом он перенял от русских врачей - от Дмитрий Гордеевича Флякина и от Семен Трофимовича Кулинича, которые в те далекие предвоенные и послевоенные годы работали в Кашкадарьинской области.

Окончившего десятый класс средней школы с золотой медалью Махмуджон Ахмедова, после первой же беседы с тогдашним ректором Самаркандского медицинского института, профессором Рауф Абдуллаевичем, в 1946 году, зачислили в ряд студентов данного института. Последующая вся сознательная жизнь с продолжительностью 64 лет этого удивительно мягкого, безвозмездного и доброжелательного, кристально честного и душевно нравственного человека целиком и полностью была связана с Самаркандским медицинским институтом. За эти годы он освоил азы профессии врача, медицинской науки, достиг своим кропотливым трудом звания Заслуженного деятеля науки и техники Узбекистана, становился общепризнанным лекарем-кудесником детей Зерафшанской долины, да и всего Узбекистана.

Если мигом взглянуть в историческую родословню профессора Махмуджон Ахмедовича, то можно воочию убедиться, что врачебное ремесло и тяга к знанию находится в крови и плоти этого Человека. Его прадед Азимбой табиб (народной Лекарь) в XIX веке работал исцелителем царской охраны в Бухарском Эмирате и был знаменит своими настоями и отварами из трав от малярии и от диарейных болезней. Дедушка Махмуджон Ахмедовича Турсунбой, окончивший Бухарское духовное училище (медресе), слился знатоком теологических наук во всех регионах Бухарского ханство. Об отце нашего героя ходили слухи, что Ахмаджон Турсунов, единственный в Кеше кто знал наизусть знаменитый эпос «Хамса» Алишера Навои. В доме, где прошло детство Махмуджон Ахмедова, очень часто проходили Навоинские чтения, которые назывались «Вечерами Хамсахонлик» и он, будучи мальчишкой вслушивался на эти рифмы Навои и все больше влюблялся в лирических сотворениях Великого мыслителя и поэта Моварауннахра.

Будучи студентом Самаркандского медицинского института в 1946-1952 годах, то есть, в тяжелые послевоенные годы, он с головой уткнулся на освоение практики и теории врачевания. При встречах со студентами и при индивидуальных беседах он любил повторять, как держал на руках и целовал обложку пятитомника Абу Али ибн Сина «Тиб қонунлари» (Канон врачебной науки). Он неоднократно, с пафосом и благодарностью вспоминал имена своих учителей, обучавшие его к врачебной профессии. С особой благодарностью он называл имена наставников, оставивших неизгладимую след в его памяти, таких как Мансур Мамышев (доцент по десмургии, кафедра общих хирургии), Асадулло Магрупов (профессор-патологоанатом), Амридин Жалолов (профессор-терапевт), Федор Шевченко (профессор-микробиолог), Исок Мусабоев (профессор-инфекционист), Хамид Рахманов (доцент-уролог), Зикриё Икрамов (профессор-хирург), Ахад Хайдаров (доцент-хирург) и других.

Он с особой благодарностью вспоминал имя своего первого учителя по практической хирургии доцента Ахад Халиковича Хайдарова (в последующем ставший профессором), который дал в руки ему скальпель во время ночного дежурства по ургентной хирургии и разрешил произвести разрез и затем ушивание кожи при операции аппендэктомии. На следующий день после дежурства, во время занятия, показал ему монографию В.Ф. Войно-Ясенецкого «Очерки гнойной хирургии», изданный в 1946 году и рекомендовал поискать в книжных магазинах и если встретиться в прилавках, то купить эту книгу.

Будучи студентом 4 курса Махмуджон Ахмедов нашёл эту монографию и купил её на месячную стипендию в 1949 году. Он не устал показывать посетителям своего дома эту книгу - реликвию и в последующие 60 лет она занимала почетное место в стеллажах его домашней библиотеки.

По завершении учебы в стенах Самаркандского медицинского института в 1952 году, он собирался уехать в свой родной край - в Кашкадарью. Однако, во время распределения, внезапно озарили его предложение ректора института Азиз Кудратовича Адилова. Он рекомендовал ему, в числе одаренных выпускников, оставаться в институте в качестве клинического ординатора. Ректор отметил, что поступила рекомендательное письмо на него от заведующего кафедрой общей хирургии, профессора Зикриё Икрамова. Махмуджон Ахмедов не сразу согласился остаться в институте и попросил дать время для совета у родителей, которые так ждали его с дипломом врача. Однако, тяга к науке убедили его и родителей, что он должен идти по тропам науки. И вот с 1952 года вплоть до последних дней своей жизни в 2010 году, он вел титаническую врачебную и научно-педагогическую деятельность в стенах Самаркандского медицинского института.

Профессор Махмуджон Ахмедович Ахмедов участвовал в подготовке многих поколений прекрасных врачей, работающие во всех уголках нашей планеты. Он опираясь на прозорливой научной поддержки таких кореев науки и титанов хирургического ремесла - Академика Уктам Орипова, профессора Фаддей Голуб, профессора Леонид Сутулова проходил инстанции от рядового ординатора до профессора, заведующего кафедрой детской хирургии, Заслуженного деятеля науки и культуры Узбекистана, становился первым организатором детского хирургического направления в Зерафшанской долине и одним из основателей детской хирургии в Республики Узбекистан.

М.А.Ахмедов подготовил 7 докторов медицинских наук, 10-кандидатов медицинских наук. Все они трудились и трудятся сейчас в разных уголках Узбекистана и в Странах Независимых Государств (СНГ). Профессором Махмуджон Ахмедовичем опубликовано более 500 научных статей, посвященных различных аспектов хирургической и детского хирургической науки и практики. Им опубликовано 18 монографий, учебных и методических пособий. Он автор 14 рационализаторских предложений, касающихся практической и теоретической детской хирургии.

Профессор Махмуджон Ахмедович Ахмедов помог тысячам и тысячам больным детям, спас им жизни. Он гордился тем что в течении недели, ежедневно, перевязывал гнойную рану плеча знаменитому писателю Востока Садриддин Айни. Он высоко ценил личную дружбу с Л. М. Рошаль, известным детским хирургом России. У профессора Махмуджон Ахмедова была своя философия жизни он любил красоту и честность, скромность и соизмеренность, он был доверчив и требователен, был очень щедрым но не любил расточительство, ценил людей безвозмездно, и всегда был готов подставить плечо, он был человеком красивой души, любил музыку, цветы, стихов Расул Гамзатова. Он всегда утверждал своим детям и ученикам пусть ваши руки всегда будут на работе, а души ваши - у Всевышнего!

Жизнь на планете земля движется постоянно, рождаются и вырастают поколение за поколением. Историческая личность, каким является наш Великий Учитель-профессор Махмуджон Ахмедович Ахмедов, хотя и нет среди нас, но его дела, его идеи и его философия продолжает оставаться в памяти многочисленных учениках, в детях и внуках его и многочисленных людях, детям которых он подарил радость жизни.

## ПРОЛОНГИРОВАННАЯ НЕОНАТАЛЬНАЯ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СТАТУС

Абдуллаева М.Н., Бобоева Н.Т., Мирмухаммедова А.Х.

<sup>1</sup>Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

<sup>2</sup>Самаркандский областной детский многопрофильный медицинский центр, Самарканд, Узбекистан

**Введение:** Ранний неонатальный период является первым из критических периодов постнатального онтогенеза, выделенных Ю.И. Вельтищевым и соавт. еще в 1983г. [1] Кроме глобальной перестройки гемодинамики, существенно изменяется метаболизм, происходит сопряжение процессов анаэробного гликолиза и окислительного фосфорилирования, включение собственных систем терморегуляции, пищеварения, регуляции ионного гомеостаза [1].

Одним из наиболее частых метаболических расстройств в периоде новорожденности является повышение сывороточной концентрации билирубина, сопровождаемой желтухой [2]. Так как желтуха может быть ранним признаком различных энзимопатий, симптомом врожденной аномалии желчевыделительной системы, а также одним из признаков инфекционного воспалительного процесса, необходимо четко определить, после какого срока желтуху следует считать затяжной [3]. В последние годы отмечается тенденция к увеличению частоты пролонгированной гипербилирубинемии, длительность которого превышает 4 недель [4, 5, 6, 7].

**Цель:** изучение метаболического статуса у новорожденных при пролонгированной гипербилирубинемии.

**Материалы и методы исследования:** Под наблюдением находилось 100 новорожденных с пролонгированной неонатальной гипербилирубинемией (ПНГ).

Во всех случаях гипербилирубинемия длилась более 30 дней. Новорожденные с ПНГ были разделены на следующие группы: новорожденные с ПНГ 31 (31%), 37 (37%) новорожденных из анамнеза внутриутробно инфицированные, но бактериологически не подтверждено, 22 (22%) новорожденных с гипоксически ишемической энцефалопатией и 10 (10%) новорожденных, родившихся от матерей с гипотиреозом.

Во всех наблюдаемых группах новорожденные родились от женщин группы высокого риска.

Возраст наблюдаемых женщин –  $30 \pm 13,8$  лет. 65% наблюдаемых женщин были имели отягощенный акушерский анамнез. Акушерско-гинекологический анамнез у части женщин был отягощен наличием бесплодия (14,5%), привычным невынашиванием (11%) беременности. 12% беременных имели рубцы на матке.

Течение настоящей беременности у 54,5% матерей сопровождалось угрозой прерывания, гестозом (51%). Маркеры на хроническую внутриматочную инфекцию были положительными у большинства женщин (59%). Среди экстрагенитальной патологии встречалась артериальная гипертензия у 22% женщин, хронический пиелонефрит у 14,5%. 25% беременных перенесли ОРВИ, у части из них – 43% отмечались повторные эпизоды респираторной инфекции.

В группе наблюдаемых детей представлена 67 мальчиками (67) и 33 девочками (33%). Все дети родилась в срок (37-39 нед гестации). 90,0% новорожденных родились через естественные родовые пути, 10,0% детей - путем операции кесарева сечения.

Использованы общепринятые биохимические тесты: билирубин крови и его фракции, трансаминазы, общий белок, альбумин, содержание электролитов. Применялся аппарат KONE, (Аналитические системы t/0 Analytical Systems) 2000 Япония. Проведен анализ белков «острой фазы»-СРБ. Расчет лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) и иммунологического индекса реактивности при помощи модифицированной формулы Н.П.Шабалова и соавт. Определение уровня прокальцитонина (ПКТ) в сыворотке крови иммунохроматографическим методом с использованием тест-систем производства «Brahms Diagnostica», (Германия).

На проведение обследования новорожденных было получено информированное согласие родителей.

**Результаты исследования:** Изучаемые показатели в процентном соотношении отражали

динамику патологического процесса. В частности, при ПНГ без видимого отягощенного фона белки «острой фазы», а именно СРБ увеличен у 27,8% при ПКТ до 24,7%. Причем индекс лейкоцитарной интоксикации увеличен у 14,7% больных, а индекс иммунологический реактивности снижен 14,7%. При обследовании ПНГ с отягощенным фоном было выявлено, что средние показатели СРБ, ПКТ и ЛИИ/ИИР изменялись соответственно клинике.

Обсуждение: При поступлении в стационар у новорожденных с ПНГ определялся прогрессирующий метаболических нарушений, гипербилирубинемии. При сравнительном анализе метаболического статуса и маркеров воспаления при ПНГ у больных при гипербилирубинемии 170 и более 258 мкмоль/л определяются грубые нарушения метаболических показателей венозной крови: гипогликемия, гипокальциемия, гипофосфатемия, гипоальбуминемия.

Нарушения метаболизма и положительные маркеры белков острой фазы настораживает и требует лечебных мероприятий. Так как параллельно с увеличением СРБ уменьшается синтез альбумина (АЛБ)-протеина. В то же время гипоальбуминемия не развивается в течение 3 нед воспаления, поскольку период циркуляции АЛБ составляет около 3 нед. Гипоальбуминемия является более поздним тестом воспаления в связи с чем мы наблюдали гипербилирубинемия более длительное время.

Для диагностики скрытого воспалительного процесса у новорожденных детей с ПНГ рекомендуется проводить определение уровня прокальцитонина в сыворотке крови иммунохроматографическим полуколичественным методом, ЛИИ и ИИР. Уровень прокальцитонина плазмы и ЛИИ позволяет представить количественную характеристику выраженности скрытого воспалительного процесса у новорожденных с ПНГ на различном фоне. Положительный тест ПКТ более 0,5 нг/мл в сочетании с > 3,5 ЛИИ указывает на наличие скрытого воспалительного процесса у детей с ПНГ.

#### Список литературы:

1. Ю.Е. Велтищев, М.В. Ермолаев, А.А. Ананенко, Ю.А. Князев - Обмен веществ у детей. Москва Медицина 1983, ил.464 с.
2. Шабалов Н.П. 1-2 том «Специальная литература» Санкт Петербург, 2006 г. 256 с.
3. Е.С.Чурсина, Г.М.Дементьева – Прокальцитонин и его значение как маркера тяжелых бактериальных инфекций у новорожденных детей. Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2007, №6, с 21-25.
4. Е.С Чурсина Дифференциально-диагностическое значение определения уровня прокальцитонина в сыворотке крови у недоношенных новорожденных с дыхательными нарушениями. Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2008, №3, с 33-38.
5. В.Н.Титов С-реактивный белок влияние гормонов, физической активности, жирных кислот пищи, роль в атеротромбозе артерий и диагностическое значение. Клиническая лабораторная диагностика, 2008, №8, с 3-9.
7. Володин Н.Н., Дегтярева А.В., Дегтярев Д.Н. Основные причины желтух у новорожденных детей и принципы дифференциальной диагностики. Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2004, №5, с 18-23.
8. Володин Н.Н., Долгов В.В., Д.Н.Дегтярева, Раков С.С., Липагина А.А., Кривоножко А.В. Белки «острой фазы» воспаления при бактериальных инфекциях у новорожденных детей. Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2000, №1, с 10-13.
9. Бирюкова Т.В., Солдатова И.Г., Володин Н.Н., Милева О.И., Продеус А.П., Галеева Е.В., Давыдова Н.В., Боровкова Н.Б., Климанов И.А., Котов А.Ю., Симбирцев А.С., Дегтярева М.В. Сравнительная информативность определения уровней прокальцитонина, интерлейкина и С-реактивного белка в сыворотке крови как критериев системного воспалительного/

## ОДНОМОМЕНТНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДВУСТОРОННЕМ НЕФРОЛИТИАЗЕ У ДЕТЕЙ

Акбаров Н.А., Юлдашев М.А.

Андижанский государственный  
медицинский институт, Андижан, Узбекистан

**Введение.** Случаи одномоментных операций при двустороннем нефролитиазе (ДН) у детей не получили достаточного освещения в научной литературе. Отдельные публикации по этой проблеме носят эпизодический характер, хотя показания для таких операций в практике встречаются достаточно часто [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7].

**Материалы и методы.** В клинике детской хирургии Андижанского государственного медицинского института за последние 15 лет находились на лечении 124 больных с ДН. Из них 112 были оперированы, при этом 31 больному в возрасте от 1,5 до 14 лет произведены 64 различные одномоментные операции на органах мочевыделительной системы. С целью диагностики ДН и его осложнений, а также оценки эффективности проведенного комплексного лечения использованы клинико-лабораторные, бактериологические, рентгенологические и ультразвуковые методы исследования.

**Результаты.** Следует отметить, что из 31 больного у 21 (67,7%) ДН сочетался с камнями другой локализации: в мочеточнике – у 12 больных, в мочеточнике и в мочевом пузыре, и в уретре – у 2. У всех (100%) больных у которых проводились одномоментные операции, в дооперационном периоде был диагностирован калькулезный пиелонефрит (КП); у 28 (90,3%) – калькулезный гидронефроз (КГ) различной стадии (у 19-двусторонний, у 9 –односторонний); у 19 (61,3%) – хроническая почечная недостаточность (ХПН) различной стадии: у 12 (38,7%) –различной степени выраженности анемия.

Одномоментные операции в плановом порядке производились только после тщательного и комплексного обследования больных и проведения соответствующей предоперационной подготовки, направленных на лечение КП, ХПН и анемии. Операции осуществились после уточнения показаний и исключения противопоказаний к ним, а также решения проблемы целесообразности одномоментного удаления конкрементов с обеих сторон. Этот вопрос мы решали в каждом случае индивидуально с учетом характера конкрементов (форма, величина, количество), их локализации, наличия вида и степени выраженности вторичных осложнений.

Показанием к плановой одномоментной операции с обеих сторон мы считаем наличие солитарных и множественных камней, расположенных в лоханке или в отдельных чашечках, а также коралловидных камней I и II стадии одной или обеих почек, которые сопровождаются без серьезных осложнений в почках. При сочетании ДН с камнями мочеточника или мочевого пузыря, сопровождающегося нарушением мочеиспускания, одномоментные операции выполнялись с одной стороны. Одномоментные операции на почке и мочеточнике выполняются путем лапаротомии в положении больного на спине.

Выполнялись следующие виды одномоментных операций: резекция нижнего полюса с удалением камней с обеих сторон – у 3 больных; резекция нижнего полюса с удалением камней с одной стороны, пиелолитотомия с другой –у 3; резекция нижнего полюса с удалением камней с одной стороны, уретеролитотомия с другой –у 2 больных; нефролитотомия с обеих сторон – у 2 больных; нефролитотомия с одной стороны, пиелолитотомия с другой – у 2 больных (1 из них в возрасте 1,5 лет); нефролитотомия с одной стороны, уретеролитотомия с другой - 2; нефролитотомия с одной стороны, эпицистолитотомия – у 3; нефролитотомия и уретеролитотомия с одной стороны, цистолитотомия –у 2 больных; нефролитотомия и уретеролитотомия с одной стороны – у 2; пиелонефролитотомия с одной стороны, эпицистолитотомия – 2 больных; пиелолитотомия с одной стороны, уретеролитотомия с другой – у 2; пиелолитотомия и уретеролитотомия с одной стороны – у 2; уретеролитотомия с обеих сторон – у 2; уретеролитотомия с одной стороны, цистолитотомия - у 2больных. Все операции носили органосохраняющий характер. Таким образом, у 18 больных одномоментные операции выполнены с двух сторон, у 13 – с одной стороны. Из 18 больных, оперированных одномоментно с двух сторон, у 8 произведена поперечно-клиновидная резекция нижнего полюса с удалением камней, причем у 3 из них с обеих сторон. В литературе сообщений об аналогичных операциях при ДН у детей мы не встретили. У 5 больных одномоментная операция на почках завершалась

нефропиелостомией с одной стороны. Из 13 больных, оперированных одновременно с одной стороны у 8 камни с другой стороны удалены через 10-15 дней после первой операции, без выписывания больных из стационара. Трое больные оперированы одновременно в неотложном порядке: двое из них в связи с анурией, обусловленной камнями обеих мочеточников, третий в связи с пионефрозом с одной стороны, окклюзией камнем мочеточника с другой. Показанием к плановой одномоментной операции с обеих сторон мы считаем наличие одиночных или множественных камней, расположенных в лахонке или в одиночной чашечке, кораллоподобные камни I стадии одной или обеих почек, которые не сопровождаются серьезными осложнениями в почках и не требуют множественных или широкой нефротомии.

При изучении результатов одномоментных операций у 31 больного выяснено, что клиническое выздоровление достигнуто у 26 (83,9%) пациентов. Улучшение состояния отмечено у 4 больных (13%), у которых одномоментные операции выполнены на одной стороне, а с другой стороны камни не были удалены по различным причинам. Одна (3,2%) больная в возрасте 4 лет с диагнозом множественные камни обеих почек и правого мочеточника, осложненным пионефрозом, гнойным паранефритом слева, терминальной стадией ХПН, анемией 2 степени, умерла на 4-е сутки после неотложной одномоментной пиелолитотомии, уретролитотомии справа через один люмбальный разрез.

Тяжелых послеоперационных осложнений, связанных с расширением объема операции не отмечено. В ближайшем послеоперационном периоде наблюдалось 7 (10,9%) осложнений; у 4 больных нагноение послеоперационной раны с одной стороны, на фоне гнойного КП с обеих сторон, у 3 - мочевого свища с одной стороны на месте нефропиелостомной дренажной трубки, которые закрылись самостоятельно на 15-20 день после операции. Обострение пиелонефрита в раннем послеоперационном периоде, часто наблюдаемое при поэтапном вмешательстве, после одномоментных операций не отмечалось. У 2 (3,1%) больных, оперированных с множественными камнями почек, выявлены ложные рецидивы в одной почке. Исследование полученных результатов показывают, что частота послеоперационных осложнений при одномоментных операциях не выше, чем у больных после поэтапного вмешательства (10,9% и 20,1% соответственно), а послеоперационная летальность – вдвое меньше (3,2%), чем при поэтапном выполнении операции (7,7%).

**Заключение:**

1. Обобщая опыт нашей клиники по одномоментным операциям при ДН, можно заключить, что они выполнимы у детей любого возраста, не имеющих тяжелых органических изменений в почках. Одномоментные вмешательства должны осуществляться квалифицированными хирургами в специализированных урологических клиниках в плановом порядке после комплексного обследования больных, а в экстренном порядке эти операции необходимо проводить по жизненным показаниям.

2. Преимуществом одномоментных операций являются одновременное создание условий для наилучшего пассажа мочи из обеих почек и лучший эффект от консервативного лечения в послеоперационном периоде, сокращение койко-дней в 2 раза, значительная экономия денежных средств, увеличение оборота койки. Кроме того, щадится психика больного, он пребывает в больничной обстановке однократно, только один раз находится в операционной и реанимационной палате, способствует одновременному раннему восстановлению функции обеих почек и эффективному лечению калькулезного пиелонефрита в послеоперационном периоде, 1 раз подвергается предоперационным обследованиям, риску наркоза и операции. Наконец, одномоментное оперативное лечение у детей, при отсутствии противопоказаний, отвечает принципам современной хирургии. Внедрения в последние годы в практику эндоурологических и малоинвазивных операции [8] позволяет расширить показания к одномоментной операции при ДН у детей.

#### **Список литературы:**

1. Ахмедов Ю.М., Норбеков М.А. и др. Оптимизация хирургической тактики при множественном уролитиазе у детей // Актуальные вопросы детской хирургии. Сб. науч. трудов. –Андижан, -1997.-С.192-194.
2. Лопаткин Н.А., Павлов А.Ю. Одномоментные операции при двустороннем нефроуретеролитиазе // Тез. науч. работ III съезда урологов УССР. –Днепропетровск, 1980. –С. 232-234.

3. Мурванидзе Д.Д., Гуджабидзе Д.Б. Оперативное лечение уролитиаза у детей // Урология и нефрология. – 1983. -№4. –С. 13-15.
4. Пулатов А.Т Уролитиаз у детей. – Л:Медицина, 1990 -208 с.
5. Саломов А.С., Юсупов Н.А., Аллазов С. Болаларда кўп жойли сийдик – тош касаллигини жаррохлик йўли билан даволаш йўриғи. //Соғлом ва касал бола муаммолари (Тез. докл.). – Бухара, 1994. –Ч.II. –С. 24-25.
6. Army A.F. Simultaneous bilateral renal surgery in children // British. Journal of Urology.-1980.- v. 62, №2. –P. 191-192
7. Demler J.W., Dennis M.A., Finlayson B. Bilateral nephrolithiasis: simultaneous operative management // J. Urol. -1983. – v. 129, №2 – P.263-265.
8. Holman E., Salah M.A., Toth C. Comparison of 150 simultaneous bilateral and 300 unilateral percutaneous nephrolithotomies. J.Endourol. 2002, 16: 33-36.

## ПРИМЕНЕНИЕ БАКТЕЗИМА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Ахмедов Б.С., Ибрагимов Д.Д., Гаффаров У.Б.  
Самаркандский государственный  
медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

**Введение:** Несмотря на активное внедрение новых бактерицидных и бактериостатических препаратов, количество пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области (ЧЛО) возрастает [1, 2].

Кроме того, гнойно-воспалительные заболевания ЧЛО могут привести к развитию таких грозных осложнений, как острый одонтогенный медиастинит, менингит, сепсис, тромбоз синусов твердой мозговой оболочки.

Одонтогенные инфекции обычно вызываются постоянно присутствующими в полости рта микроорганизмами. Обычно это смешанная микрофлора, факультативными бактериями являются преимущественно зеленящие стрептококки (в частности, *Streptococcus mutans*, *Streptococcus milleri*), а также неспорообразующие анаэробы (*Peptostreptococcus* spp., *Fusobacterium* spp., *Actinomyces* spp.).

Данные литературы зарубежных и отечественных авторов показывают, что при одонтогенных воспалительных заболеваниях высеваются *Staphylococcus* spp. (15%), *Streptococcus* spp. (6%) и облигатные анаэробные бактерии (79%). Анаэробы представлены грамположительными микроорганизмами – *Bacteroides* spp., *Fusobacterium* spp., грамположительными кокками [2].

Учитывая это, наряду с выполнением необходимого хирургического вмешательства, в целях профилактики и лечения осложнений проводится антибактериальная и противовоспалительная терапия. Однако постоянно увеличивающийся арсенал медикаментозных средств и методов физиотерапии, используемых для лечения последствий воспалительного процесса, не всегда приводит к желаемому результату. Поиск новых эффективных способов лечения, предупреждающих развитие осложнений, является одной из актуальных проблем челюстно-лицевой хирургии.

Таким образом, литературные данные показали, что изучаемая проблема остается актуальной в практике челюстно-лицевой хирургии.

**Материалы и методы исследования:** Обследование и лечение больных проводилось на клинической базе кафедры челюстно-лицевой хирургии Самаркандского государственного медицинского института в специализированном отделении челюстно-лицевой хирургии Самаркандского городского медицинского объединения. В соответствии с намеченной целью исследования, нами проведено комплексное обследование больных гнойными воспалительными заболеваниями ЧЛО в динамике лечения с применением препарата, разрешенного к использованию в практике здравоохранения – раствора Бактезима. У 28 больных в период 2020-2021 гг. находящихся в стационарном лечении с различными гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛО в составе комплексной терапии проводилось ежедневное промывание гнойной полости раствором Бактезима. Кроме того, препарат использовали в качестве антисептического раствора полоскание ротовой полости ежедневно до 10 раз в сутки. Микробиологическое обследование проводилось после операции вскрытия гнойного очага и в динамике заболевания. Клинические исследования проводились по стандартной схеме и включали в себя опрос больных, сбор анамнеза заболевания, анамнеза жизни, физикальные методы исследования (осмотр, пальпация, перкуссия) и инструментальные, дополнительные методы исследования (лабораторные, микробиологические, рентгенологическое обследование костей лицевого скелета и черепа), а также консультация специалистов.

**Результаты:** По этиологическому фактору среди абсцессов и флегмон ЧЛО преобладали одонтогенные – 83,7% (31 чел.), абсцессы и флегмоны ЧЛО неodontогенной этиологии составили 12,3% (6).

Средний срок лечения пациентов с флегмонами челюстно-лицевой области составил 5,5 дня.

Согласно изученным нами результатам бактериологического метода обследования, у 100% пациентов с флегмонами челюстно-лицевой области из очагов воспаления были выделены монокультуры микроорганизмов.

Золотистый стафилококк был наиболее чувствительным (100%) к клиндамицину, ванкомицину, цефотоксиму, гентамицину; 50% - к цефазолину, оксациллину, офлоксацину,



левофлоксацину.

Бета-гемолитический стрептококк в 100% случаев был чувствительным к цефотаксиму, азитромицину, офлоксацину, доксициклину, ампициллину в сочетании с сульбактамом, клиндамицину, ванкомицину. В 50% случаев была выявлена чувствительность к нитрофурантоину.

Кишечная палочка в 80-100% случаев была чувствительной к цефотаксиму, цефуроксиму, гентамицину, амикацину; менее 50% - к офлоксацину, ампициллину в сочетании с сульбактамом.

Синегнойная палочка в 50-79% случаев была чувствительной к цефтазидиму, цефтриаксону, амикацину, полимиксину, В-офлоксацину, ципрофлоксацину; не была чувствительной к доксициклину, ампициллину в сочетании с сульбактамом, цефуроксиму, нитрофурантоину.

Изучение особенностей клинического течения у больных с гнойными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области показало, что проводимая терапия раствором Бактезима в комплексе лечения имеет свою антибактериальную эффективность бактериостатическим и бактерицидным воздействием.

**Выводы:**

1. Входными воротами инфекции в ткани являются зубы с очагами острой или хронической инфекции: большинство пациентов с абсцессами челюстно-лицевой области заболевания имеют одонтогенную природу.

2. Наиболее распространенная причина возникновения одонтогенных абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области – несвоевременное удаление причинных зубов.

Своевременное применение современных антисептических растворов в комплексном лечении гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области дает эффективные результаты.

Таким образом, использование раствора Бактезима при комплексном лечении больных с воспалительными заболеваниями позволило улучшить состояние пациентов и предупредить развитие гнойно-воспалительных осложнений за счет положительных качеств. Микробиологическое обследование показывает, что при применении раствора Бактезима в комплексном лечении даёт снижение количества микроорганизмов после вскрытия гнойного очага и в динамике заболевания, также помогло очищение гнойной полости после операции.

#### **Список литературы:**

1. Агапов В.С. Инфекционные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области / В.С.Агапов, С.Д.Арутюнова. – М.: МИА, 2004. – 184 с.
2. Бажанов Н.Н., Александров М.Т., Черкесов И.В. Применение мирамистина для лечения больных одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области //Стоматология. 2006. №3. С.24-26.
3. Бернадский Ю.Н. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. М.: Медицинская литература, 2000. 416 с.
4. Воложин А.И., Порядин Г.В. Патофизиология. М.: Академия, 2006. Т.1. 271 с.
5. Гюнтер В.Э., Дамбаев Г.Ц., Сысолятин П.Г. и др. Медицинские материалы и имплантаты с памятью формы. Томск, 1998. 490 с.
6. Ибрагимов Д.Д., Гаффаров У.Б., Исхакова З.Ш., Рустамова Г., Усмонов Р.Ф. Основные свойства препарата «лорамор» в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. //Материалы IV Международной научно – практической конференции молодых ученых и студентов, IV Форума медицинских и фармацевтических ВУЗов России «За качественное образование» 10 - 12 апреля 2019 г. Екатеринбург.
7. Ибрагимов Д.Д., Гаффаров У.Б., Ахмедов Б.С. Эффективность препарата бактезима в комплексном лечении воспалительных процессов челюстно-лицевой области. //Материалы XIV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов 2019г. Республика Таджикистан.
8. Ибрагимов Д. Д., Гаффаров У. Б., Валиева Ф. С., Усманов Р.Ф. Применение препарата «отвара аниса» в комплексной терапии гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. //II Международной научно-практической on-line конференции Актуальные вопросы медицинской науки в XXI веке Ташкент 2019г.
9. Коротких Н.Г. Абсцессы и флегмоны лица: диагностика, лечение, прогноз / Н.Г.Коротких, Г.В.Тобоев. – Воронеж: СОИГСИ, 2010. – 90 с.

## ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПРИ НЕФРОПАТИИ И МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ

Ахмедова М.М., Ахмедов Ю.М.

Самаркандский государственный  
медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Заболевания почек у детей являются распространенной патологией от 16,6 до 54:1000 детской популяции и в силу частоты латентного течения, склонности к хронизации представляет собой актуальную проблему современной педиатрии. Широкое внедрение в клиническую нефрологию клинико-генетических и биохимических методов исследования позволило установить изменение их нозологической структуры, учащение мультифакториально обусловленных клинических форм [3]. Так, по данным эпидемиологических исследований преобладающими в структуре нефропатии (34-40%) [1] являются нефропатии обменного генеза в т.ч. 10-19% оксалатные, 14-29% уратные нефропатии. При этом почечная патология манифестируется и устанавливается в связи с патологией органов дыхания - среди новорожденных, находящихся в отделении патологии новорожденных 34,2% [5], среди детей раннего возраста, находящихся на лечении по поводу различных бронхолегочных заболеваний 17-35%, а при стафилококковых инфекциях 78,6%. Более того, после ликвидации основного заболевания от 24,2 до 31,5 % детей выписываются с остаточным мочевым синдромом [2]. В свете сказанного становится ясным, что существующие представления о мочевом синдроме у детей раннего возраста, при наиболее распространенной в данном возрасте бронхолегочной патологии как о преходящем состоянии («инфекционная почка», «токсическая почка», «токсико-инфекционная почка») таит в себе значительную угрозу здоровью растущего организма. Существует несколько причин: во-первых, известно, что развитие токсических состояний вообще у детей раннего возраста (в т.ч. обуславливающих поражение почек) явление не случайное и в их развитии существенное значение играют токсикозы беременных, наличие наследственных нарушений обмена веществ, отягощенная нефропатиями наследственность, во-вторых, именно такое начальное проявление типично для большинства наследственных, дизметаболических и врожденных заболеваний почек, имеющих наиболее серьезный прогноз [2, 6]. На практике даже многократные эпизоды мочевого синдрома на фоне различных интеркуррентных заболеваний до настоящего времени продолжают оцениваться в качестве инфекционной или токсической почки. Между тем, современные методы обследования детей и родственников, широким внедрением в нефрологическую практику генетических и биохимических методов исследования позволяют уточнить метаболические нарушения, обуславливающие поражение почек с трудно дифференцируемым мочевым синдромом [4].

Материалы и методы: Функции клубочкового аппарата оценивались по клиренсу эндогенного на VanSlayke.

О состоянии канальцевых функций почек судили по осмолярности мочи криоскопическим методом на аппарате ОМК Ц-01, титруемых кислот по И. Тодорову (1963).

Содержание мочевой кислоты в суточной моче определяли по методу Мюллера-Зейферта, основанному на колориметрическом определении мочевой кислоты с фосфорновольфрамовым реактивом Фолина.

Количественное определение оксалатов в моче проводилось по Н.В. Дмитриевой (1966), а суточное выделение уратов с мочой применяли метод Гопкинса в описании О.В. Травиной (1955).

Результаты: Нами изучены парциальные функции почек у 121 больных с пневмонией, имеющих дизметаболические нефропатии (ДЗМН) и 20 больных пневмонией без дизметаболических нефропатий (ДЗМН). У всех больных с пневмонией отмечалась тенденция к снижению суточного диуреза, а у больных пневмонией с ДЗМН нарушениями достоверно снижалось до  $0,37 \pm 0,013$  по сравнению со здоровыми детьми  $0,450 \pm 0,038$  ( $p < 0,001$ ) и у больных пневмонией без ДЗМН  $0,430 \pm 0,021$  ( $p < 0,05$ ). Снижение клубочковой фильтрации обнаружено у больных пневмонией с ДЗМН до  $0,97 \pm 0,17$  мл/сек ( $p < 0,05$ ), что, по-видимому, связано с гемодинамическими нарушениями на фоне инфекционно-токсического поражения легких, гипертермии, микроциркуляторных расстройств.

Выявлено значительное снижение экскреции аммиака у больных пневмонией с ДЗМН до  $9,0 \pm 1,18$  ммоль/с по сравнению со здоровыми детьми ( $p < 0,001$ ) и у детей с пневмонией без ДЗМН  $42,0 \pm 1,2$  ( $p < 0,05$ ).

Уменьшение экскреции титруемых кислот до  $23,37 \pm 4,25$  ммоль/с по сравнению показателями у здоровых детей  $51,0 \pm 2,8$  ммоль/с ( $p < 0,001$ ) и у детей с пневмонией без ДЗМН  $48,8 \pm 2,2$ . ( $p < 0,05$ ).

Снижение показателей ацидоаммиогенеза у больных пневмонией с ДЗМН свидетельствует о канальцевых почечных дисфункциях, вызывающих нарушение адаптационно-компенсаторных функций организма в условиях гипоксии, что усиливает метаболический ацидоз при пневмониях.

Значительное увеличение экскреции оксалатов с мочой выявлено у детей пневмонией с ДЗМН до  $244,0 \pm 1,8$  мкмоль/с по сравнению со здоровыми детьми  $110,0 \pm 10,5$  ( $p < 0,001$ ), и с группой детей пневмо-

нией без ДЗМН  $130,0 \pm 11,5$  ( $p < 0,05$ ), что, возможно, носит характер вторичной оксалурии, являющейся результатом нестабильности цитомембран почечного эпителия на фоне интоксикации организма, гипоксии, электролитных нарушений, сопровождающих развитие воспалительного процесса в легких.

Учитывая, что у 2/3 больных пневмонией с мочевым синдромом отмечалась наследственная отягощенность по нарушению обмена щавелевой кислоты и мочевой кислоты, что выявлено путем изучения родословных и перекрестного опроса родственников, повышенная экскреция оксалатов и уратов наряду с уратно и оксалатно-кальциевой кристаллурией нами расценена как вторично оксалурия - уратурия, являющаяся результатом наследственной нестабильности цитомембран.

У больных пневмонией с ДЗМН отмечалось почти двухкратное возрастание экскреции уратов и мочевой кислоты, соответственно  $6,9 \pm 0,22$  ммоль/с и  $6,64 \pm 0,36$  ммоль/с по сравнению с показателями у здоровых детей ( $p < 0,001$ ) и детей с пневмонией без ДЗМН  $3,18 \pm 0,20$  ( $p < 0,05$ ) и  $5,2 \pm 0,3$  ( $p < 0,05$ ). Увеличения экскреции уратов и мочевой кислоты можно связать с усилением катаболических процессов на фоне гипертермии, гипоксии и распадом пуриновых оснований, что вызывает увеличение уровня мочевой кислоты в крови. Таким образом, функциональные нарушения почек свойственны пневмонии у больных пневмонией без ДЗМН концентрация нефротоксических метаболитов (уратов, оксалатов, МК) не достигает величин, оказывающих нефротоксическое действие и по мере проведения направленной терапии пневмонии, диеты и водного режима снижалась концентрация уратов, оксалатов, мочевой кислоты, чему соответствовало исчезновение таких клинических проявлений как пастозность век, лица, нормализация диуреза. В ряде работ показана высокая эффективность комплексного фитонирингового препарата канефрон в лечении и профилактике микробно-воспалительных и дисметаболических процессов мочевыделительной системы (3).

Следует отметить, что у больных нефропатией обменного генеза с наследственной отягощенностью при наложении пневмонии выявляются нарушения парциальных функций почек - олигоурия, снижения показателей ацидоаммонийгенеза и повышения нефротоксических метаболитов, оксалатов, уратов, мочевой кислоты, тем самым оказывает нефротоксическое действие. Это возможно объясняется нарушением процесса адаптации на клеточном уровне как следствие индивидуальной неадекватной реакции на воздействия стрессового фактора в данном случае инфекции. Повреждение мембранных структур почечных канальцев может привести к вторичным изменениям процессов секреции и реабсорбции в канальцах, вызывая развитие вторичных тубулопатий.

Изучение парциальных функций почек в зависимости от нозологических форм дизметаболических нефропатий проведено у детей больных пневмонией с обменными нарушениями.

Суточная экскреция аммиака значительно снижались при дизметаболическом ИН  $23,6 \pm 3,9$  ммоль/с ( $p < 0,05$ ) и МКБ  $29,6 \pm 3,2$  ммоль/с ( $p < 0,05$ ) и при ПН  $33,8 \pm 2,6$  ( $p < 0,05$ ), по сравнению со здоровыми детьми. Наиболее выраженное снижение экскреции титруемых кислот отмечалось при ИН  $19,2 \pm 7,9$  ммоль/с  $1,73$  м, ( $p < 0,05$ ) и при ПН и МКБ составило соответственно  $24,7 \pm 3,85$  ммоль/с и  $26,2 \pm 4,7$  ммоль/с ( $p < 0,01$ ).

Наиболее высоким показателем осмолярности мочи отмечалось у больных с МКБ  $976 \pm 62,6$  ммоль/с ( $p < 0,05$ ), ИН  $898 \pm 62,5$  ммоль/с ( $p < 0,05$ ) и ПН  $886 \pm 58,74$  ммоль/с ( $p < 0,05$ ) по сравнению со здоровыми детьми  $627 \pm 61,7$  ммоль/с.

Снижение функции ацидоаммонийгенеза выявлено в группе больных с ИН, по сравнению с больными с ПН и МКБ, что характеризует напряженность компенсаторно-адаптационных возможностей почек по поддержанию кислотно-основного состояния (КОС) организма в условиях тканевой гипоксии, дыхательного и метаболического ацидоза при пневмонии. Увеличение экскреции нефротоксических метаболитов (оксалатов) отмечена при ПН  $226,0 \pm 23,0$  ммоль/с ( $p < 0,05$ ), МКБ  $262,7 \pm 49,8$  ммоль/с ( $p < 0,01$ ), и ИН  $243,2 \pm 28,4$  ммоль/с ( $p < 0,05$ ), по сравнению со здоровыми детьми. Экскреция уратов при ПН составило  $6,22 \pm 0,52$  ммоль/с, МКБ  $8,3 \pm 1,32$  ммоль/с ( $p < 0,001$ ), ИН  $6,36 \pm 0,26$  ммоль/с ( $p < 0,001$ ), по сравнению со здоровыми детьми. Экскреция мочевой кислоты наиболее высока у больных при пиелонефрите  $7,1 \pm 0,3$  ммоль/с ( $p < 0,01$ ), при МКБ  $6,26 \pm 0,53$  ммоль/с ( $p < 0,05$ ) и ИН  $6,55 \pm 0,37$  ммоль/с ( $p < 0,05$ ), по сравнению со здоровыми детьми  $4,13 \pm 0,21$  ммоль/с.

Имеющиеся изменения функции ацидоаммонийгенеза, связаны с повышением экскреции нефротоксических метаболитов, на фоне наследственной отягощенности семейного анамнеза по обмену МК, оксалатов. Интоксикации, обезвоживание, дыхательная недостаточность и гипоксии на фоне пневмонии, усугубляющее обменные нарушения, приводят к расстройству гомеостатических функций почек.

Соответственно возрастает и опасность нефротоксического действия уратов и оксалатов на почки. Резкое возрастание концентрации уратов и оксалатов на фоне пневмонии у детей с обменными нарушениями создает угрозу тубулярной обструкции с последующим ухудшением оттока мочи, вплоть до развития почечной недостаточности. Клинически у таких детей отмечались пастозность век, лица, снижения диуреза

- до олигоурии.

**Заключение:** Таким образом, выраженные изменения канальцевых функций почек у детей раннего возраста, больных дизметаболическими нефропатиями, недостаточность их адаптивных реакций в условиях гипоксии и особенно при воздействии инфекции, являясь фактором, влияющим на течение пневмонии, способствуют хронизации патологического процесса в почках и увеличивают риск развития у них интерстициального нефрита, микрокристаллизации, камнеобразования. Лечение в этих случаях без дифференцированной коррекции дизметаболизма, с ориентиром преимущественно лишь на мочевой синдром может привести к стабилизации и хронизации почечного процесса, которые обретают самостоятельную важную медицинскую и социальную значимость.

#### **Список литературы:**

1. Ахмедова М.М., Шарипов Р.Х., Расулова Н.А. Дизметаболическая нефропатия. (Учебно-методическая рекомендация.- Самарканд 2015.- с.26)
2. Гресь А.А., Вощула В.И., Рыбина И.Л., Шлома Л.П. Мочекаменная болезнь: опыт применения и эффективность Канефрона Н. Минск.-Медицинские новости.-2004г.-№8. С.89-93
3. Ишкабулов Д.И., Ахмедов Ю.М. Наследственные заболевания почек. – (В кн. Нефроурология у детей. – Ташкент – 2008, с. 205-207)
4. Папаян А.В., Савенкова Н.Д. Клиническая нефрология детского возраста. СПб, 2008, с. 600
5. Таболин В.А., Вирбицкий В.Н., Чугунова О.А. Диагностическое наблюдение детей, имевших нефропатию в неонатальном периоде. // Педиатрия им. Г.Н. Сперанского – 2000, №3, с. 42-47
6. Coe FL, Evan AP, Worcester EM. Three Pathways for human kidney stone formation. Urol Res 2010; 38: 147-160

## ПУТИ РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС СИНДРОМОМ

Бобоева<sup>1</sup> Н.Т., Файзуллаева<sup>2</sup> Х.Б., Умаров<sup>2</sup> А.У.

1-Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан.

2-Самаркандский областной детский многопрофильный медицинский центр

**Введение.** Одним из основных вопросов неонатологии является преждевременное рождение новорожденных детей [2,3]. С преждевременными родами связаны различные виды патологии, такие как внутримозговые кровоизлияния, различные патологии развития ЦНС, некротические энтероколиты, бронхопальмонарные дисплазии, синдром дыхательных расстройств. Указанные патологические состояния в большом проценте случаев связаны с анатомо-физиологической незрелостью организма новорожденного [1, 11]. Совокупность указанных состояний даёт высокие показатели неонатальной смертности и заболеваемости. Часто выявляемый патологический процесс, респираторный дистресс синдром в большом проценте случаев ведет к прогрессирующей гипоксемии и ателектазу [8]. Респираторный дистресс синдром - многофакторное заболевание. РДС может проявляться в следствии взаимодействия многочисленных факторов во времябеременности, т.е. различных родовых травм в частности травм ЦНС, при использовании холодного и быстрого потока оксигенотерапии, использования инвазивной механической вентиляции легких, а также другие факторы, такие как инфекции и недостаточное питание после рождения. В большинстве случаев РДС определяется у недоношенных детей с гестационным возрастом менее 32 недель. Исходя из сказанного, неоспоримой является потребность в разработке эффективных методов лечения респираторного дистресс синдрома, изучения особенностей их действия у новорожденных с различным сроком гестации.

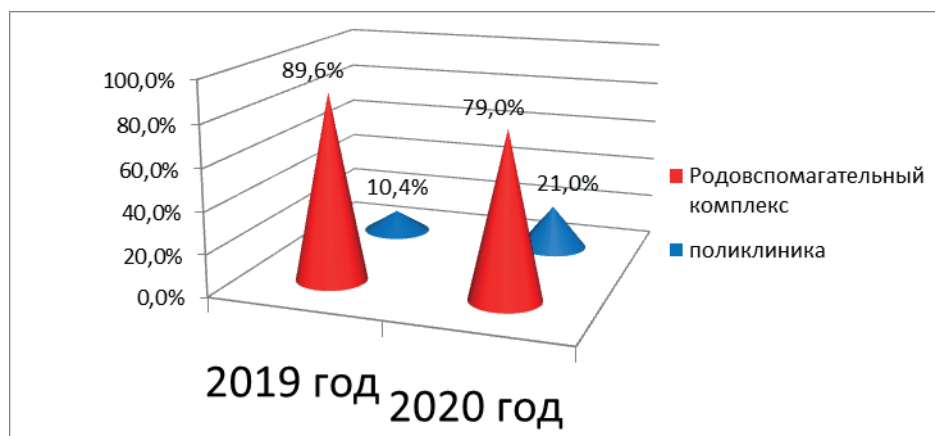
Целью работы явилось определение влияния клинического и прогностического значения самостоятельного дыхания с постоянным положительным давлением в дыхательных путях.

**Материал и методы исследования:**

Работа была выполнена на базе отделения реанимации новорожденных Областного специализированного медицинского детского центра Самарканда. В зависимости от гестационного возраста, все дети были разделены на 2 группы: I группа – 20 глубоко недоношенных детей со сроками гестации 28-32 недели ( $29,1 \pm 0,7$  нед), II группа – 20 недоношенных новорожденных со сроками гестации 33-36 недель ( $34,7 \pm 0,5$  нед.). При этом масса тела детей I группы составляла 2000 гр ( $1302 \pm 202$  г), и менее, во 2 группе более 2000 гр ( $2437 \pm 300$  г). Большинство новорожденных обращались с родовспомогательных комплексов остальная часть были направлены участковыми педиатрами (диаграмма 1).

**Количество обратившихся новорожденных**

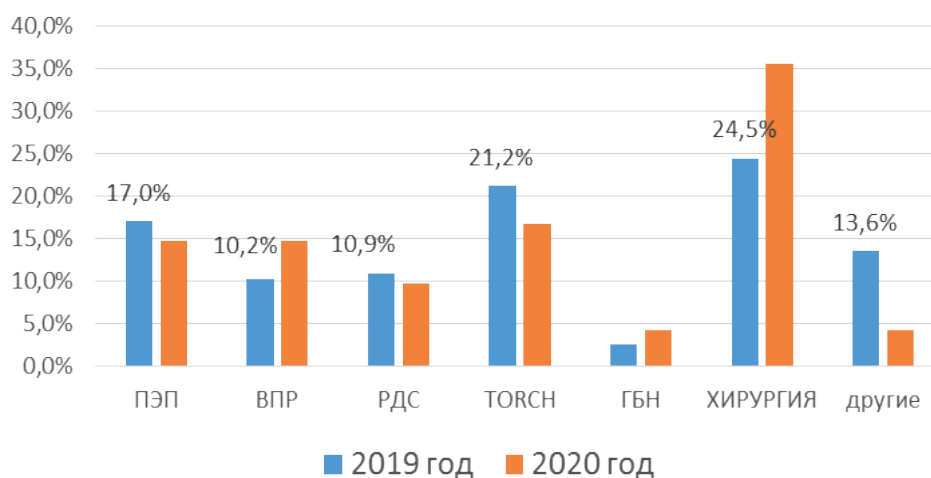
**Диаграмма 1**



Всем новорожденным проведен мониторинг клинический, аппаратный, лабораторный: стандартное лабораторно-инструментальное обследование, включающее мониторинг кислотно-основного состояния артериальной крови, общеклинические анализы крови и мочи, биохимические (определение содержания общего белка, мочевины, креатинина, глюкозы, билирубина, электролитов, аспарагиновой и аланиновой трансаминаз, С-реактивного белка, PCT-Q), исследование крови на маркеры внутриутробных инфекций методом иммуноферментного анализа с определением уровня специфических иммуноглобулинов М и G, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, регистрация электрокардиограммы. Ультразвуковые обследования (головного мозга, сердца, органов брюшной полости, забрюшинного пространства), по показаниям выполнялась электроэнцефалография. Большинство обратившихся новорожденных по частоте встречаемости соматической патологии респираторно-дистресс синдрома стояли на третьем месте (диаграмма2).

### Нозология патологии исследуемых новорожденных

Диаграмма 2



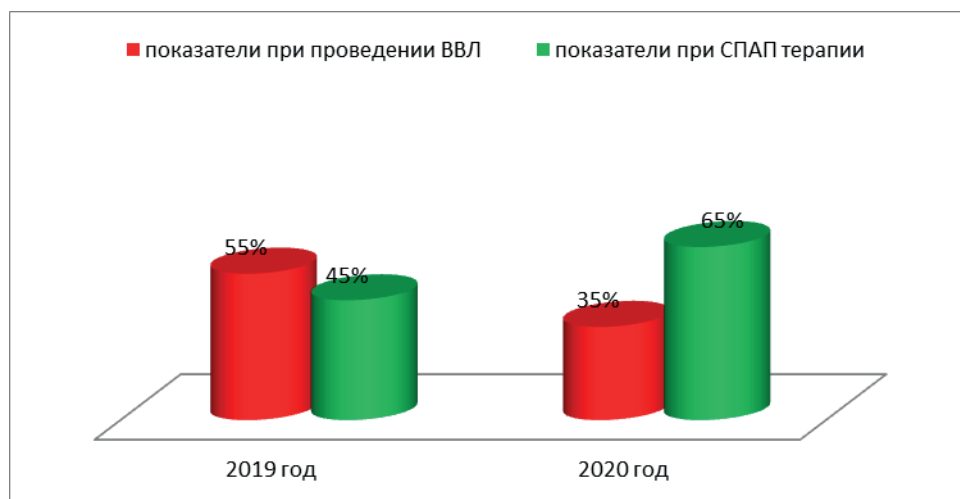
Клиническое обследование детей проводилось ежедневно во время их нахождения в отделениях интенсивной терапии новорожденных, а также в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей до выписки из стационара по общепринятой методике. Оно включало в себя общий медицинский осмотр, постоянный кардио-респираторный мониторинг, контроль насыщения крови кислородом (SpO<sub>2</sub>), артериального давления, массы тела и суточного диуреза. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакета программ Statistica 7.0 (StatSoft, USA). Качественные признаки описывались в виде долей и абсолютных значений. Для количественных признаков вычислялись медиана, крайние квартили. Определялся относительный риск заболевания и коэффициент корреляционных взаимосвязей Пирсона.

Результаты и обсуждение. Все новорожденные матери которых получали во время беременности из-за отягощенного анамнеза кортикостероидную терапию имели малый риск к синдрому дыхательных расстройств [6]. При исследовании детей обеих групп было обнаружена гипоксемия. Данные кислотно-основного состояния артериальной крови и пульсоксиметрия полностью подтвердили наличие гипоксемии и смешанного ацидоза у обеих групп новорожденных. Максимальное увеличение PaO<sub>2</sub> на 3-5 мм.рт.ст было отмечено у новорожденных I группы. Диагностика синдрома дыхательных расстройств была подтверждена рентгенологическими исследованиями. При рентгенологическом исследовании у 9 новорожденных II группы небольшое уменьшение пневматизации, у 10 новорожденных была обнаружена рентгенологическая картина «матовые легкие». У 20 новорожденных I группы было обнаружено диффузное снижение прозрачности легочных полей, ретикулогранулярный рисунок и полосы просветлений в области корня легкого. При применении спонтанного дыхания с аппаратом Medin-cno (GermanyDeutscheZusammenarbeit) при помощи назальных канюль было подтверждено улучшение клинико-лабораторного и рентгенологического статуса обследуемых новорожденных.

Спонтанное дыхание с аппаратом Medin-cno (GermanyDeutcheZusammenarbeit) при помощи назальных канюль новорожденных детей приводит к увеличению в  $\text{PaO}_2$  артериальной крови [7, 8, 10]. Повышенное давление препятствуя экспираторному закрытию дыхательных путей, компенсировало снижение уровня сурфактанта в организме новорожденного [4, 5, 9]. В связи с чем нами было отмечено расправление гиповентилируемых и ателектизированных участков легких в рентгенологических исследованиях. Большинство новорожденных получали оксигенотерапию с аппаратом Medin-cno (GermanyDeutcheZusammenarbeit) при помощи назальных канюль(диаграмма3).

### Показатели ВВЛ и СПАП терапии

Диаграмма 3



С улучшением диффузионной способности легких при СПАП увеличилась сатурация крови до 90-95 %. При воздействии данного метода лечения улучшилось сердечные сокращения, артериальное и пульсовое давление, улучшилась сократительная функция миокарда в обеих обследуемых группах новорожденных.

Выводы. Спонтанное дыхание с Medin-cno (GermanyDeutcheZusammenarbeit) при помощи назальных канюль является технически простым и эффективным методом коррекции гипоксемии при респиратор дистресс синдроме. Основное физиологическое действие метода заключается в улучшении регионарных вентиляционно-перфузионных отношений, увеличении диффузионной способности легких, а также в коррекции нарушений механики путем активации сурфактанта и предотвращения экспираторного спадения бронхов. Применение данного метода лечения у недоношенных новорожденных с синдромом дыхательных расстройств привело к повышению давления в легких  $\text{PaO}_2$  возросло на 10-20 ммрт.ст при неизменной концентрации кислорода в дыхательной смеси.

#### Список литературы:

1. Давыдова, И. В. Формирование, течение и исходы бронхолегочной дисплазии у детей: автореф. дис. д-ра мед. наук: 14.01.08 / Давыдова Ирина Владимировна. — М., 2010. — 48 с.
2. Диагностическая значимость признаков пневмонии у новорожденных детей / В. В. Зубков, Е. Н. Байбарина, И. И. Рюмина, Д. Н. Дегтярев // Акушерство и гинекология. — 2012. — № 7. — С. 68—73.
3. Сафонов, И. В. Респираторный дистресс - синдром новорожденных: профилактика и методы терапии / И. В. Сафонов, В. А. Гребенников // Рос. журн. анестезиологии и интенсивной терапии. — 2020. — № 1. — С. 69—80.
4. Тресорукова, О. В. Функциональное состояние дыхательной системы у недоношенных детей по результатам бронхофонографического исследования: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.09 / Тресорукова Ольга Витальевна. — М., 2007. — 20 с.
5. Jobe AH, Steinhorn R. Can we define Bronchopulmonary dysplasia? J Pediatr. 2017; 188:19–23.
6. Jobe AH, Bancalari E. Bronchopulmonary dysplasia. Am J Respir Crit Care Med. 2001;163(7):1723–9.

7. Isayama T, Lee SK, Yang J, et al. Revisiting the definition of Bronchopulmonary dysplasia: effect of changing panoply of respiratory support for preterm neonates. *JAMA Pediatr.* 2017;171(3):271–9.
8. Organization WH. ICD-11 international classification of diseases 11th revision – the global standard for diagnostic health information. 2018.
9. Stoll BJ, Hansen NI, Bell EF, et al. Trends in care practices, morbidity, and mortality of extremely preterm neonates, 1993-2012. *Jama.* 2015;314(10):1039–51.
10. Choi YB, Lee J, Park J, Jun YH. Impact of prolonged mechanical ventilation in very low birth weight infants: results from a National Cohort Study. *J Pediatr.* 2018; 194:34–9 e33.



## ПРИМЕНЕНИЕ СОРБЦИОННО-АПЛИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАЗЛИТЫХ ФЛЕГМОНАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Гаффаров У.Б., Ибрагимов Д.Д., Ахмедов Б.С.  
Самаркандский государственный  
медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Доказано, что лечение осложненных форм флегмон челюстно-лицевой области и шеи до сих пор является проблематичной и чрезвычайно актуальной задачей. Следует отметить неисчислимые публикации в мировой медицинской литературе, многочисленные, неоднократные обсуждения на всевозможных отечественных и зарубежных медицинских съездах, и форумах по данной тематике. В основном первопричиной подобного рода флегмон является одонтогенная инфекция.

Высокой значимостью со степенью опасности и критических результатов обладают разлитые флегмоны дна полости рта и шеи. От общего количества хирургических больных пациенты с гнойно-воспалительными заболеваниями различного расположения составляют от 35 до 55%, их количество из года в год не проявляет тенденции к уменьшению. А число хирургических больных челюстно-лицевого стационара с острыми воспалительными процессами челюстно-лицевой области и шеи насчитывает 68,5–61,3%.

Следует отметить увеличение удельного веса пациентов с прогрессирующими тяжелыми формами гнойно-воспалительных заболеваний – флегмонами дна полости рта, осложненными сепсисом, медиастинитом, тромбозом, кавернозным синус тромбозом, тромбозом, часто приводящими к летальным исходам. Проведенными исследованиями доказано, что прогрессирующая гнойная инфекция, нередко являющаяся причиной различных гнойных заболеваний полости рта, а также заболеваний зубов, обусловлена воздействием неблагоприятных причин в полости рта, частыми проявлениями устойчивости патогенных заболеваний к антибиотикам, изменением иммунологической реактивности организма. Обширные флегмоны дна полости рта и шеи чреваты неблагоприятными исходами. Чтобы минимизировать подобное, важным моментом представляются качественная диагностика и правильное хирургическое лечение. Радикальность хирургического вмешательства зависит от степени развития гнойно-воспалительного процесса, а также от характера вызвавшего его микробного агента (аэробы и анаэробы). Особенности строения ЧЛО (большой объем клетчатки, хорошо развитое кровоснабжение) определяют общие характеристики воспалительных процессов, которые сопровождаются обширными и быстро нарастающими коллатеральными отеками, инфильтрацией тканей. Учитывая это, наряду с выполнением необходимого хирургического вмешательства, в целях профилактики и лечения осложнений проводится антибактериальная и противовоспалительная терапия. Однако постоянно увеличивающийся арсенал медикаментозных средств и методов физиотерапии, используемых для лечения последствий воспалительного процесса, не всегда приводит к желаемому результату. Поиск новых эффективных способов лечения, предупреждающих развитие осложнений, является одной из актуальных проблем челюстно-лицевой хирургии. В связи с этим встает острая необходимость поиска и разработки доступных и, в то же время, эффективных лекарственных средств и подходов к лечению раневой инфекции, отвечающих современным требованиям.

Таким образом, обширные флегмоны дна полости рта и шеи нуждаются в качественной диагностике и адекватном хирургическом лечении.

Материал и методы исследования: Пациент Т., 1991 г.р., обратился в Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (СФРНЦЭМП) в тяжелом состоянии, после осмотра хирургов приемного покоя. Было принято решение вызвать челюстно-лицевого хирурга по линии санитарной авиации. На момент осмотра больной предъявлял жалобы на боли и припухлость в области дна полости рта, затрудненное болезненное глотание, ограничение открывания рта. Отмечал общую слабость, недомогание, нарушение сна, повышение температуры тела до 38,5 °С. Со слов пациента, был болен в течение 4 суток. Начало заболевания связывал с переохлаждением, когда заболел зуб. Никуда не обращался, занимался самолечением. Постепенно состояние ухудшилось, появились вышеперечисленные жалобы. При госпитализации общее состояние средней тяжести. Кожные покровы, дыхательная и сердечно-сосудистая система без особенностей. Лицо бледное, отек мягких тканей под-

челюстных областей справа и слева и подподбородочной области. Инфильтрат не имел отчетливых границ и захватывал всю толщу дна полости рта. Кожа над ним была гиперемирована, отечна, пальпаторно резко болезненна, в складку не собиралась. Рот полуоткрыт, открывание его ограничено до 2,5 см, болезненное. Глотание затруднено. Слизистая оболочка подъязычной области выбухла в виде валика выше коронок зубов, покрыта фибринозным налетом. Изо рта - зловонный запах. Зуб 38 (левый нижний 3-й моляр) на 90% разрушен, перкуссия зуба резко болезненная. Прикус ортогнатический. Имелось поражение кариесом остальных зубов. Поставлен клинический диагноз: «одонтогенная гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта от 38 зуба».

Произведена операция вскрытие флегмоны дна полости рта, удаление 38 зуба, раны промыты в большом количестве антисептиками растворами таких как, 3% перекиси водорода, раствор декасана, между разрезами создана контрапертура, выполнена рыхлая тампонада тунда, резиновой дренажу с гипертоническим раствором и был госпитализирован в отделение реанимации СФРНЦЭМП. На 5-й день заболевания больного в состоянии средней тяжести был переведен в отделение челюстно-лицевой хирургии городского медицинского объединения центральной больницы города Самарканда. 04.01.2021 г. в 13:55 с диагнозом: «обострение хронического периодонтита 38 зуба, одонтогенная гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта» состояние после вскрытия флегмоны.

В анализе крови от 04.01.2021 г. - лейкоцитоз ( $17 \times 10^9/\text{л}$ ) с палочкоядерным сдвигом (25 %), ускорение СОЭ до 34 мм/час.

В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия (цефтроксион, метрид). Для улучшения микроциркуляции вводился реополиглюкин, анальгетики и димедрол - по показаниям. Состояние пациента расценивается как соответствующее тяжести перенесенной операции. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки - усиление и деформация легочного рисунка за счет хронического бронхита, уплощение медиастинальной плевры справа.

08.01.2021 г. состояние больного ухудшилось: появились гиперемия и отек боковой поверхности шеи слева. Диагностирован передний медиастинит слева и в тот же день проведен консилиум с участием общих хирургов, торакальных хирургов, врача реаниматологов и было принято решение провести операцию вскрытие левой глубоко шейной флегмонозной очага с односторонней медиастинотомии по Разумовскому. Проведена операция под общим эндотрахеальным наркозом с участием челюстно-лицевых хирургов, общих хирургов, торакальных хирургов и реаниматологов. Получено обильный гной с ихорозным запахом из области глубокой межмышечной, межфасциальной пространства шеи слева и из предтрахеального пространства.



**Рис. 1. Пациент Т. после вскрытия одонтогенной гнилостно-некротической флегмоны дна полости рта: дренировано дно полости рта, глубокие пространства шеи.**

До 12.01.2021 г. пациент находился в отделении реанимации и интенсивной терапии, где проводилось комплексное (местное, общее) лечебное мероприятие. Проводилось антибактериальное, заместительное и симптоматическое лечение. Для коррекции гипопротейнемии и анемии неоднократно переливалась одногруппная плазматрансфузия. Проводились ежедневное, двухкратное перевязки рану равномерно засыпали порошок «Целоформ», лечебно-санационная бронхоскопия. Картина крови (от 11.01.2021 г.): НБ – 98

г/л, эр. -  $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $12 \times 10^9$ /л (эоз. - 0 %, п/я - 6 %, с/я - 84 %, лимф. - 7 %, мон. - 2 %). После стабилизации состояния переведен в отделение гнойной хирургии. На контрольных рентгенограммах отмечено расправление левого легкого, уменьшение тени средостения. Плевра оставалась утолщенной на всем протяжении. В последующие дни заболевания клиническая картина заболевания пошло в хорошую сторону. В динамике рентгенологическая картина улучшалась и к 25.01.2021 г. на контрольной обзорной рентгенограмме органов грудной клетки левого легкое расправилось, в верхних отделах инфильтрация уменьшилась как по интенсивности, так и по размерам. В нижних отделах сохранилось утолщение плевры и небольшое количество жидкости слева.

Результаты: Результаты использования сорбента «Целоформ» в комплексном лечении больных ОФ свидетельствуют также об улучшении цитологических показателей. В фазу воспаления сорбент ускоряет очищение гнойной раны, а в фазы гранулирования и эпителизации действует как протектор репаративных процессов.



**Рис. 2. Больной Т. 42 года. Одонтогенная флегмона дна полости рта, флегмоной шеи слева (состоянии после операции с использования сорбента «Целоформ»)**

По заживлению ран на шее, при отсутствии гнойного отделяемого выполнялось сближение краев ран, произведена операция наложение вторичного шва. Объем выделений из дренажных трубок постепенно уменьшался. 07.02.2021 г. выписан в удовлетворительном состоянии с дренажной трубкой под наблюдение хирурга и челюстно-лицевого хирурга по месту жительства.

Заключения: Не смотря на медицинское знание населения по проведению широких стоматологических профилактических мероприятий таких форм флегмон челюстно-лицевой области как гнилостное некротические флегмоны дна полости рта встречаются, и эти флегмоны нуждаются в своевременном диагностирование и хирургическом лечение, чтобы предотвратить различных, сложных осложнений и летального исхода. Применение сорбента «Целоформ» является патогенетически обоснованным средством местного лечения больных одонтогенными флегмонами во всех фазах раневого процесса.

#### Список литературы:

1. Александров М.Т., Бажанов Н.Н., Титова С.Н Экспресс-метод оценки эффективности лечения гнойной раны на основе применения лазерно-флюоресцентной фотометрии// Стоматология для всех. 2002. №2. С.14-16.
2. Бажанов Н.Н., Александров М.Т., Черкесов И.В. Применение мирамистина для лечения больных одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области //Стоматология. 2006. №3. С.24-26.
3. Бернадский Ю.Н. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. М.: Медицинская литература, 2000. 416 с.
4. Воложин А.И., Порядин Г.В. Патофизиология. М.: Академия, 2006. Т.1. 271 с.
5. Гюнтер В.Э., Дамбаев Г.Ц., Сысолятин П.Г. и др. Медицинские материалы и имплантаты с памятью формы. Томск, 1998. 490 с.
6. Ибрагимов Д.Д., Гаффаров У.Б., Исхакова З.Ш., Рустамова Г., Усмонов Р.Ф. Основные свойства препарата «лорамор» в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. //Материалы IV Международной научно – практической конференции молодых ученых и студентов, IV Форума медицинских и фармацевтических ВУЗов России «За качественное образование» 10 - 12 апреля 2019 г. Екатеринбург.

7. Ибрагимов Д.Д., Гаффаров У.Б., Ахмедов Б.С. Эффективность препарата бактизева в комплексном лечении воспалительных процессов челюстно-лицевой области. //Материалы XIV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов 2019г. Республика Таджикистан.

8. Ибрагимов Д. Д., Гаффаров У. Б., Валиева Ф. С., Усманов Р.Ф. Применение препарата «отвара аниса» в комплексной терапии гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. //II Международной научно-практической on-line конференции Актуальные вопросы медицинской науки в XXI веке Ташкент 2019г.

9. Егорова О.А., Козлов В.А., Шульман Ф.И. Особенности клинического течения одонтогенного медиастинита // Материалы 6-ой международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. СПб, 2001. С. 42

10. Кравченко, В.В., Лещенко И.Г. Диагностика и лечение гнойной стоматологической инфекции. Самара: Перспектива, 2003. 248 с.

12. Робустова Т.Г. Одонтогенные воспалительные заболевания. М.: Медицина, 2006. 662 с.

## ИСХОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНСУЛЬТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Дильмурадова К. Р.

Самаркандский государственный  
медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

**Введение.** Острые нарушения мозгового кровообращения являются важнейшей медико-социальной проблемой [1, 6, 11]. Проблема инсультов в младенческом возрасте приобрела наибольшую актуальность в связи с ростом их распространенности, высокой смертностью и тяжелыми неврологическими исходами, приводящими к ранней детской неврологической инвалидности [5, 9, 10]. Результаты эпидемиологических исследований последних лет, касающихся частоты встречаемости инсультов у новорождённых различны, но в большинстве работ она составляет 2–3/100000 в год. Согласно данным литературы, большинство авторов полагает, что геморрагический инсульт у детей раннего возраста носит полиэтиологичный характер [2, 4, 7]. В этой связи главная проблема неонатологии – профилактика геморрагических осложнений требует мобилизации усилий специалистов ряда профилей (неонатологов, нейрохирургов, гематологов, педиатров, окулистов, акушер - гинекологов, невропатологов, инфекционистов). Острой остается проблема обеспечения периоперационного ведения детей с нетравматическим кровоизлиянием в мозг -хирургического удаления гематомы [3, 8].

Клинические проявления инсульта у новорождённых весьма разнообразны, его диагностика значительно затруднена из-за отсутствия четкой идентификации и описания ощущений больными. Описанные в литературе клинические симптомы и признаки инсульта недостаточны для выявления инсульта у новорожденных. Вследствие этого инсульт у новорождённых в большинстве случаев диагностируется поздно или вовсе не устанавливается, а клинические проявления заболевания объясняются иными причинами. Лечебно-профилактическая помощь во многих случаях запаздывает, что ведёт к развитию необратимых последствий и увеличению количества инвалидов детства, хотя во многих случаях этого можно избежать [2, 9].

**Материал и методы:** Обследовано всего 48 новорожденных с геморрагическим инсультом: мальчиков – 28, девочек – 20. В группу неоперированных (1 группа) включены дети, получавшие только консервативную терапию (8 детей), включавшую возмещение дефицита ОЦК (гемоплазмотрансфузии), противоотечную, противовоспалительную коррекцию. У младенцев этой группы выявлены небольшие объемы гематомы, не требовавшие хирургического удаления или труднодоступной локализации кровоизлияния, отмечалась положительная динамика при проведении консервативной терапии. У этих новорожденных отмечались несущественные отклонения в гомеостазе. После улучшения состояния выписаны 48 новорожденных, из них без хирургического вмешательства – 8, до (20 больных – 2 группа) и после операции удаления гематомы (20 детей – 3 группа). Диагноз подтвержден методом компьютерной томографии (КТ). Сопутствующая инфекция - герпес, цитомегаловирусная, хламидиоз, пневмония выявлены у 25 новорожденных, у 23 отрицательный результат обследования. Функциональная незрелость печени выявлена у 6 новорожденных.

Состояние центральной гемодинамики оценивали мониторингом следующих показателей: минутного объема крови (МОК), ударного объема (УО), показателей систолического (САД), пульсового (ПАД), среднего (СрАД), диастолического (ДАД) артериального давления, общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС), частоты сердечного сокращения (ЧСС), показателя потребления миокардом кислорода. Динамику симпатического тонуса оценивали по индексу минутного объема крови (QV<sub>m</sub>). Способ расчета минутного объема кровообращения (МОК) и общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС) заимствован из материалов клинико-функциональных результатов исследований взрослых кардиологов. Мониторинг осуществлялся аппаратами 1- Nihon Kohden (Япония), DatexOhmedia (Испания), Охура INeo (Япония). Статистическая обработка полученных результатов проводилась на компьютере с помощью программ ExcelMicrosoft. Для сравнения средних величин использован критерий Стьюдента - t. Для сравнительной оценки результатов и выявления возможных взаимосвязанных событий применялся метод парных корреляций.

**Результаты:** В первые сутки лечения среднесуточный показатель САД у новорожденных 1 группы оказался повышен на 23% при нормальном уровне диастолического АД. То есть выявлен

гипердинамический тип кровообращения, который выражался также в увеличении ПАД, тенденции к росту среднего АД до  $58,8 \pm 6,2$  мм.рт.ст., обусловивших повышение потребления миокардом кислорода на 20% ( $p < 0,05$ ), увеличение минутного объема кровообращения на 78%, при нормальном среднесуточном показателе ЧСС, показателе сатурации кислорода. Компенсаторный характер гипердинамического типа гемодинамики на протяжении всего периода лечения подтверждался стабильным уровнем среднесуточного показателя сатурации кислорода. Показатель потребления миокардом кислорода оставался повышенным относительно нормы на протяжении всего наблюдения, с тенденцией к уменьшению на 10% на 10,12,13 сутки.

До операции изучены параметры гемодинамики у 14 новорожденных (2 группа), после лечебной подготовки все они были оперированы. В послеоперационном периоде 8 из них переведены в нейрохирургическое отделение на 2 сутки после операции, оставшиеся 6 - на 4-6 сутки после операции. В предоперационном периоде среднесуточные показатели гемодинамики, ЧСС, ЦВД, ЧД, сатурации кислорода находились в пределах нормальных физиологических значений. В 1 сутки выявлено повышение потребления миокардом кислорода на 11%, увеличение МОК на 70% в условиях отсутствия признаков гиперсимпатикотонии ( $QV_m = 1,05 \pm 0,01$ ).

Наклонность функциональной активности гемодинамики к гипердинамии во 2 группе была результатом не только внутримозгового кровоизлияния, но также реакцией сердечно-сосудистой системы на гемотрансфузию, проведенной всем новорожденным в период подготовки к операции. Возмещение дефицита ОЦК обусловило стабильность среднесуточных параметров гемодинамики в обеих группах, неврологическая симптоматика при поступлении соответствовала основному заболеванию. Введение эритроцитарной массы и СЗП при поступлении восстанавливало не только ОЦК, газотранспортную функцию, кислородную емкость крови, но и онкотическое давление, реологические свойства, возмещение дефицита факторов свертывания, гемостаз.

В первые сутки после операции у больных 3 группы (таблица) показатели температуры тела, САД, ДАД, Ср АД, ЦВД, ЧСС, ЧД, показатель сатурации кислорода, показатель симпатического тонуса были в пределах нормы. Однако при этом потребление миокардом кислорода было повышенным на 17%, МОК – на 70 % ( $p < 0,05$ ). На 2-4 сутки послеоперационного периода наклонность к повышению температуры до субфебрильных цифр ( $37,2 \pm 0,16^\circ$ ) обусловила повышение влияния симпатического тонуса на сердечный ритм на 21% на 2 сутки, не увеличивая потребление миокардом кислорода, МОК.

Таблица

Среднесуточные показатели гемодинамики у новорожденных после операции (3 группа)

Дни	САД мм.рт.ст.	ДАД мм.рт.ст.	ПАД мм.рт.ст.	Ср АД мм.рт.ст.	ЦВД мм.в.ст.	ЧД в мин.	ЧСС уд.в мин.	SpO <sub>2</sub> %	Потр миок O <sub>2</sub>	МОК л/мин	QV <sub>m</sub> ед	УО, мл	ОПСС дин*с*см <sup>-5</sup> м
1	81,8 ±4,7	44,4 ±3,5	35,9 ±2,5	46,4 ±4,2	54,9 ±2,5	36,5 ±3,3	143,4 ±5,8	98,7 ±0,6	117,4 ±0,3	817,4 ±36,1	1,09 ±0,03	5,7 ±0,2	801 ±105
2	81,5 ±4,7	41,8 ±3,3	39,3 ±4,8	42,4 ±5,8	58,6 ±3,8	41,1 ±6,3	145,2 ±10,2	98,0 ±1,1	118,4 ±0,5	927,8 ±124,3	1,2 ±0,01	6,4 ±0,2	703 ±120
3	84,1 ±6,0	42,7 ±3,5	38,6 ±3,2	45,9 ±3,8	48,8 ±3,4	40,0 ±5,7	140,4 ±6,9	97,9 ±1,0	118,1 ±0,4	855,7 ±47,9	1,19 ±0,01	6,1 ±0,9	786 ±99
4	85,9 ±2,	46,0 ±2,8	34,3 ±6,5	44,7 ±4,8	56,5 ±6,1	39,1 ±6,5	139,6 ±11,4	97,5 ±0,9	120,0 ±0,3	726,9 ±267,7	1,01 ±0,01	5,2 ±0,4	945 ±82
5	84,1 ±6,1	45,2 ±4,3	38,1 ±3,2	51,7 ±2,4	46,1 ±5,3	41,1 ±2,5	138,8 ±11,5	97,1 ±1,1	116,8 ±0,7	817,8 ±71,4	1,10 ±0,01	5,9 ±0,2	823 ±92
6	79,8 ±3,5	43,9 ±3,5	33,6 ±2,9	40,8 ±4,3	57,2 ±6,2	43,0 ±1,8	135,8 ±6,9	98,2 ±0,7	108,4 ±0,2	739,1 ±57,1	0,9 ±0,01	5,4 ±0,3	864 ±86
7	84,1	42,1	34,1	36,3	52,1	42,2	136,5	97,5	114,9	739,4	0,9	5,4	910

	±3,7	±0,7	±7,1	±6,7	±6,5	±2,6	±5,1	±0,8	±0,2	±160,8	±0,01	±0,4	±188
8	85,4	44,0	37,5	40,3	63,9	41,9	141,3	97,1	120,8	819,1	1,1	5,8	834
	±4,4	±2,3	±4,1	±2,6	±7,1	±3,4	±7,9	±0,5	±0,4	±95,9	±0,01	±0,1	±74
9	84,1	43,7	33,3	47,8	61,5	40,4	141,6	97,6	119,2	738,7	1,0	5,2	911
	±0,1	±1,5	±4,3	±8,7	±5,9	±3,4	±4,3	±0,2	±0,3	±225,3	±0,01	±0,8	±87
10	81,7	43,00	29,3	43,3	60,0	41,6	137,6	98,1	112,5	648,1	0,8	4,7	1009
	±2,1	±2,57	±2,04	±7,85	8,00	±2,87	±12,81	±0,44	±0,3	±111,1	±0,01	±0,7	±153

**Обсуждение:** Выявленные изменения гемодинамики в группе неоперированных новорожденных характеризуют формирование гипердинамического типа кровообращения, обусловленного стрессовой гиперсимпатотонической реакцией на кровоизлияние в головной мозг. Подтверждением является повышение уровня симпатического тонуса в 1 сутки на 20% в условиях нормальной температуры тела. Стабильно увеличенный минутный объем кровообращения был обусловлен гиперсимпатотонией. Обнаруженный у данной группы новорожденных гипердинамический тип кровообращения, скорее всего, носил приспособительный характер, и перестройка гемодинамики была направлена на поддержание необходимого уровня внутричерепного кровообращения в ответ на кровоизлияние в головной мозг у новорожденных. Однако вазоактивный эффект медикаментозной коррекции (барбитураты, лидокаин, сульфат магния), о чем свидетельствует на протяжении всего наблюдения склонность к снижению общего периферического сосудистого сопротивления оказывал стресслимитирующее действие, уменьшая потребность тканей в кислороде, улучшая перфузию тканей в ишемизированной зоне мозга, противоотечное действие

Повышенное потребление миокардом кислорода, выявленное у обследованных 2 группы, при отсутствии признаков гиперсимпатикотонии, по-видимому, имеет компенсаторные механизмы развития, которые в условиях гемотрансфузионной терапии (повышения МОК) позволяют сохранять стабильные показатели САД, ДАД, СрАД, ЦВД.

Сравнительно меньшее количество гемо- и плазмотрансфузий в послеоперационном периоде (3 группа) обусловлено тем, что на операцию дети шли с уже восстановленным, во время предоперационной подготовки, ОЦК и незначительной интраоперационной кровопотерей. В последующие дни наблюдения необходимость повторной гемо- и плазмотрансфузии возникала в единичных случаях. У новорожденных после операции наблюдалась тенденция к стрессовой мобилизации гемодинамики, характерной для адаптивной мобилизации компенсаторных механизмов в послеоперационном периоде.

**Заключение.** В группе оперированных новорожденных (до операции) выявлены гипердинамический тип кровообращения приспособительного характера и признаки перестройки гемодинамики, направленной на поддержание необходимого уровня внутричерепного кровообращения в ответ на мозговое кровоизлияние у новорожденных.

С целью стабилизации достигнутых результатов хирургического лечения целесообразно увеличить продолжительность медикаментозной коррекции на 2-3 дня (до 10 дней после операции). При геморрагическом инсульте у новорожденных отмечаются выраженные нарушения деятельности сердечно – сосудистой системы. Исходы хирургического лечения зависят от особенностей проведения послеоперационной интенсивной терапии новорожденных с учетом состояния сердечно-сосудистой системы.

### Список литературы.

1. Дильмурадова К.Р., Мухитдинова Х.Н., Расулева Н.Р. Геморрагический инсульт младенцев. Оптимизация лечения. 2018.-Т.- Baktriapress.
2. Баранов А. А. Состояние здоровья детей в Российской Федерации. Педиатрия. 2012.-3(91). - с.9-14.
3. Кайгородцева Т.В., Михеева П.А. Безопасная беременность и здоровье новорожденных. Обзор документационного Центра ВОЗ. Информационный бюллетень для руководителей здравоохранения. 2007. -№25.-с.1-6.
4. Комарова И.Б., Зыков В.П. Классификация CASCADE артериального ишемического инсульта в детском возрасте. Журнал неврологии и психиатрии. 2013.-№5(2).-с.10-15.
5. Львова О.А., Шалькевич Л.В., Тырсин А.Н. и др. Факторы семейного анте- интрана-

тального анамнеза в прогнозировании развития инсульта у детей. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2005.-№1(60).-с.58-65.

6. Ляпин А.П., Касаткина Т.Н., Рубин А.Н. Внутричерепные кровоизлияния как проявление поздней геморрагической болезни новорожденных. Педиатрия. 2013.- №2(92).-с.38-42.

7. Рогоза А.Н., Агальцов М.В., Сергеева М.В. Суточное мониторирование артериального давления: варианты врачебных заключений и комментарии. Нижний Новгород. 2005.

8. Студеникина В.М., Шамансуров Ш.Ш. Неонатальная неврология (коллективная монография). 2014.-М., Медфорум. 264с.

9. Busfield A., Sanwel R., McNinch A., Tripp J. H. Vitamin K deficiency bleeding after NICE guidance and withdrawal of Konakion Neonatal: British Paediatric Surveillance Unit Study, 2006-2008. Arch. Dis. Child. 2013. - №1(98). -с.41-47.

10. Marret S., Jadas V., Kieffer A. et al. Hypoxic-ischemia and encephalopathy in at-term newborn. Arch. Pediatr. 9(21). - 2014. -pp.1026-1034.

11. Sharipov R., Akhmedova M.M., Rasulov A.S., Dilmuradova K.R., Rabbimova D.T. Justification of the need for correction of neurological disturbances in treatment of respiratory diseases in children. European Journal of Molecular and Clinical Medicine. 2020.- №7(2), pp.2988-2995.



**СКЛЕРОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЛИМФАТИЧЕСКИХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ.****Досмухамедова<sup>1</sup> Л.В., Хагуров<sup>2</sup> Р.А., Эргашев<sup>3</sup> Б.Б., Мухтаров<sup>3</sup> Ж.У., Идрис<sup>2</sup> Л.Я.**

1 Клиника "Hayatmedicalcentre", г. Ташкент, Узбекистан;

2 Детская городская клиническая больница им. Филатова, г. Москва, Россия;

3 Республиканский перинатальный центр, г. Ташкент, Узбекистан

Введение. Лимфатические мальформации - это глубоко расположенные сосудистые аномалии лимфатической системы, встречающиеся у одного из 2000 - 4000 новорожденных. До развития малоинвазивных способов лечения, лечение лимфатических мальформаций основывалось на их хирургическом удалении. На сегодняшний день одним из таких методов является склеротерапия.

Цель: оценить эффективность склерозирующих препаратов в лечении детей с лимфатической мальформацией.

Материал и методы: ретроспективно проанализированы данные всех пациентов с лимфатической мальформацией (ЛМ) разной локализации, находившихся на стационарном лечении в нашей клинике с 2017 года по 2020 год. В исследование включены все пациенты с макрокистозными ЛМ, которые были клинически диагностированы и подтверждены исследованиями, с последующим внутриочаговым введением раствора Блеомицина. Пациенты с микрокистозными формами ЛМ, ассоциированные с другими сосудистыми аномалиями, а также с внутригрудной с забрюшинной локализацией были исключены из исследования. В исследование включены только дети.

Всем пациентам вводился раствор Блеомицина под контролем ультразвукового исследования после предварительной аспирационной пробы по получению лимфатической жидкости. Каждому из пациентов выполнено от 1 до 6 сеансов введения Блеомицина с интервалом в 4-6 недель. Ответ на терапию контролировали клинически при помощи измерения размеров длины и ширины видимого образования, а также с помощью УЗИ. Также учитывались субъективные параметры для оценки клинического эффекта, такие как косметическое состояние образования и самочувствие пациента.

Результаты. С 2017 г. по 2020 г. на базе нашей клиники находились 19 пациентов с диагнозом лимфатическая мальформация. Возраст пациентов составил от 1 месяца до 3 лет (в среднем 1 год и 3 месяца). Соотношение девочек и мальчиков равнялось как 11 к 8, соответственно. Самой распространенной локализацией являлась область груди (12 пациентов), причем у 8 пациентов образование занимало переднюю заднюю и медиальную поверхности грудной клетки, у 4 пациентов образование распространялось на верхнюю конечность соответствующей стороны поражения. ЛМ в область бедра была обнаружена у 3 пациентов. Лимфатическая мальформация в области верхней конечности была диагностирована у 3 пациентов. Образование в паховой области и в области бедра было обнаружено у 1 пациента.

Во время УЗИ была обнаружено, что у 6 пациентов ЛМ представлена в виде одной крупной кисты, в то время как у остальных 13 пациентов было более одной кисты.

Процедура проводилась под седацией. Под контролем УЗИ осуществлялся прокол лимфатической мальформации с последующей аспирацией лимфатической жидкости. В очаг через канюлю вводился раствор Блеомицина из расчета 0,5 мг/кг массы тела. При мультикистозном поражении эту процедуру выполняли для каждой отдельной кисты с разделением общей дозы пропорционально размеру кист.

Из 19 пациентов 9 пациентам было проведено <3 сеансов, в то время как остальным 10 пациентам потребовалось 4 сеанса склеротерапии для получения желаемого ответа. Интересно, что 6 пациентам для полного исчезновения симптомов потребовался 1 сеанс. Ответ был отличным у 18 пациентов, в то время как у 1 пациента отмечался хороший результат. Пациентов с плохим ответом в исследовании не было.



Фото 1. Лимфатическая мальформация грудной клетки справа. Внешний вид образования до и через 2 года после лечения.



Фото 2. Лимфатическая мальформация области шеи слева. Внешний вид ребенка до и после лечения.



Фото 3. Лимфатическая мальформация грудной клетки слева. Внешний вид ребенка до и после лечения.

Заключение. В нашем исследовании все пациенты показали хороший результат после склерозирования лимфатической мальформации раствором Блеомицина. Желаемый эффект склерозирования наступил за счет местного действия препарата. Блеомицин имеет минимальный краткосрчный эффект и практически не имеет побочных эффектов. Данный метод является альтернативой хирургическому удалению лимфатической мальформации.

Представляется перспективным применение этого метода и интраоперационно при глубоком расположении кист.

**Список литературы:**

1. Mulliken JB, Fishman SJ, Burrows PE. Vascular anomalies. *Curr Probl Surg* 37 : 517, 2000 .
2. Shiels WE, II, Kang DR, Murakami JW, et al. Percutaneous treatment of lymphatic malformations. *Otolaryngol Head Neck Surg* 141 : 219 , 2009 .
3. Siniluoto TM, Svendsen PA, Wikholm GM, et al. Percutaneous sclerotherapy of venous malformation of the head and neck using sodium tetradecyl sulphate (sotradecol). *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 31 : 145 , 1997 .
4. Smith MC , Zimmerman MB , Burke DK , et al. Efficacy and safety of OK-432 immunotherapy of lymphatic malformations. *Laryngoscope* 119 : 107 , 2009 .
5. Spence J, Krings T, Terbrugge KG, et al. Percutaneous sclerotherapy for facial venous malformations: Subjective clinical and objective MR imaging follow-up results. *AJNR. Am J Neuroradiol* 31 : 955 , 2010 .

## ТРАНСКУТАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ.

Досмухамедова<sup>1</sup> Л.В., Хагуров<sup>2</sup> Р.А., Эргашев<sup>3</sup> Б.Б., Мухтаров<sup>3</sup> Ж.У.

<sup>1</sup> Клиника "Nauatmedicalcentre", г. Ташкент, Узбекистан;

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница №13 им. Филатова, г. Москва, Россия;

<sup>3</sup> Республиканский перинатальный центр, г. Ташкент, Узбекистан

**Введение:** Благодаря широкому внедрению в практику врача современного диагностического оборудования для визуализации патологических объектов и оценки характеристик кровотока стало возможным использование малотравматичных методик в лечении мальформаций у детей.

**Цель:** Усовершенствовать и упростить способ лечения мальформаций у детей.

**Материал и методы:** за три года лечение получили 19 детей в возрасте от 1 месяца до 3 лет. В план инструментального и лабораторного обследования включались УЗДС, МРТ, коагулограмма, общеклинические анализы, а также проводились консультации смежных специалистов. Для диагностики очень информативным методом явилось УЗИ и МРТ, где хорошо визуализируются кисты, их количество, размеры, форма, наличие перегородок, состояние содержимого кист, распространенность процесса, связь с соседними органами и топография, важным являлась оценка кровотока вокруг кист, в их перегородках. На УЗИ проводилась оценка возможности чрескожной пункции, поиск зоны для предстоящей пункции в стороне от сосудов и прилежащих органов и тканей.

Зачастую лимфатические кисты имеют связь с прилежащей группой лимфатических узлов, что диагностируется по МРТ, последние могут определяться увеличенными.

Из анализов крови нужно отметить повышение Д-димера у больных с комбинированным поражением венозной и лимфатической системы и небольшое снижение общего белка крови до 55г/л у 6 больных с крупными кистами.

По локализации макрокисты были в области шеи у 4 больных в возрасте от 1 до 4 месяцев. В области грудной стенки лимфатическая мальформация была впервые диагностирована у 12 детей в возрасте от 1го до 8 месяцев, из них у 8 детей были гигантские кисты, занимающие переднюю, боковую и заднюю стороны, в 3 случаях с распространением и на верхнюю конечность с этой же стороны, а в одном случае было сочетание гигантской кисты грудной стенки с одиночной микрокистой на фаланге пальца. В этой группе у 6 детей была комбинированная лимфатико-венозная мальформация. У троих мальчиков 1-2 лет были крупные кисты связанные с паховой лимфатической системой и расположенные на бедре в 2 случаях и у 1 пациента были множественные крупные кисты над лоном, в мошонке и в верхней трети бедра.

**Результаты:** Для лечения методом чрескожной пункции, дренирования и склерозирования лимфатических кист были отобраны пациенты с крупными и гигантскими кистами. 19 детям проведено по 1 сеансу склерозирования в 6 случаях, по 2 сеанса в 9 случаях, по 3 сеанса проведено в 1 случае и по 4 сеанса проведено в случаях множественных кист грудной стенки у 3 детей. Под УЗИ навигацией в бессосудистой зоне проводилась пункция кисты венозным катетером, содержимое кисты опорожнялось максимально до «последней капли» и вводился раствор склерозанта. В 4 случаях применен вспененный 1% раствор фибро-вейна, в остальных случаях раствор блеомицина из расчета 0,5 мг/кг массы тела ребенка. Гигантские кисты как правило травмируются, поэтому содержимое пунктата в них было лимфо-геморрагического характера. В остальных случаях получена чисто лимфатическая жидкость. Объем эвакуированной жидкости из 1 кисты был от 10 до 500мл. После процедуры накладывались асептические повязки и в тех зонах где возможно, проводилась компрессия эластическим бинтом. В послеоперационном периоде после применения препарата фибро-вейн требовалось назначение анальгетиков. Из 19 пациентов полное склерозирование лимфатической кисты удалось достичь за 1-2 сеанса у 13 пациентов. У троих детей после 2-3 сеансов определялись остаточные полости объемом до 2 куб. см при отсутствии клинических проявлений, эти дети находятся под наблюдением, повторное склерозирование при стабильном течении не планируется. Сложными случаями являются комбинированная лимфатико-венозная мальформация. При таком сочетании лимфатические кисты окружены патологическими флэбэктазами в самых разных сочетаниях и комбинациях. У наших пациентов не было признаков нарушения периферического кровообращения, венозного стаза или отеков и флэболитов, что возможно связано с ранним возрастом, поэтому

мы начинали лечение со склерозирования лимфатических кист и давали рекомендации по ведению венозной мальформации.

Фото 1. Лимфатическая мальформация. Гигантская лимфатическая киста грудной клетки справа. Внешний вид ребенка до и через 2 года после лечения.



Фото 2. Лимфатическая мальформация шейной области слева. Макрокистозная форма. Внешний вид ребенка до и после лечения.



Фото 3. Лимфатическая мальформация грудной клетки слева. Макрокистозная форма. Внешний вид ребенка до и после лечения.



**Заключение:** Метод транскутанной пункции, дренирования и склерозирования лимфатических мальформаций показал очень хорошие результаты и представляется нам перспективным как альтернатива хирургическому методу. Применение такого метода исключает общехирургические послеоперационные осложнения связанные с раной, в том числе и длительную лимфорею, а также рецидив. Представляется перспективным применение этого метода и интраоперационно при глубоком расположении кист.

**Список литературы:**

1. Mulliken JB, Fishman SJ, Burrows PE. Vascular anomalies . Curr Probl Surg 37 : 517, 2000 .
2. Shiels W E, II, Kang D R, Murakami J W, et al. Percutaneous treatment of lymphatic malformations. Otolaryngol Head Neck Surg 141 : 219 , 2009 .
3. Siniluoto TM , Svendsen PA , Wikholm GM , et al. Percutaneous sclerotherapy of venous malformations of the head and neck using sodium tetradecyl sulphate (sotradecol). Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg 31 : 145 , 1997 .
4. Smith MC , Zimmerman MB , Burke DK , et al. Efficacy and safety of OK-432 immunotherapy of lymphatic malformations . Laryngoscope 119 : 107 , 2009 .
5. Spence J, Krings T, Terbrugge KG, et al. Percutaneous sclerotherapy for facial venous malformations: Subjective clinical and objective MR imaging follow-up results. AJNR. Am J Neuroradiol 31 : 955 , 2010 .

## ИНТЕРПРЕТАЦИЯ И ОЦЕНКА МЕТОДОВ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Жониев С. Ш., Шарипов И.Л.

Самаркандский государственный  
медицинский институт, Самарканд Узбекистан

Диффузный нетоксический и узловой зоб - это наиболее распространенная патология, на долю которой приходится до 60% всех случаев заболевания щитовидной железы [1]. Основное лечение данной патологии хирургическое. Изучение реакции организма на хирургическую травму показало, что кроме обезболивания и миорелаксации, целесообразны угнетение психических реакций, блокада патологических рефлексов, торможение вегетативной нервной системы и эндокринного аппарата, гиперригические реакции, которые сами могут явиться причиной серьезных нарушений в состоянии больных [3, 5, 8].

Целью нашей работы явилось: сравнение и анализ методов предоперационной подготовки у пациентов с заболеваниями щитовидной железы.

Материалы и методы исследования: Проведено исследования в течение 2018 – 2020 гг. на базе клиники Самаркандского Медицинского Института, отделений анестезиологии-реанимации и хирургии, у 72 пациентов с диагнозом диффузный нетоксический и узловой зоб. Среди обследованных больных было 8 мужчин (11,1%) и 64 женщины (88,9%) в возрасте от 32 до 68 лет. По возрасту, больные распределились следующим образом: от 32-45 лет – 13 человек (18,05 %), 46-60 лет – 49 человека (74,7 %), старше 60 лет – 10 человек (7,2%).

Объективный статус по классификации американского общества анестезиологов (ASA) II - 39 (54, 1%), III - 28 (38,9%), IV - 5 (6,9%). В соответствии с целью и задачами данного исследования, в зависимости от варианта предоперационной подготовки, пациенты были разделены на две группы. Первая группа (контрольная - n=34) – пациенты, которым проведена традиционная предоперационная терапия, II группа (исследуемая - n=38) - пациенты, в предоперационной подготовке которых проведена стресс протекторная и адаптогенная терапия сибазоном и дроперидолом.

Больным была выполнена субтотальная резекция щитовидной железы по О.В. Николаеву в плановом порядке, в условиях многокомпонентной комбинированной анестезии с тотальной миоплегией и искусственной вентиляцией легких.

Пролонгированная премедикация являлась особенностью предоперационной подготовки основной группы больных. Пациентам этой группы в течение 3 дней до операции в 20.00 часов в/м вводился сибазон 0,2-0,5 мг/кг. В премедикацию, в дополнение к стандартной, в/м за 30-40 минут до операции вводили сибазон в дозе 0,3-0,5 мг/кг и дроперидол 0,05-0,1 мг/кг.

Для оценки состояния центральной и периферической гемодинамики изучались следующие показатели: систолическое артериальное давление (АДс, мм.рт.ст.), диастолическое артериальное давление (АДд, мм.рт.ст.), частоту сердечных сокращений (ЧСС, уд/мин) определяли в динамике монитором «ARGUS TM-7» фирмы «SCHILLER». Среднее динамическое артериальное давление (САД, мм.рт.ст.)  $САД = АДд + 1/3 (АДс - АДд)$  (Б. Фолков, Э. Нил, 1976). Уровень седации определялся по шкале Ramsay (M. A. Ramsay, 1974) через 40 минут после проведения премедикации.

Результаты и их обсуждение: Проводя 5-ти этапное наблюдение за изменениями центральной гемодинамики, мы обнаружили, что у пациентов контрольной группы уже на предоперационном этапе, до начала индукции в анестезию, отмечается достоверное повышение АДс, АДд, САД и ЧСС ( $p < 0,05$ ) по сравнению с исходными показателями. Так, после выполнения премедикации, у пациентов контрольной группы отмечается достоверное повышение АДс на 4,8% ( $p < 0,001$ ), АДд на 6,9% ( $p < 0,001$ ), САД на 5,5% ( $p < 0,01$ ), ЧСС на 4,4% ( $p < 0,05$ ) относительно исходных значений. Число сердечных сокращений, среднее артериальное давление в течении трех дней до операции было стабильно повышенным и несмотря на проводимую традиционную гипотензивную терапию тенденции к снижению не наблюдалось.

Анализ показателей центральной гемодинамики у пациентов исследуемой группы показал, что в предоперационном периоде, на первых пяти этапах исследования (за 3 дня, за 2 дня, за 1 день до операции, премедикация), на фоне применения сибазона и дроперидола отмечается планомерное снижение АДс, АДд, САД, ЧСС по сравнению с исходными показателями, но

в пределах физиологической нормы. За 2 дня до операции регистрировалось достоверное снижение АДс на 4,2% ( $p < 0,005$ ), АДд на 4,3% ( $p < 0,01$ ), САД на 4,2% ( $p < 0,01$ ), ЧСС на 3,9% ( $p < 0,05$ ) по сравнению с первым этапом. После выполнения премедикации АДс ниже исходных цифр на 3,4% ( $p < 0,01$ ), АДд на 5,3% ( $p < 0,001$ ), САД на 4,5% ( $p < 0,001$ ), ЧСС на 4,6% ( $p < 0,05$ ). Данные изменения показателей центральной гемодинамики положительны и обусловлены стабилизацией нейровегетативной системы на фоне применения сибазона и дроперидола, так как само поступление в стационар для большинства пациентов уже является стрессовой ситуацией.

При анализе уровня предоперационной седации было выявлено, что у 80% пациентов контрольной группы эффект премедикации неудовлетворительный, он выражался в эмоциональном напряжении тревожности, беспокойстве, страхе пациентов перед операцией. В исследуемой группе уровень предоперационной седации в 100 % случаев был адекватным. Применение сибазона и дроперидола в течение трех дней до операции и включение данных препаратов как компонентов премедикации позволило усилить седативный эффект премедикации, стабилизировать психоэмоциональный фон пациентов, предупредить неблагоприятные реакции со стороны сердечно-сосудистой системы.

На основании результатов исследования установлено, что предлагаемые методы стресс протекторной и адаптогенной защиты сибазоном и дроперидолом способствуют улучшению центральной и периферической гемодинамики, являются эффективными в предупреждении гиперэргической реакции гипофиза, надпочечников и поджелудочной железы. Применение сибазона и дроперидола позволило усилить седативный эффект премедикации, стабилизировать психоэмоциональный фон пациентов, предупредить неблагоприятные реакции со стороны сердечно-сосудистой системы в предоперационном периоде.

Выводы:

1. Винтраоперационном периоде у больных, оперируемых по поводу заболеваний щитовидной железы, возникают нежелательные гемодинамические, вегетативные и нейроэндокринные реакции организма, которые отрицательно влияют на течение периоперационного периода и анестезиологического пособия.

2. Применение пролонгированной премедикации с сибазоном и дроперидолом у больных, оперируемых по поводу заболеваний щитовидной железы, способствует снижению эмоционального напряжения, тревожности, беспокойства, обеспечивая адекватный уровень предоперационной седации.

### Список литературы

1. Аристархов // Очерки клинической эндокринологии. Харьков, 2011. -С. 468-471.
2. Арсланбекова А.Ч. Состояние микроциркуляции у больных с заболеваниями щитовидной железы и их коррекция: автореф. дисс.канд. мед. наук / А.Ч. Арсланбекова. Махачкала, 2008. - 18 с.
3. Балаболкин М.И. Фундаментальная и клиническая тиреодология (руководство) / М.И. Балаболкин, Е.М. Клебанова, В.М. Креминская. -М.: Медицина. 2007. - 814 с.
4. Бабажанов А.С., Жониев С.Ш. Предоперационная подготовка при патологии щитовидной железы// Анестезиология и реаниматология. 2015. №4(S). С. 46-47
5. Жониев С.Ш., Рахимов А.У, Бабажанов А.С. Значение биохимических показателей при предоперационной подготовке больных узловым зобом// Science and world. 2013. №10. С.136
6. Жониев С.Ш. Значение и сравнительная характеристика некоторых кардиальных симптомов у больных с патологией щитовидной железы в предоперационном периоде// Анестезиология и реаниматология. 2015. №4(S). С. 47-48
7. Жониев С.Ш. Улучшение результатов предоперационной подготовки с применением глюкокортикостероидных препаратов у больных узловым зобом//Анестезиология и реаниматология. 2015. №4(S). С. 46-48
8. Жониев С.Ш., Бабажанов А.С., Хушнаев С., Султанова С. Улучшение методов предоперационной подготовки и анестезии в периоперационном периоде заболеваний щитовидной железы// European research. 2018. №5. С.139-142
9. Жониев С.Ш., Рахимов А.У. Стресспротекторная терапия как метод пролонгированной премедикации при хирургических вмешательствах//Анестезиология и реаниматология. 2015. №4(S). С. 44-46



10. Жониев С.Ш., Пардаев Ш.К., Муминов А.А. Использование модифицированного метода предоперационной подготовки и анестезии в хирургии щитовидной железы // International scientific review of the problems of natura sciences and medicine Boston. 2019. С. 177-189
11. Иванкова Е.Н., Голуб И.Е., Пинский Е.Н. и др. «Оптимизация анестезиологического пособия при оперативном лечении больных с заболеваниями щитовидной железы». Челябинск, Современные аспекты хирургической эндокринологии, 2010. – с.93-95.
12. Исмаилов С.И., Алимджанов Н.А., Рашидов М.М, Каримова М, Каюмова Н.Л., Бабаханов Б.Х. Оценка эффективности хирургического метода лечения узлового зоба // Проблемы биологии и медицины. 2007. №1 (47). С.26-31
13. Королева О.В. Анестезиологическое обеспечение операции на щитовидной железе с использованием низкопоточной анестезии с севораном. Дис. .. канд.мед.наук. – Новосибирск, 2008. – 227с
14. Рахимов А.У., Жониев С.Ш. Особенности предоперационной подготовки больных с диффузным токсическим зобом при сопутствующей артериальной гипертензии // Анестезиология и реаниматология. 2015. №4(S). С. 106-107
15. Рахимов А.У., Жониев С.Ш. Оценка эффективности премедикации у больных с патологией щитовидной железы в предоперационном периоде // Анестезиология и реаниматология. 2015. №4(S). С. 45-46
16. Яковлев В.В. Особенности гемодинамики при нарушении функции щитовидной железы: автореф. дисс. канд. мед. наук. СПб, 2005. - 21с.
17. Van Aken H. Thoracic epidural anesthesia and analgesia and outcome // SAJAA. – 2008. №14(1). – P. 19-20.

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ПРЕДМЕТА ПРОПЕДЕВТИКИ ПЕДИАТРИИ ИНОСТРАННЫМ СТУДЕНТАМ

Ибатова Ш.М., Исламова Д.С.

Самаркандский государственный  
медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Система высшего медицинского образования предназначена для подготовки специалистов с высоким уровнем теоретической и практической подготовки по врачебной специальности, владеющих широким спектром клинического мышления и практическими навыками.

С целью повышения мотивации студентов и эффективности проводимых занятий возникла необходимость в использовании современных информационных технологий.

На сегодняшний день Самаркандский государственный медицинский институт готовит специалистов для таких стран, как Южная Корея, Индия и Пакистан. С каждым годом увеличивается количество иностранных абитуриентов, желающих учиться в медицинском институте, их ожидания от процесса обучения растут, что требует организацию комплексного подхода к преподаванию данного предмета.

Предмет «Пропедевтика педиатрии» занимает одно из ведущих мест в подготовке врачей общего профиля. Подготовка иностранных студентов проходит в соответствии с утвержденной Министерством образования Республики Узбекистан типовой учебной программой по учебной дисциплине для специальности «Лечебное дело», которая переведена на английский язык сотрудниками кафедры Пропедевтики детских болезней.

При обучении студентов из разных стран имеется множество трудностей, обусловленных не только языковым барьером и многонациональностью коллектива, но и рядом других аспектов. Необходимо отметить отличительные особенности медицинских дисциплин, влияющих, на организацию учебного процесса. К таким особенностям относятся большой объем изучаемого материала, высокая насыщенность сложной терминологией, большое количество часов на практическую работу и самоподготовку, необходимость владения коммуникативными навыками общения с пациентами и коллегами. Решение проблемы находят в организации комплексного подхода к преподаванию данного предмета, затрагивающие как вопросы профессиональной подготовки преподавателей, так и внедрения современных методик дистанционного обучения.

В последнее десятилетие в медицинских образовательных учреждениях актуальна модульная система обучения, реализующая программы высшего профессионального образования.

Для внедрения модульной системы обучения в образовательный процесс, необходим комплексный подход, который предусматривает специальную подготовку педагогов, разработку предметных модулей, оценку качества эффективности модульного обучения, как для студентов, так и для самих преподавателей.

Модульная технология обучения создает условия для развития мышления, памяти, творческих наклонностей и способностей студентов. В связи с этим повышаются требования к преподавателю, осуществляющему обучение. При модульном обучении преподаватель выполняет кроме информирующей и контролирующей функций, еще и функции консультанта и координатора при сохранении его ведущей роли в педагогическом процессе.

Применение модульной системы обучения позволяет улучшить воспитательно-образовательный процесс и повысить качество профессиональной подготовки студентов. Данный метод обучения определяет точно способ, взаимосвязанной деятельности преподавателя и студента, а также их роль в образовательном процессе.

У студентов вырабатывается осознанное отношение к учению, самодисциплине, активизируются их работоспособность и мышление. Запланированный модульный контроль знаний является мотивирующим фактором и стимулирует учебно-познавательную активность студентов при изучении данной дисциплины.

Форма общения преподавателя и студента осуществляется через модули и личное индивидуальное общение, что позволяет одновременно оптимизировать учебный процесс, обеспечить его целостность в развитии познавательной и личностной сферы студента.

Данная форма обучения способствует развитию самостоятельности обучающихся, их умению работать с учетом индивидуальных способов проработки учебного материала.

Студент максимальное время работает самостоятельно, целенаправленно, что даёт ему

возможность осознать себя как личность в деятельности, учит самоорганизации, самоконтролю, самооценке, позволяет видеть уровень усвоения знаний и видеть пробелы в своих знаниях и умениях.

При подготовке иностранных студентов объем информации, методики обучения и требования к ним не имеют существенных отличий по сравнению со студентами других факультетов медицинского ВУЗа. Однако, как показывает практика, иностранные студенты требуют особой тактики и методики преподавания. Часто в группе, где обучаются иностранные студенты, не все они имеют одинаковую базовую подготовку, что выражается в разном уровне владения английским языком, который, как и для преподавателей института, для большинства студентов не является родным языком.

Для подготовки иностранных студентов группа, состоящая из 6-7 студентов различной национальности является идеальной. В процессе обучения нет необходимости упрощать объем материала по предмету «Пропедевтика педиатрии» для студентов, так как, в отечественной системе образования сформировался качественно фундаментальный подход к преподаванию. Нужно лишь адаптировать изучаемый материал с учетом особенностей международных стандартов и тактик. Для этого нужно обеспечить современной международной педиатрической литературой, доступом к международным медицинским порталам, обучение сотрудников и студентов эффективной работе с этими системами.

При обучении предмета Пропедевтика педиатрии необходимо уделять внимание освоению иностранными студентами практических навыков. Внедрение методик симуляционного обучения является способом, сглаживающим проблемы языкового барьера у иностранных студентов.

Форма проведения практических занятий может быть различна, однако при этом, обязательным на практике является устное общение со студентами. Студент должен уметь выразить свои мысли. Кроме того, они внимательно слушают ответы друг друга, спорят. Что касается самостоятельной внеаудиторной работы иностранных студентов, то здесь сказывается дефицит учебной литературы на английском языке. На сегодняшний день существует дефицит учебных пособий на английском языке, полностью раскрывающих предмет в рамках типовой учебной программы. Для смягчения данной проблемы в Самаркандском государственном медицинском институте активно используется модульная система обучения.

Одна из главных задач модульного обучения при обучении иностранных студентов – обеспечить многоаспектность подачи учебного материала, повысить мобильность и компетентность каждого студента на основе индивидуальной учебной программы. Увеличение гибкости образовательных программ, повышает долю самообучения в образовательном процессе, т.е. студентам дают ряд тем на самостоятельное изучение, они готовят творческие работы, рефераты, презентации, работают с дополнительной литературой, рекомендованной преподавателем и тем самым углубляют свои знания в области своих интересов.

Внедрение модульной технологии влияет на инновационное развитие медицинских ВУЗов. Перестройка образовательного процесса с внедрением модульной технологии способствует более тесной интеграции медицинских ВУЗов с научно-исследовательскими институтами и учреждениями практического здравоохранения.

Таким образом, процесс организации обучения иностранных студентов в медицинском вузе представляет собой комплексную задачу. Основной целью обучения остается обеспечение высококачественной подготовки специалистов.

### **Список литературы:**

1. Дрожжина Д.С. Изучение адаптации иностранных студентов: дискуссия о методологии // Эмпирические исследования. Universitas. -Т.1. № 3. – 2013.- с. 33-47.
2. Митрофанова О.Д. Взаимодействие языковой и предметной компетенции в процессе обучения студентов-нефилологов / О.Д. Митрофанова // г.: Тезисы – М.:МАКС Пресс, 2002. – С.109-110.
3. Хоботова, Э. Б. Возможности совершенствования кредитно-модульной технологии обучения / Э. Б. Хоботова // Вестник Харьковского национального автомобильно-дорожного университета. – 2009. - №45. – С. 7-9.
4. Рахимов Т.В. Особенности организации обучения иностранных студентов в российском вузе и направление его развития. //Язык и культура. 2010. №4. С.123-136.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РОТАЦИОННОЙ ОСТЕОТОМИИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

**Ибрагимов С.Ю., Каюмов Ш.Х.,  
Ишанкулов Ш.З., Кувватов Д.Х., Каюмов Р.Ш.**  
Самаркандский областной детский  
многопрофильный медицинский  
центр, Самарканд, Узбекистан

**Введение:** Ротационные остеотомии бедра редко используются при лечении патологии тазобедренного сустава. Ротационные остеотомии позволяют изменить пространственное положение головки и шейки бедра в трех плоскостях, с их помощью возможно восстановление нормальных соотношений в тазобедренном суставе и конгруэнтности суставных поверхностей, выведение из-под нагрузки деформированного или разрушенного сектора головки бедра. В отличие от традиционных методик технически правильно проведенная ротационная остеотомия не вызывает угловые деформации проксимального отдела бедренной кости и укорочение конечности. Более обоснованной с анатомической точки зрения по праву считается задняя ротационная остеотомия. Потому что, поворот проксимального конца бедренной кости кзади сопровождается раскручиванием капсулы и связок тазобедренного сустава, что ведет к снижению внутрисуставного давления, которое при болезни Пертеса обычно повышено [2,3,4]. Не смотря на это, в литературе очень скудно освещены вопросы применения ротационных остеотомий в лечении болезни Пертеса.

**Цель исследования.** Целью нашего исследования является изучение результатов задней ротационной остеотомии бедренной кости у детей.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты хирургического лечения 19 больных, которым проведены по показаниям задне-ротационные остеотомии бедра в возрасте от 4 до 14 лет, прооперированных в отделении ортопедии Самаркандского областного медицинского детского многопрофильного центра в период с 2018 по 2020 гг. Среди детей было 13 мальчиков (68,4%) и 6 девочек (31,6%).

По возрасту на момент операции больные распределились следующим образом (Таблица 1):

**Таблица 1.**

### Распределение больных по возрасту.

Возраст	Количество	Процент
До 5 лет	2	10,6%
5 – 8 лет	7	36,8%
9 – 11 лет	7	36,8%
12 – 14 лет	3	15,8%
Итого	19	100%

До операции всем больным проводилось общее клиническое исследование, также проводилась рентгенография в прямой проекции и в положении Лауэнштейна. Оперативное пособие зависело от стадии процесса и показателей, характеризующих пространственные взаимоотношения в тазобедренном суставе.

Распределение больных по диагнозам приведен в таблице 2.

**Таблица 2.**

### Распределение больных по диагнозам.

Диагноз	Количество пациентов
Болезнь Пертеса III стадия (по классификации Axhausen-Рейнберга)	12
Болезнь Пертеса II стадия (по классификации Axhausen-Рейнберга)	4
Остаточный подвывих, с деформацией II типа по Kalamchi	2
Тяжелый асептический некроз головки бедренной кости	1

Как видно из таблицы чаще всего отмечалось 3 стадия болезни Пертеса.

При определении показаний к оперативному вмешательству также использовали методику оценки признаков риска по А. Catteral [1]. У всех 16 больных были определены признаки риска, наиболее часто встречались латеральный подвывих головки бедра, горизонтальное расположение эпифиза и кисты в метафизе. Латеральный подвывих головки бедра определялся при помощи определения эпифизарного индекса.

Задняя ротационная подвертельная остеотомия выполнена 13 больным (68,4%), причем двум из них (10,6%) операция дополнена открытой аддукторотомией для профилактики избыточной компрессии головки бедренной кости, у 4 больных (21,0%) операция дополнена остеотомией подвздошной кости для достижения полного покрытия головки бедренной кости.

Особое значение для профилактики компрессии головки бедренной кости имеет отсечение сухожилия m. iliopsoas в месте прикрепления к малому вертелу, которое проведено всем больным.

После операции конечность фиксировалась тазобедренной гипсовой повязкой в течении месяца. После снятия гипсовой повязки проводилось физиотерапевтическое лечение, направленное на восстановление движений в тазобедренном суставе.

В шести операциях мы проводили остеотомию, потом поворачивали проксимальный фрагмент и вводили по оси шейки бедра branшу пластины. Но, у двух больных наблюдали расклинивание проксимального отломка, это потребовало дополнительной фиксации и привело к удлинению времени операции. У остальных больных мы вводили branшу пластины с учетом степени ротации проксимального фрагмента до остеотомии, что предотвращало расклинивание проксимального фрагмента. После остеотомии диафизарную накладку пластины сопоставляли по оси диафиза бедра и фиксировали винтами. Также технические трудности, связанные с неправильным введением branши пластины наблюдались у 4 больных, что потребовало повторного введения фиксатора после рентгенографии во время операции. Эти трудности в основном наблюдались в период усвоения методики, с накоплением опыта эти трудности проходили.

Результаты. Для оценки результатов лечения мы использовали трёхступенную систему оценки результатов лечения (Таблица 3).

Таблица 3.

## Результаты лечения.

Результат	Количество пациентов	В процентах
Хорошие	13	68,4%
Удовлетворительный	4	21,0%
Неудовлетворительный	2	10,6%
Итого	19	100%

Как видно из таблицы у большинства детей (89,4%) отмечены хорошие (68,4%) и удовлетворительные (21,0%) результаты, что подтверждает правильность примененной тактики лечения.

У остальных 2 больных результаты оценены как неудовлетворительные, в процессе лечения наблюдалось прогрессирование некроза головки бедренной кости, вследствие варизация проксимального фрагмента и потеря достигнутого результата. У этих больных после полного восстановления некроза было проведено последующее лечение в виде вальгизирующей корригирующей остеотомии.

Таким образом, наши исследования показывают что методика задней ротационной остеотомии требует от хирурга знаний топографии проксимальной части головки бедра и пространственного представления, метод мультиспиральной компьютерной томографии с построением трехмерной модели и предоперационное планирование операции намного облегчает работу хирурга во время операции. Однако, фиксаторы используемые для задней ротационной остеотомии не отвечают требованиям этой операции, и мы считаем целесообразным разработку и внедрение фиксаторов, позволяющих проводить ротацию проксимального фрагмента на заданную величину. При правильном определении показаний и грамотно проведенной операции задняя ротационная остеотомия бедренной кости позволяет добиться хороших результатов в лечении тяжелых форм болезни Пертеса.

**Список литературы:**

1. Catteral A. // J.Bone Joint Surg.(Brit.). -1971.-Vol.53. –P.37-53.
2. Белецкий А.В., Ахтямов И.Ф., Богосьян А., Герасименко М. Асептический некроз головки бедренной кости у детей. Казань. 2010 год.
3. Соколовский А.М., Соколовский О.А. Применение ротационных остеотомий при патологии проксимального конца бедренной кости // Ж. Ортопедия, травматология и протезирование. - 1990. - №8. - Стр. 39-44.
4. Соколовский О.А. Результаты ротационных остеотомий бедра у детей и подростков // Ж. Медицинские новости. -2000. -№10. – стр. 36-41.

## ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Касымжанов А. Н, Бектасов Ж.К,  
Ангелов А. В, Ахмурзаев М. Ж, Лепесбаев Б.Т.  
НАО «Медицинский университет Астана»,  
ГКП на ПХВ «ГДБ№2», Нурсултан, РК

**Введение:** Переломы длинных трубчатых костей конечностей у детей относятся к тяжелым повреждениям скелета и представляют определенные трудности в лечении. На современном этапе лечение указанных переломов остается актуальным в связи с частотой данных повреждений, тяжестью клинических проявлений и длительностью реабилитации. Данные повреждения составляют 65-74% от всех травм у детей [1, 2]. В структуре повреждений у детей преобладают переломы костей предплечья, бедренной кости, голени и плеча. Переломы костей предплечья составляют – 17,5 – 68,2%, плечевой кости, голени и бедра – от 4 до 10% [3, 4, 5, 6, 7]. На протяжении многих лет основным принципом в лечении длинных трубчатых костей являлся консервативный, который эффективен при несложных переломах [8,9,10]. При нестабильных переломах костей конечностей у детей, а тем более при открытых, оскольчатых, множественных и сочетанных повреждениях тактика лечения требует индивидуального подхода и представляет трудную задачу [11]. Число сторонников активной тактики лечения переломов у детей из года в год увеличивается. Раннее восстановление анатомической целостности поврежденных костей способствует благоприятному заживлению переломов и восстановлению функции конечности [12, 13]. Расширение активной хирургической тактики лечения связано не только с ростом тяжелых множественных и сочетанных повреждений в структуре детского травматизма, но и продиктовано длительностью госпитального лечения и реабилитации, возросшими требованиями к качеству жизни и экономическими затратами [14]. Методика лечения переломов должна быть проста в техническом исполнении, минимально травматичной, обеспечивать анатомическую адаптацию отломков и стабильную их фиксацию на всем протяжении лечения. Ранее применяемые методы остеосинтеза пластинами, штифтами сопровождаются необходимостью использования массивных фиксаторов, в результате которых происходит повреждение окружающих тканей, надкостницы и костномозгового канала. Сравнительно высокий риск повреждения периферических нервов и сосудов, широкий доступ к месту повреждения, травматичность операции, риск несращения и послеоперационных осложнений требуют применения более малоинвазивных методов лечения длинных трубчатых костей в травматологии детского возраста. Использование внутренних фиксаторов сопровождается значительным количеством осложнений, приводящих в 15 – 46% случаев к неблагоприятным исходам лечения [15]. В последние десятилетия в детской травматологии происходят глобальные изменения, которые коснулись самой концепции оперативного лечения переломов длинных трубчатых костей. Появилась новая терминология – «малоинвазивный», «минимальноинвазивный», «биологический» и «функциональный» виды закрытого остеосинтеза, отражающая концептуальные изменения в подходах к оперативному лечению переломов. Остеосинтез, основной целью которого является сохранение жизнеспособности тканей в зоне перелома, принято называть минимально инвазивным. Метод малоинвазивного остеосинтеза предусматривает использование имплантатов – спиц, стержней с минимальным контактом с костью, малыми хирургическими доступами, при этом также минимальны нарушения васкуляризации в зоне перелома, репозиция и фиксация фрагментов производится закрытым способом под контролем электронно-оптического преобразователя (ЭОП) [16]. Развитие и внедрение в современную медицину новых технологий, современной рентгенологической аппаратуры позволило пересмотреть концепцию выбора лечения у детей и подростков. В настоящее время появились новые функционально стабильные способы лечения переломов, способствующие добиться оптимальной репозиции и стабилизации отломков при коротком сроке внешней иммобилизации, либо полного отсутствия последней, что позволяет начать раннее восстановительное лечение. Подобный остеосинтез способствует ранней активизации больного, позволяет избежать длительного вынужденного положения и значительно снижает время пребывания в стационаре [10,17]. На современном этапе во многих странах стандартом для лечения переломов длинных трубчатых костей у детей является

малоинвазивная репозиция костных отломков с интрамедуллярной фиксацией титановыми гибкими стержнями (TEN). Данный метод (ESIN – эластичный стабильный интрамедуллярный остеосинтез стержнями) был разработан и внедрен в практику в 1979 г. Жаном Полем Метазе и Жаном Певотом (Клиника г.Нанси, Франция). ESIN – минимально травматичная и минимально инвазивная хирургическая техника, разработанная для лечения переломов у детей. Стабилизация достигается использованием гибких титановых интрамедуллярных стержней, изогнутых для обеспечения своих эластичных свойств. Это придает им достаточную стабильность, позволяющую выполнять ранние активные движения. ESIN – биологический метод остеосинтеза при поперечных, косых и коротких спиральных переломах растущей кости, способствует ранней активизации больного, предотвращает длительное вынужденное положение, сокращает пребывание в стационаре и укорачивает период восстановительного лечения [14]. Метод ESIN сочетает стабильность и эластичность фиксации отломков, способствует быстрому восстановлению трофики самой кости в зоне перелома и регенерации костной ткани. Результаты исследования свидетельствуют о преимуществах малоинвазивного метода при диафизарных переломах длинных костей у детей. Данный метод может быть применен в острый период травмы, сокращает сроки госпитализации и уменьшает число неудовлетворительных результатов [18].

Таким образом, анализ литературы позволяет нам сделать вывод, что внедрение малоинвазивных методик остеосинтеза в лечении переломов длинных трубчатых костей конечностей у детей приводит к улучшению результатов лечения. В настоящее время малоинвазивные методы лечения, при которых, как правило, небольшая продолжительность оперативного вмешательства, достаточная стабильная фиксация, приводящие к отказу от традиционных методов лечения скелетным вытяжением и длительными гипсовыми повязками и, как следствие, ранняя активизация больного позволяют считать остеосинтез TEN альтернативным методом лечения длинных трубчатых костей у детей.

**Цель:** Улучшить результаты лечения и обоснование эффективности применения интрамедуллярного остеосинтеза при лечении переломов длинных трубчатых костей конечностей у детей стержнями TEN.

**Материал и методы исследования:** В отделении травматологии ГКП на ПХВ «Городская детская больница №2» оказывается квалифицированная и специализированная помощь детям с острой травмой конечностей.

За период 2019 - 2020г.г. на стационарном лечении в клинике находились 682 детей с переломами длинных трубчатых костей различной локализации. Подавляющее большинство составили мальчики -446(65,4%), 236(34,6%). девочки. У 12 больных отмечались сочетанные и множественные травмы - переломы сегментов конечностей, повреждения головного мозга и органов брюшной полости. Больные с повреждениями костей различной локализации составили: переломы бедренной кости - 107(15,7%), голени - 94(13,8%), плечевой кости – 116(17%) и с повреждениями костей предплечья - 365(53,5%. Из 107 больных с переломами бедра в 95 случаях произведена закрытая репозиция и остеосинтез бедренными спицами и титановыми стержнямиTEN, 12 больным открытая репозиция (дети старше 15 лет) и наложение аппарата Илизарова в связи с множественными оскольчатыми и открытыми повреждениями. При переломах голени стержни введены 92 больным, в 2 случаях –аппарат Илизарова. Из 116 больных с переломами плечевой кости в 17 случаях введены бедренные спицы (14) и титановые стержни 3 больным, так как, в подавляющем большинстве случаев отмечаются переломы дистального и проксимального отделов плеча, диафизарные переломы плечевой кости у детей по данным различных авторов составляют лишь 2,5-9,4%. При переломах костей предплечья – 365, выполнены в основном закрытая репозиция и остеосинтез бедренными спицами. Малоинвазивные методы лечения длинных трубчатых костей у детей в нашей клинике внедрены и стали применяться с 2014 года, длительно существовавший в детской травматологии принцип консервативного лечения постепенно изжил себя, так как, многочисленные осложнения (вторичные смещения, посттравматические деформации, контрактуры суставов и т.д.), возникающие в результате данного лечения, требовали более современных подходов в лечении, в связи с чем активная хирургическая тактика и различные методы остеосинтеза длинных трубчатых костей в настоящее время в детской практике стали приоритетными. Эластично- стабильный остеосинтез (ESIN) титановыми стержнями, блокирующий остеосинтез, открытый интрамедуллярный остеосинтез и остеосинтез по Паппу



при метафизарныхчрезмышечковых переломах, применяемые в нашей клинике, способствуют благоприятному заживлению переломов костей конечностей у детей. Остеосинтез стержнями TEN и бедренными спицами предусматривает выполнение закрытой репозиции под контролем электронно-оптического преобразователя (ЭОП), без вскрытия зоны перелома. Использовались различные стержни TEN диаметром от 2,0 до 4 мм, подбирались индивидуально, данный вид остеосинтеза применяли у детей в возрасте от 6 до 15 лет. В каждый сегмент, согласно методике, вводили по два стержня, которые перед введением подбирали и моделировали в соответствии с характером перелома и диаметром костно-мозгового канала той или иной кости. В отделении травматологии клиники, как было указано выше, при переломах плечевой кости и костей предплечья отработана методика использования бедренных спиц, которая обеспечивает стабильность отломков на протяжении всего периода лечения и полноценную консолидацию. Операции остеосинтеза выполняются под наркозом, в условиях операционной с соблюдением асептических и антисептических мероприятий. Репозиция отломков проводится по общепринятым правилам устранения различных смещений под контролем ЭОП, после чего введение титановых стержней осуществляется антеградным или ретроградным способом в зависимости от локализации перелома по общим правилам и технологиям введения. Доступ к костному сегменту осуществлялся из разрезов длиной 1,5 – 2,5 см, при этом осуществлялись разрезы только кожи и фасции, а подлежащие мягкие ткани раздвигались тупым путем. При остеосинтезе перелома плечевой кости, бедренные спицы вводились в метафизарной зоне дистального и проксимального отдела, при переломе лучевой кости - введение бедренной спицы осуществлялась через суставную щель лучезапястного сустава и локтевой отросток при переломе локтевой кости, после операции обязательной являлась внешняя иммобилизация гипсовой лонгетой на различный короткий срок в каждом конкретном случае. Больные выписывались после оперативного лечения в среднем через 7 дней с рекомендациями. Гипсовая иммобилизация прекращалась через 2-4 недели в зависимости от вида перелома, сегмента конечности и возраста больных. После снятия иммобилизации назначались ЛФК, массаж, по показаниям –тепловые процедуры и постепенная нагрузка.

**Результаты:**Результаты лечения детей с переломами длинных трубчатых костей изучены у 170 больных, прослежены в сроки от 6 мес до 1 года после травмы и проведенного лечения. Оценивали анатомический и функциональный результат по модифицированной схеме Г.А. Баирова. Исходы лечения были благоприятными, функция конечностей полностью восстанавливалась через 2-3 недели после прекращения иммобилизации, металлоконструкции удалялись после контрольного рентгенологического исследования через 1-6 месяцев в зависимости от локализации перелома и возраста больных.Во всех случаях отмечена своевременная консолидация переломов в оптимальные сроки.Из осложнений следует отметить: в 3 случаях отмечена слабая консолидация и несращение переломов голени и бедра, что объясняется поздним поступлением больных из отдаленных районов в сроки - 5-12 сутки после получения травмы, эти больные повторно оперированы с применением блокирующего остеосинтеза, исход благоприятный.

**Заключение:** Таким образом, применение эластично - стабильного интрамедуллярного остеосинтеза гибкими стержнями TEN при диафизарных переломах длинных трубчатых костей конечностей у детей обеспечивает благоприятные условия формирования костной мозоли и позволяет достичь полноценной консолидации в обычные возрастные сроки, получить отличные и хорошие результаты лечения. Преимущества метода по сравнению с другими способами фиксации состоят, прежде всего, в малой травматичности и малоинвазивности.

#### **Список литературы:**

1. Джумабеков С.А., Иманалиев А.Б. Травматология және ортопедия 2007; спец.вып.:58-59.
2. Султанбаева С.Н. Гигиеническая оценка детского травматизма на современном этапе и методы его профилактики. Автореф. дис. ... к.м.н. Алматы, 2009.
3. Баймагамбетов Ш.А., Жакупова Б.С., Оспанов М.Г. и др. Структура травм верхней конечности в условиях специализированного травматологического стационара. Актуальные вопросы верхней конечности. Материалы науч.-практ. конференции с международным участием. Курган, 2009. 16-17.
4. Кузьмин В.П., Тарасов С.О. и др. Монолатеральный малоинвазивный остеосинтез диафизарных переломов плеча у детей. Травматология и ортопедия России, 2012; 1(63): 94-97.

5. Молодцов А.Н., Родионов А.Б. Лечение переломов костей предплечья в условиях детского хирургического центра. Актуальные вопросы детской хирургии, перспективы развития. Сборник научных трудов. М. 2001: 106-108.
6. Яндиев С.И. Обоснование эффективности системы закрытого интрамедуллярного остеосинтеза у детей с диафизарными переломами бедренной кости (клинико-экспериментальное исследование). Автореферат дис. ... д-ра мед. наук. М. 2011.
7. Nefti F. Pediatric orthopedics in practice. Berlin Heidelberg Springer- Verlag 2007.
8. Кадырова Д.К., Ходжаев Р.Р. Опыт консервативного лечения диафизарных переломов костей голени у детей. Журнал теоретической и клинической медицины, 2001; 1: 86-89.
9. Кузнечихин Е.П., Немсадзе В.П. Множественная и сочетанная травмы опорно-двигательной системы у детей. М. Медицина, 1999. 228-241.
10. Пужицкий Л.Б., Ратин Д.А., Никишов С.О. и др. Металлосинтез у детей. Margo Anterior 2009; 3:10-12.
11. Соколов В.А. Сочетанная травма. Вестник травматологии, 1998; 2:54-65.
12. Анкин Л.Н. Политравма. М., 2004; 153-155.
13. Ходжанов И.Ю. Стержневой остеосинтез в системе лечения диафизарных переломов длинных костей у детей: Автореф. Дис: д-ра мед. наук. Ташкент, 2001; 14-24.
14. Майсеенок П.В., Пах А.В., Миронов А.Н. Лечение переломов длинных трубчатых костей у детей методом ESIN Margo Anterior 2009; 3:13-15.
15. Писарев В.В., Львов С.Е., Ошурков Ю.А. и др. Инфекционные осложнения послеоперационной раны после металлоостеосинтеза закрытых переломов длинных трубчатых костей. Травматология и ортопедия России 2008; 2(48): 14-19.
16. Гайко Г.В., Анкин Л.В., Поляченко Ю.В. и др. Традиционный и малоинвазивный остеосинтез в травматологии. Ортопедия, травматология и протезирование 2000; 2:73-76.
17. Мукашева Ш.М. Современный подход к лечению длинных трубчатых костей у детей и подростков. Караганда 2012; 44-47.
18. Агаджанян В.В., Сеница Н.С., Довгаль Д.А. и др. Лечение опорно-двигательной системы у детей с политравмой. Политравма 2013; 1:5-11.

## ПРИМЕНЕНИЕ БЛОКИРУЮЩЕГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРЕННЫХ КОСТЕЙ В АНДИЖАНСКОМ ОБЛАСТНОМ МНОГОПРОФИЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ

**Косимхожиев М. И., Халилов К. А.**

Андижанский государственный медицинский институт,  
Андижаский областной многопрофильный  
медицинский центр, Андижан, Узбекистан

**Введение:** Доказано, что диафизарные переломы бедренных костей занимают одно из первых мест среди причин продолжительной временной нетрудоспособности и первичной инвалидности у больных после травм и заболеваний костно-мышечной системы. Частота и тяжесть данных переломов с каждым годом увеличиваются. Диафизарные переломы бедра являются частью множественной и сочетанной травмы и составляют, по разным данным, до 20% всех травматических повреждений. Длительная временная нетрудоспособность, инвалидность, огромные материальные затраты на лечение — вот только некоторые аспекты целого комплекса проблем медико-социальной реабилитации таких больных.

Современные тенденции лечения переломов костей бедра (а именно они и составляют подавляющее большинство переломов костей скелета) в первую очередь направлены на стабильную фиксацию костных отломков, минимизацию операционной травмы, сохранение первичной анатомии кости, сокращение сроков реабилитации и временной нетрудоспособности. Одной из наиболее эффективных методик сегодня является блокирующий интрамедуллярный остеосинтез (БИОС), который широко применяется в большинстве развитых стран при лечении диафизарных переломов длинных трубчатых костей.

В 1968 г. Ассоциацией остеосинтеза (АО) были разработаны первые блокируемые гвозди для остеосинтеза переломов бедра и голени. Постепенно шло их усовершенствование, и в 1987 г. АО были предложены новые универсальные гвозди, предназначенные для имплантации с рассверливанием костномозгового канала. Применение закрытого интрамедуллярного остеосинтеза гвоздем с блокированием относится к биологической методике остеосинтеза, при выполнении которой открытие зоны повреждения (перелом + отломки) не используется, что сохраняет периостальное кровоснабжение зоны повреждения. Метод не требует точности репозиции костных отломков, и достигается такая стабильность, которая позволяет в раннем послеоперационном.

**Цель исследования:** усовершенствовать на основе изучения ближайших результатов лечения оценить эффективность применения закрытого блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза у больных с диафизарными переломами бедренных костей.

**Материал и методы.** Обследовано 2019 года по настоящее время года в Андижаский областной многопрофильный медицинский центр успешно применяется БИОС длинных трубчатых костей продукцией фирмы ChM (Польша). Нами выполнено 35 операции в области бедренной кости.

Изолированная травма бедра была у 15 (43%) пострадавших. Сроки выполнения операций колебались от 2 до 25 дней после травмы. Закрытым методом остеосинтез произведен 24 (68,5%) больным, обнажение места перелома потребовалось 11 (31,5%) пострадавшим в связи с поздним сроком после травмы и образованием фиброзной мозоли. Применяли монолитные гвозди с радиусом изгиба 1500 мм, диаметром 9, 10 и 11 мм, длиной 360, 380, 400 и 420 мм. Операции выполняли по стандартной методике антеградного остеосинтеза из разреза над верхушкой большого вертела, в большинстве случаев в положении больного на боку, под контролем электронно-оптического преобразователя. Для остеосинтеза применяли имплантаты ChM с оригинальным инструментарием.

При сочетанной и множественной травме блокируемый остеосинтез бедренной кости выполнен у 7 (9,8%) больных в сроки от 7 до 12 дней после травмы. У больных с переломами шеечно - диафизарной области бедренной кости применен блокируемый остеосинтез реконструктивным гвоздем ChM (Польша).

**Результаты.** Установлено, что лечение диафизарных переломов бедренных костей в большинстве случаев не представляет столько проблем, сколько лечение около- или внутрисуставных переломов. Тем не менее, если не устранить смещение отломков по длине, под углом

(особенно открытым снаружи), а также ротационные смещения периферических отломков, неблагоприятные последствия для функции конечности в целом очевидны. Хромота, контрактуры суставов, нейроdistрофические расстройства, приводящие к нарушению статодинамической функции и болям, создают предпосылки к инвалидности пациентов. Таким образом, целью лечения диафизарных переломов бедренных костей является восстановление анатомической целостности сегмента в той степени, при которой остающееся смещение отломков не препятствует восстановлению функциональной полноценности.

Отдаленные результаты оценивали на основании клинико-рентгенологических характеристик по четырех балльной системе: отличный, хороший, удовлетворительный, плохой. Отличным результатом считали при сохранении длины конечности, восстановлении полной амплитуды движения в смежных суставах, бытовой и профессиональной пригодности конечности; рентгенологическая характеристика отличного результата — заживление перелома в правильном положении по оси конечности. Хороший результат имел недостатком остаточную деформацию конечности, не препятствующую опорной и двигательной функции и не способствующую развитию дегенеративных изменений в близко расположенных суставах. В оценку «удовлетворительный результат» мы заложили замедленную консолидацию перелома, определяемую на основании клинических признаков (боль и ограничение функции конечности), временного фактора и рентгенологических данных (снижение регенераторного потенциала кости, деформация или разрушение блокирующих винтов). Плохой результат — грубая деформация конечности, стойкое нарушение опорной и двигательной функции, переломы гвоздей, нагноение ран и развитие остеомиелита, формирование ложного сустава.

В ближайшем послеоперационном периоде осложнения в виде нагноения послеоперационных ран не отмечались. Отличный результат был получен у 10 (28,7%) больных, хороший — у 20 (57,3%), удовлетворительный — у 5 (14%).

Таким образом, наш опыт использования интрамедуллярного блокируемого остеосинтеза при переломах и ложных суставах бедренной кости позволяет сделать вывод об определенных преимуществах этого метода и его перспективности.

**Заключение:** таким образом блокирующий остеосинтез является методом выбора при лечении нестабильных диафизарных переломов бедренных костей. Использование данной методики существенно облегчает лечение, позволяет восстановить оси и длину конечностей. Использование интрамедуллярных блокируемых стержней при лечении диафизарных переломов позволяет восстановить способность кости противостоять динамическим нагрузкам, минимизировать хирургическую травму во время операции, отказаться от дополнительной внешней фиксации, снизить число осложнений (как консолидации, так и раневых), активизировать пациента в ранние сроки, проводить реабилитационное лечение параллельно репаративной регенерации костной ткани, тем самым, сохранить функцию суставов конечности. Интрамедуллярное расположение имплантата является более безопасным в отношении развития инфекционных осложнений при наличии трофических изменений кожных покровов в зоне нессращения, что имеет особое значение при локализации поражения в нижней трети голени. Биомеханические свойства интрамедуллярной фиксации обеспечивают возможность скорейшего восстановления опороспособности конечности и возобновление функциональных нагрузок еще до появления рентгенологических признаков сращения.

#### **Список литературы:**

1. Волна А.А., Калашников В.В., Стаценко О.А. Современные технологии в травматологии и ортопедии: Тезисы докладов научной конференции. М 1999;61-62.
2. Никитин П.В. и др. Интрамедуллярный блокирующий остеосинтез в лечении больных с закрытыми переломами длинных костей. Остеосинтез М 2008;3: 25-26.
3. Неверов В.А., Хромов А.А. и др. Основные принципы блокируемого интрамедуллярного остеосинтеза: его преимущества и недостатки. Остеосинтез М 2008; 2(3): 15-16
4. Сергеев С.В., Джоджува А.В. Блокируемый остеосинтез при переломах длинных костей: опыт применения и результаты лечения. Вестн травматологии и ортопед 2005;2:40-45.
5. Соколов В.А., Бялик Е.И. Оперативное лечение сложных переломов длинных костей конечностей у пострадавших с сочетанной травмой: Материалы городской научно-практической конференции. М 2000; 4-11.
6. Anglen J.O., Blue J.M. A comparison of reamed and unreamed nailing of the tibia. J Trauma

1995;39: 351-355.

7. Beck G. Locked intramedullary nailing for femoral and tibial fractures with comminution or bone loss.

Presented at the American Association of Orthopedic Surgeons annual meeting 1985; 60.

8. Finkemeier C., Kyle R.F, Schmidt A.H. et al. Prospective, surgeon randomized study comparing reamed versus unreamed intramedullary nailing for the treatment of unstable closed and open diaphyseal fractures. Proceedings of the 65th annual meeting of the American Academy of Orthopaedic Surgeons, 1998, New Orleans.

9. Franck W.M., Olivieri M., Jannasch O. et al. An expandable nailing system for the management of pathological humerus fractures. Arch Orthop Trauma Surg 2002; 122: 400-405.

10. Franck W.M., Olivieri M., Jannasch O. et al. Expandable nail system for osteoporotic humeral shaft fractures: preliminary results. J Trauma 2003; 54: 1152-1158.

11. Hindley C.J., Evans R.A., Holt E.M. et al. Locked intramedullary nailing for recent lower limb fractures. Injury 1990; 21: 239-244.

12. Klemm K., Schellmann W.D. Dynamic and static locking of the intramedullary nail. Monatsschr Unfallheilkd 1972; 75: 568-575.

13. Kuntscher G. Intramedullary nailing of comminuted fractures. Arch Chir 1968; 322: 1063-1069.

14. Lepore S., Capuano N., Lepore L. et al. Preliminary clinical and radiographic results with the Fixion™ intramedullary nail: an inflatable self-locking system for long bone fractures. J Orthop Traumatol 2000; 3: 135-140.

15. Rush L.V., Rush H.L. Evolution of medullary fixation of fractures by the

**ОСТЕОСИНТЕЗ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА****Косимхожиев М.И., Халилов К.А.**Андижанский государственный медицинский институт,  
Андижаский областной многопрофильный  
медицинский центр, Андижан, Узбекистан

Введение доказано, что внутрисуставные переломы области коленного сустава, по данным различных авторов, составляют от 1,5 до 7% от всех переломов скелета и 6,8–12,2% от внутрисуставных переломов. Частота неудовлетворительных результатов с развитием контрактур при этом достигает от 30 до 50%. Выход на инвалидность достигает 34,8%. Сложность лечения рассматриваемых повреждений состоит в известном противоречии между необходимостью длительной иммобилизации сустава, с одной стороны, и сохранения движений в нём во избежание развития морфологических изменений, приводящих к нарушению функции, – с другой. Многообразие видов повреждений коленного сустава представляют огромные трудности в выборе метода лечения, который зависит от многих

факторов. Независимо от метода, основной задачей лечения внутрисуставных переломов коленного сустава является раннее восстановление анатомических взаимоотношений и утраченной функции сустава, надёжная фиксация отломков без угрозы вторичного смещения. Рациональная тактика лечения этих повреждений, в том числе обоснованный выбор способов оперативных пособий, во многом определяют исход лечения и позволяют снизить процент неудовлетворительных результатов.

Цель: усовершенствовать внутрисуставных переломов коленного сустава при использовании аппаратов внешней фиксации и погружных имплантатов.

Материал и методы: Обследовано 2016 года по настоящее время года в Андижаский областной многопрофильный медицинский центр у 227 больных в течение с внутрисуставными переломами мыщелков бедренной и большеберцовой костей и надколенника в возрасте от 17 до 76 лет. Пациенты были разделены на две группы. В 1-ю (основную) группу вошли 118 больных (72 мужчины и 46 женщин), которым был выполнен остеосинтез аппаратом внешней фиксации с использованием устройства для динамической компрессии. Из 118 пациентов у 12 (10,2%) были открытые повреждения. Ко 2-й (контрольной) группе отнесены 147 пациентов (92 мужчины и 45 женщин), подвергнутых оперативному лечению с использованием традиционных фиксаторов (пластины, винты, спицы) и конструкций системы АО (42 больных). Из них у 18 (16,5%) были открытые переломы. Давность травмы в обеих группах составляла от 4-х часов до трёх недель. В 1-й группе 57 (48,3%) больным оперативное вмешательство выполнено в первые часы после поступления в клинику. В остальных случаях – в сроки от 4 до 12 дней.

Показаниями к оперативному лечению были переломы дистального отдела бедра типа В1, В2, В3 (по классификации АО/ASIF), переломы проксимального отдела большеберцовой кости типа В1, В3, С1. Показания к применению метода расширялись у пострадавших с множественными и сочетанными повреждениями.

При переломах мыщелков большеберцовой кости с помощью направителя устраняли смещение отломка и фиксировали его спицей с упорной площадкой. Дистальнее места перелома проводили противоупорные фиксаторы. Упорную спицу закрепляли в компрессирующем устройстве, которое жёстко соединяли с внешней опорой.

В случае повреждения связок, мениска или компрессионного перелома мыщелка большеберцовой кости выполняли порционную резекцию мениска, костную пластику и восстанавливали связочный аппарат. Экспериментальные исследования показали зависимость прочности фиксации костных фрагментов от их размеров, величины силы смещающих моментов тяги коллатеральных связки от направления силы компрессии. Наибольшая устойчивость на разрыв и кручение установлена при направлении силы давления на отломок перпендикулярно плоскости перелома.

При двухфрагментарных переломах, убедившись визуально в адаптации отломков, через вершину дистального отломка прошивался надколенник упорной спицей от плюса до полюса, а при 3-фрагментарных переломах упорные спицы проводили через центр каждого отломка, перпендикулярно плоскости излома

Результаты: установлено, что исходы лечения изучены в сроки от 6 месяцев до 10 лет у 108

больных 1-й группы и в сроки от 1 года до 10 лет – у 95 больных 2-й группы. В подгруппах пациентов с односторонними повреждениями проведен сравнительный анализ данных, характеризующих восстановление анатомической формы повреждённого и смежного суставов и функциональный результат, по методике Э.Р. Маттиса, 1985 [5]. Учитывались субъективные и объективные показатели: боль, консолидация перелома, анатомические соотношения сустава, функция сустава, контрактуры и т.д. (всего 16 показателей). Конечная оценка определялась суммой баллов, поделенной на число учтённых показателей (норма соответствует 100 баллам). Статистическая достоверность различия исходов оценивалась по доверительному коэффициенту Стьюдента в однородных подгруппах пациентов. Из полученных данных следует, что средние исходы лечения больных первой основной группы при всех видах переломов лучше, чем во второй группе ( $p < 0,05$ ), что доказывает эффективность предлагаемого метода лечения.

**Заключени:** таким образом, основные преимущества метода динамического компрессионного остеосинтеза переломов области коленного сустава состоят в обеспечении надёжной фиксации отломков без грозивторичного смещения в динамике функционального лечения при минимуме имплантируемых в ткани конструкций, сравнительно меньшей травматизацией параартикулярных тканей, суставного хряща и синовиальной среды. Дополняя арсенал известных консервативных способов, предлагаемый метод позволяет расширить возможности дифференцированного подхода к лечению повреждений дистально метаэпифиза бедренной, проксимального метаэпифиза большеберцовой костей и надколенника.

### **Список литературы:**

1. Ахтямов И.Ф., Кривошапко Г.В. Кривошапко С.В. Отдалённые результаты реабилитации больных послеоперативного лечения внутрисуставных переломов области коленного сустава // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2002. № 2 .С. 42–46.
2. Ахтямов И.Ф., Колесников М.А. Лечение посттравматических гонартрозов с помощью заднестабилизированныхэндопротезов коленного сустава. / Повреждения при дорожно-транспортных происшествиях и их последствия: нерешённые вопросы, ошибки и осложнения. М., 2011. С. 104–105.
3. Заворыкин Д.И. Оперативное лечение переломов плато большеберцовой кости // Лечение сочетанных травм заболеваний конечностей. Тезисы докладов Всероссийской юбилейной научно-практической конференции. М., 2003. С. 117–118
4. Маттис Э.Р. Система оценки исходов переломов костей опорно-двигательного аппарата и их последствий: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 1985. 29 с.
5. Паньков И.О., Рябчиков И.В., Емелин А.Л. Современные аспекты лечения полифрагментарных импрессионно-компрессионных переломов мыщелков большеберцовой кости / Современные технологии в травматологии и ортопедии. СПб., 2010. С. 56–57.
6. Плоткин Я.Г., Петрова А.А., Гаврилов Е.В. Переломы мыщелков большеберцовой кости. / Повреждения при дорожно-транспортных происшествиях и их последствия: нерешённые вопросы, ошибки и осложнения. М., 2011. С. 38–39.
7. Соколов В.А., Бялик В.И., Такиев А.Т. Бояршинова О.И. Оперативное лечение переломов дистального отдела бедра у пострадавших с сочетанной и множественной травмой // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2004, № 1.

## КРИТЕРИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ОБСТРУКЦИИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Мавлянов Ф. Ш., Мавлянов Ш. Х.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд. Узбекистан.

**Актуальность.** Качество жизни детей с обструктивными уропатиями и прогноз обструктивных уропатий определяются степенью вовлечения в патологический процесс и характером поражения почек. В тяжелых случаях обструктивные уропатии сопровождаются снижением и даже утратой ренальной функции с формированием впоследствии почечной недостаточности и инвалидизации ребенка. В повседневной клинической практике постоянно встает вопрос, почему при одном и том же виде уропатии у одних детей функция почек после оперативного лечения довольно быстро восстанавливается, а у других продолжает прогрессивно снижаться. Это обстоятельство диктует необходимость поиска прогностических маркеров функционального состояния почек и прогрессирования этих заболеваний у детей.

**Цель.** С целью поиска критериев прогнозирования течения и исхода, врожденных обструктивных уропатий для предупреждения развития нефросклероза и ХПН у детей, нами были изучены результаты хирургического лечения врожденных ОУ в зависимости от исходного морфологического и функционального состояния почек и мочеточников.

**Материал и методы.** Для удобства математического анализа были сравнены между собой средние значения УЗИ и рентгенопланиметрии у детей со II и III степенью обструкции при врожденных ОУ до операции с данными детей обследованных до 3-х лет и после 3-х лет катанестического обследования.

**Результаты.** После реконструктивно-пластических операций, при катанестическом обследовании, сопоставление данных УЗИ, в зависимости от морфологической картины ЛМС и МПС, показало: средняя скорость МПВ мочи у детей с гипопластическими изменениями достоверно выше ( $p \leq 0,001$ ) аналогичных данных у детей до операции имевших склеротические изменения в уродинамических узлах верхнего мочевыводящего тракта (таблица 1). Продолжительность одного выброса мочи у детей без склеротических и декомпенсаторно-атрофических изменений в стенке мочеточника отличалась менее существенно ( $p \leq 0,05$ ), но достоверно (таблица 1).

**Таблица 1**

**Показатели УЗИ у детей с врожденными уропатиями до и после операции (п/о) в зависимости от морфологической картины**

	ТПП (мм)	Средняя скорость МПВ мочи (м/с)	Продол. одного МПВ мочи в минуту (сек)	IR паренх. почечного кровотока
До операции	11,9±1,4 (n-212)	0,1±0,02 (n-145)	2,1±0,8 (n-145)	0,77±0,03 (n-36)
П/о – склероз, атрофия	13,2±1,5 (n-87)	0,15±0,02 (n-49)	3,2±0,4 (n-49)	0,73±0,03 (n-11)
П/о гипоплазия	19,8±1,4 *** (n-125)	0,22±0,01 *** (n-64)	4,3±0,34 * (n-64)	0,70±0,02 * (n-18)

$p \leq 0,05^*$ ,  $p \leq 0,001^{***}$

После реконструкции верхнего мочевыводящего тракта, при катанестическом обследовании, сопоставление данных ТПП на УЗИ и ЦДК в зависимости от морфологической картины биопсийного материала паренхимы пораженной почки, показало следующее. Если по данным морфологического исследования в ткани почки до операции определялась гипоплазия на фоне гломерул нормального строения, то в катанезе после операции на УЗИ отмечалось увеличение ТПП, при ЦДК - значительное улучшение ( $p \leq 0,05$ ) почечного кровотока (таблица 6.1). Если же до операции в эпителии извитых канальцев отмечалась белковая дистрофия и очаговый некроз, то восстановление почечной гемодинамики в послеоперационном периоде



было незначительным, т.е. при этом достоверного различия между показателями ТПП и ЦДК в различные сроки катанестического обследования не выявлено (таблица 1).

Данные математического анализа ЭУ после оперативного вмешательства, достоверно различаются от данных до операции. При анализе показателей рентгенопланметрических показателей в зависимости от гистологической картины в мочеточнике и паренхиме почки были получены данные, которые имели существенные различия между собой (таблица 2).

Таблица 2

Рентгенопланметрические показатели у детей с врожденными ОУ до и после операции в зависимости от морфологической картины ЛМС, МПС и паренхимы почки

Дети до 3-х лет				
	РКИ	ПП	УМО	РМО
До операции (ср. значения)	0,42±0,03 (n-31)	1,4±0,2 (n-31)	37,7±2,9 (n-23)	1,1±0,1 (n-23)
После операции в зависимости от степени поражения				
Склероз и атрофия	0,38±0,02 (n-7)	1,7±0,2 (n-7)	15,2±3,7*** (n-4)	0,8±0,04** (n-4)
Гипоплазия и дисплазия	0,31±0,03** (n-7)	2,3±0,03*** (n-7)	7,2±2,4*** (n-4)	0,4±0,09*** (n-4)
До операции (ср. значения)	0,46±0,04 (n-33)	1,3±0,2 (n-33)	44,6±2,5 (n-22)	1,3±0,1 (n-22)
После операции в зависимости от степени поражения				
Склероз и атрофия	0,41±0,04 (n-8)	1,5±0,2 (n-8)	16,8±1,4*** (n-4)	1,0±0,04** (n-4)
Гипоплазия и дисплазия	0,28±0,03*** (n-5)	2,6±0,3*** (n-5)	8,8±1,9*** (n-4)	0,35±0,03*** (n-4)
До операции (ср. значения)	0,45±0,04 (n-30)	1,4±0,02 (n-30)	57,4±2,8 (n-18)	11,1±0,1 (n-18)
После операции в зависимости от степени поражения				
Склероз и атрофия	0,39±0,03 (n-8)	1,9±0,2** (n-8)	20,6±3,4*** (n-4)	0,85±0,03*** (n-4)
Гипоплазия и дисплазия	0,28±0,03*** (n-4)	2,6±0,3 (n-4)***	9,7±2,6*** (n-5)	0,48±0,01*** (n-5)
До операции (ср. значения)	0,48±0,02 (n-25)	1,2±0,02 (n-25)	65,5±0,02 (n-11)	1,1±0,1 (n-11)
После операции в зависимости от степени поражения				
Склероз и атрофия	0,34±0,03*** (n-7)	2,1±0,2*** (n-7)	28,3±2,4*** (n-5)	0,9±0,02*** (n-5)
Гипоплазия и дисплазия	0,22±0,04*** (n-7)	3,4±0,4*** (n-7)	11,7±1,3*** (n-4)	0,55±0,01*** (n-4)

p≤0,01\*\*, p≤0,001\*\*\*

При ВМУ после восстановления уродинамики на уровне мочеточнико-пузырного сегмента происходит сокращение верхних мочевыводящих путей. В зависимости от гистологической картины резецированного мочеточнико-пузырного сегмента рентгенопланметрические показатели имели существенную разницу (p<0,001) (таблица 2). Как видно из таблицы 2 после операции степень уменьшения объема и радиуса мочеточника у больных с гипо и диспластическими изменениями значительно более выражены по сравнению с больными, имевшими атрофические и склеротические поражения стенки мочеточнико-пузырного сегмента.

Для динамического контроля за восстановлением интегральной и локальной жизнеспособности почечной паренхимы были сопоставлены до и после операции результаты скинтиграфии почек с определением индекса интегрального захвата радиофармпрепарата DMSA - Технеций-99м. (таблица 3).

Таблица 3.

### Показатели ИИЗ у детей с врожденными ОУ в зависимости от причины и степени обструкции

	Рефлексирующий мегауретер	Обструктивный мегауретер	Врожденный гидронефроз
До операции			
ИИЗ при 2 степени	45,7±2,2 (n-3)	47,8±2,4 (n-4)	49,1±2,6 (n-8)
ИИЗ при 3 степени	35,6±2,4 (n-9)	37,4±3,6 (n-3)	40,2±2,9(n-17)
После операции			
ИИЗ при 2 степени	47,2±1,7 (n-3)	49,3±1,6 (n-4)	52,4±1,3 (n-8)
ИИЗ при 3 степени	38,2±1,4 (n-9)	40,4±2,8 (n-3)	43,1±3,9(n-17)

При анализе данных радиологических исследований детей с врожденными обструктивными уропатиями выявлены различные варианты отклонений. Как видно из таблицы, наиболее глубокое поражение нефронов наблюдалось при III степени обструкции верхнего мочевыводящего тракта независимо от уровня и причины. После операции в динамике восстановления функционального объема почки не наблюдалось.

Нами проведено сопоставление уровня мочевого TGF  $\beta$  и показателей интерлейкина-10 у детей с врожденными ОУ до и после оперативного лечения в зависимости от наличия нефросклероза (таблица 4). Разброс данных по уровню анализируемых показателей в зависимости от причины врожденных ОУ был значительным. Так, у детей при ОМУ без признаков нефросклероза до и после операционные данные с нормативными значениями практически не отличались.

Таблица 4.

**Иммунологические показатели мочи у детей с врожденными ОУ до и после операции**

	IL-10(пг/мл) до операции	IL-10(пг/мл) после операции	TGF-B(пг/мл) до операции	TGF-B(пг/мл) после операции
ВГ с нефросклерозом (n-28)	28,3 ± 5,4	20,6±5,3	39,2 ± 5,9	33,2±3,4
ВГ без нефросклероза (n-22)	22,7 ± 3,3	12,3±3,8 *	31,1 ± 5,9	15,8±2,9 *
ОМУ с нефросклерозом (n-18)	14,0 ±3,2	11,2±2,8	9,9 ± 3,5	7,8±2,3
ОМУ без нефросклероза (n-3)	8,21	8,21	1,16	1,16
РМУ с нефросклерозом (n-29)	33,4±4,5	31,2±3,6	36,6 ± 4,5	32,9±3,7
РМУ без нефросклероза (n-10)	28,9± 3,3	19,9±2,7 *	30,1±3,5	22,3±2,9 *

$p \leq 0,05^*$

При ВГ у детей с признаками нефросклероза показатели интерлейкина – 10 и TGF-B через год после оперативного лечения по сравнению с до операционными достоверно не различаются. У больных без нефросклероза показатели интерлейкина – 10 достоверно снижается и приближается к нормативным данным ( $p \leq 0,05$ ). Значения TGF-B также существенно снижаются, но остаются значительно выше нормативных показателей.

При РМУ обращает на себя внимание высокие показатели TGF-B и интерлейкина – 10 как до, так и после операции. После хирургической коррекции только значения интерлейкина – 10 достоверно снижаются у детей с РМУ без нефросклероза ( $p \leq 0,05$ ), но остаются гораздо выше нормативных данных.

Обсуждение. Реконструктивно-пластические операции при врожденных обструктивных уропатиях у детей, способствуют восстановлению уродинамики, уменьшению гидронефротической трансформации, росту и развитию почечной паренхимы с пораженной стороны.

Сопоставление результатов рентгенопланиметрического и доплерографического исследования с данными гистологического обследования доказало: чем меньше выражены склероз, атрофия в стенке мочеточника и дистрофия с очаговым некрозом почечной паренхимы, тем быстрее и лучше происходит восстановление уродинамики и функции пораженной почки в послеоперационном периоде, за счет нормально сформированных нефронов.

Данные гистологических исследований позволяют говорить о необратимости патоморфологических изменений почечной паренхимы, возникших вследствие нарушения формирования части нефронов в эмбриогенезе. При изучении биопсий почек у детей с врожденными обструктивными уропатиями отмечен двойственный эффект патологии – вмешательство в нефрогенез и необратимые тубулоинтерстициальные повреждения. Поэтому при статической нефросцинтиграфии определение интегрального захвата радиофармпрепарата DMSA - Технеций-99м объема жизнеспособной почечной ткани в динамике до и после операции достоверных различий не выявило.

Следовательно, после восстановления уродинамики, рост и развитие почечной паренхимы по данным УЗИ и рентгенопланиметрии идет за счет непораженных, либо вторично измененных участков нормально сформированных нефронов.

TGF-В способствующий интерстициальному фиброзу и отвечающий за ренальные нарушения, обнаруживался у детей с выраженными склеротическими изменениями почки при всех изученных вариантах обструктивных уропатий. Наличие врожденных диспластических и атрофических изменений в почке активируют повышенную секрецию TGF-В даже после устранения урообструкции.

Восстановление уродинамики и комплексная терапия у детей с ВГ и ОМУ без нефросклероза позволило купировать воспалительный процесс в почках и ВМП. Данный факт подтверждается достоверным снижением противовоспалительного цитокина интерлейкина 10 и приближением его значений к нормативным данным. При РМУ, ВГ и ОМУ на фоне склеротических и атрофических изменений почечной паренхимы высокий уровень IL-10 подтверждает предположение о постоянно текущем воспалительном процессе.

Выводы. Таким образом, морфологическая характеристика изменений в биоптатах почек при врожденных обструктивных уропатиях у детей позволяет не только сделать заключение о глубине дооперационных структурных нарушений в почечной ткани, но и прогнозировать течение послеоперационного периода и успех проведенного хирургического лечения.

Статическая сцинтиграфия почек с определением интегрального захвата радиофармпрепарата DMSA - Технеций-99м в динамике является минимально инвазивным, достоверным, воспроизводимым и щадящим в отношении лучевой нагрузки методом определения и динамического контроля интегральной и локальной жизнеспособности почечной паренхимы. Снижение этого показателя менее 40 свидетельствует об уменьшении объема жизнеспособной почечной ткани.

Повышение значений интерлейкина – 10 у детей с врожденными ОУ является критерием прогноза развития хронического обструктивного пиелонефрита, тяжелые формы которого предопределяют формирование нефросклероза и вторичного сморщивания почек.

Повышенный уровень мочевого TGFβ у больных с врожденными обструктивными уропатиями является показателем диспластических и нефросклеротических изменений почек. Показатели трансформирующего фактора роста TGFβ в моче у детей с ВГ, ОМУ и РМУ являются прогностическим маркерами развития и прогрессирования нефросклероза при врожденных обструктивных уропатиях.

#### Список литературы.

1. Баранов Ю.В., Цап Н.А. / Обоснование ранней оперативной коррекции врожденного гидронефроза // Уральский медицинский журнал, 2013.-N 9.-С.5-9.
2. Босин В.Ю., Филипкин М.А. Рентгенодиагностика заболеваний мочевых путей / Рентгенодиагностика в педиатрии: Руководство для врачей. Т.2.,— М., 1988).
3. Мавлянов Ф.Ш., Ахмедов Ю.М., Яцык С.П. Обструктивные уропатии у детей. Монография.- Самарканд, «Зарафшон» 2017.- 158 стр.
4. Мавлянов Ф.Ш. Возможности методов визуализации уродинамики и функционального состояния почек при обструктивных уропатиях у детей. // Журнал Биомедицины и практики, 2018 №1. Ташкент. Стр 4-9.
5. Мавлянов Ф.Ш., Ахмедов Ю.М. Диагностика обструктивных уропатий у детей (обзор литературы). // Педиатрия. Илмий-амалий журнал ISSN 2091-5039 №1, 2017 Тошкент Стр 143-146
6. Морозов Д.А., Морозова О.Л., Захарова Н.Б., Лакомова Д.Ю. / Патогенетические основы и современные проблемы диагностики хронического обструктивного пиелонефрита у детей. // Урология, 2013.-N 2.-С.129-134.
7. Angela M. Arlen, Kristin M. Broderick, Kathy H. Huen, Traci Leong, Hal C. Scherz, Andrew J. Kirsch / Temporal Pattern of Vesicoureteral Reflux on Voiding Cystourethrogram Correlates with Dynamic Endoscopic Hydrodistention Grade of Ureteral Orifice // the Journal of Urology. November 2014 Volume 192, Issue 5, Pages 1503–1507
8. Douglas A. Canning, M.D / Re: Hypertension in Pediatric Patients with Renal Scarring in Association with Vesicoureteral Reflux // the Journal of Urology. November 2013 Volume 190, Issue 5, Page 1893

## ПЛАЦЕНТАРНЫЙ ФАКТОР РОСТА И sFLT-1(ФМС-ПОДОБНАЯ ТИРОЗИНКИНАЗА) КАК ПРЕДИКТОР ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ БЕРЕМЕННОСТИ

Махмудова С.Э., Негмаджанов Б.Б.

Самаркандский государственный медицинский институт

Возможность выявления наследственных факторов риска до беременности позволит своевременно оценить вероятность развития преэклампсии и назначить профилактическое лечение. К настоящему времени установлено, что с преэклампсией ассоциировано более 100 полиморфных вариантов генов, в частности генов метаболизма, главного комплекса гистосовместимости, липидного обмена, цитокинов и ростовых факторов, системы гемостаза, регуляции функции эндотелия, сосудистой системы и др. Однако различия в методике определения степени тяжести преэклампсии у больных, этнической принадлежности обследованных, совокупности проанализированных аллельных вариантов в разных выборках определяют неоднозначность результатов, полученных разными авторами. Это диктует необходимость углубленных исследований по выявлению группы риска, разработке прогностических критериев и проведения лечебно-профилактических мероприятий с целью уменьшения перинатальных потерь и улучшения охраны здоровья матери и ребенка.

Патогенез ПЭ сложен и не до конца расшифрован. Установлено, что в основе развития ПЭ лежит нарушение плацентации вследствие дефекта ремоделирования сосудов миометрия, что на ранних сроках беременности приводит к неполноценной инвазии трофобласта. В дальнейшем поврежденная ишемизированная плацента начинает в избыточном количестве секретировать мощный антиангиогенный фактор — растворимый рецептор к васкулоэндотелиальному фактору роста (VEGF), идентифицированный как растворимая fms-подобная тирозинкиназа 1 (sFlt-1). Этот фактор ингибирует как VEGF, так и плацентарный фактор роста (PLGF), обеспечивающие нормальное развитие и функцию плаценты. Циркулируя в кровотоке матери, sFlt-1 может вносить свой вклад в развитие системной эндотелиальной дисфункции, лежащей в основе всех клинических проявлений ПЭ [4, 5]. Поражение эндотелия в почках представлено картиной гломерулярного капиллярного эндотелиоза с отеком эндотелиальных клеток, утратой ими фенестр и отслойкой от базальной мембраны, приводящими к окклюзии просвета капилляров. Это позволяет рассматривать поражение почек при ПЭ как особый тип тромботической микроангиопатии (ТМА), несмотря на редкость развития тромбозов капиллярных петель клубочков.

Имеются основания полагать, что выраженность клинических проявлений ПЭ обусловлена сроком беременности при развитии последней: чем раньше дебютирует ПЭ, тем тяжелее она протекает [12]. В то же время особенности проявлений ПЭ на разных сроках гестации практически неизвестны нефрологам, поскольку в современной литературе основной целью сравнения «ранней» и «своевременной» ПЭ — является изучение акушерских аспектов проблемы (состояния маточно-плацентарного кровотока и перинатальной смертности)

**Цель исследования:** Улучшение прогнозирования и ранней диагностики преэклампсии на основе клинико-генетических и эндотелиальных предикторов. Рациональное ведение пациенток с преэклампсией, сокращение материнской и перинатальной смертности.

**Материалы и методы исследования.** Концентрацию PlGF и sFlt-1 в сыворотке крови беременных женщин определяли с помощью электрохемилюминесцентных диагностических тест-систем Elecsys PlGF и Elecsys sFlt-1 концерна «Хоффманн Ля Рош» (Швейцария) на автоматическом анализаторе Cobas e411 той же фирмы. Спектр изученных полиморфизмов представлен в таблице 3. Выделение тотальной геномной ДНК из 100 мкл цельной венозной крови проводили сорбентным методом с использованием набора «Проба-ГС Генетика», NP-480-100 (AGTR1\_1166 rs5186), NP-476-100 (AGTR2 G1675A rs1403543); для эндотелиальной синтазасы окиси азота использовали 3 набора: NP-554-100 (eNOS\_786 rs2070744), NP-555-100 (eNOS\_774 rs1549758), NP-419-100 (eNOS\_298 rs1799983); однонуклеотидные полиморфизмы обнаруживали методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени с использованием вышеуказанных наборов. (ДНК технология, Россия).

Были обследованы: 160 беременных женщин в возрасте от 18 до 40 лет с физиологическим течением беременности наблюдавшиеся в 2,3 –родильном комплексе г.Самарканда (11-40 недель). Основная и контрольная группа были сопоставимы по возрасту, социальной характеристике и акушерско-гинекологическому анамнезу. Все женщины родили здоровых

детей в сроке 38-40 недель с оценкой по шкале Апгр 8-9 баллов, с нормальными массоростовыми показателями. Послеродовый период у всех протекал без осложнений. Критериями исключения были многоплодная беременность, артериальная гипертензия, преэклампсия в анамнезе. При оценке репродуктивной функции выявлено что большинство женщин обеих групп были первородящими ( $p \geq 0,05$ ). Одинаково часто встречались воспалительные процессы органов малого таза ( $p = 0,05$ ).

Группу пациенток с преэклампсией составили 82 беременных в сроке 20-40 недель в том числе 52 женщин с умеренной преэклампсией, 30 – с тяжелой преэклампсией. Диагноз преэклампсия был установлен на основании общепринятых критериев – гипертензия (давление  $\geq 140/90$  мм.рт.ст) и протеинурия (содержание белка выше 0,3 г в суточной моче). Степень тяжести преэклампсии оценивали на основании объективных показателей и клинического состояния пациентки.

В группу пациенток с умеренной преэклампсией были включены беременные с артериальным давлением 140-160/90 мм.рт.ст., с протеинурией более 0,3 г, но не менее 2 г/сут. В группу пациенток с тяжелой преэклампсией включены беременные с артериальным давлением 160/110 мм.рт.ст. и более, с протеинурией более 2 г/сут.

Группу сравнения составили 14 пациенток с артериальной гипертензией без протеинурии развившейся в сроке беременности 37-40 нед. Для получения референсных интервалов уровня PlGF и sFlt-1, а также значений их соотношения образцы крови исследовали в следующие гестационные сроки: 11—14, 15—19, 20—23, 24—28, 29—33, 34—36, 37—40 нед. Кровь забирали из локтевой вены.

Для получения сыворотки образцы центрифугировали 15 мин при 2000 g при комнатной температуре. Концентрацию маркеров определяли в тот же день, не позднее 1,5 ч после взятия крови. Концентрацию PlGF и sFlt-1 в сыворотке крови беременных определяли с помощью диагностических тест-систем Elecsys PlGF (Ref. №05144671190, «Roche Diagnostics GmbH», Mannheim, Германия) и Elecsys sFlt-1 (Ref. №05109523190, «Roche Diagnostics GmbH», Mannheim, Германия) на автоматическом электрохемилюминесцентном анализаторе Cobas e411 («Hitachi», Япония). Результаты обрабатывали с помощью компьютерной программы Statistica.

**Результаты исследования:** Полученные данные свидетельствуют о том, что при физиологическом течении беременности концентрация PlGF возрастает в сроки 11—33 нед беременности и резко снижается к моменту родов. Концентрация sFlt-1 у здоровых беременных женщин начинает достоверно возрастать с 34-й недели беременности и достигает максимальных значений в 37—40 нед беременности, что, по-видимому, связано с необходимостью перестройки сосудов с целью предотвращения массивного кровотечения в период родов. Соотношение sFlt-1/PlGF имеет максимальные значения в период 11—14 и 37—40 нед беременности, при этом минимальные значения наблюдаются в 24—33 нед гестации. (таблица 1)

**Таблица 1. Медианы и референсные интервалы (5-й и 95-й перцентиль) концентрации PlGF, sFlt-1 и значений их соотношения в динамике физиологической беременности**

Срок беременности, нед	PlGF, нг/мл	sFlt-1, нг/мл	sFlt-1/PlGF
11—14 (32)	43 (26-84)	1569 (844-2672)	34 (19-71)
15—19(41)	158 (98-424)	1774 (750-3480)	11,1 (2,6-22,3)
20—23(12)	334 (155-650)	1357 (600-2560)	4,2 (1,8-6,6)
24—28(10)	451 (235-1440)	1800 (950-4130)	3,6 (1,6-6,1)
29—33(14)	649 (260-1250)	1657 (980-3753)	2,6 (1,1-6,6)
34—36(28)	377 (155-1750)	2639 (1400-5930)	6,2 (1,5-23,0)
37—40(23)	219 (103-665)	4095 (2310-7260)	18,3 (4,4-49,2)

Полученные результаты позволяют сформировать референсные интервалы концентрации PlGF, sFlt-1 и значений их соотношения в динамике физиологической беременности с 11-й по 40-ю неделю. В таблице 1 представлены медианы и референсные интервалы в виде 5-го и 95-го перцентилей. Следует особо отметить, что эти интервалы разработаны при использовании диагностических тест-систем Elecsys PlGF и Elecsys sFlt-1 («Хоффманн-Ля Рош», Швейцария) и диагностической платформы Core («Hitachi», Япония).

У пациенток с преэклампсией концентрация PlGF, sFlt-1 и значения их соотношения достоверно отличались от таковых у пациенток с физиологическим течением беременности, при этом прослеживалась зависимость выявленных изменений от степени тяжести преэклампсии (таблица 2)

**Таблица 2. Концентрация PIGF, sFlt-1 и значение их соотношения в сроке 37-40 недель при физиологической беременности и при беременности, осложненной артериальной гипертензией.**

Группа	PIGF, нг/мл	sFlt-1, нг/мл	sFlt-1/PIGF
Здоровые беременные (n=23)	269±14	4240±41	21,3±3,6
Беременные с АГ (n=14)	126,2 ±12,7	2730±50	27,1±4,7

Интерес представляло изучение показателей в группе беременных с артериальной гипертензией (n=14) в сроке беременности 37—40 недель (таблица 2). Как видно из таблицы 2, концентрация обоих факторов у пациенток с артериальной гипертензией ниже таковых у здоровых беременных примерно в 2 раза, при этом значение соотношения находится в рамках полученного референсного интервала.

**Таблица 3. Полиморфизм изученных генов, продолжительно ассоциированных с преэклампсией.**

Ген	Локализация гена	Полиморфизм
AGTR 1 (рецептор ангиотензина II тип 1)	3q21-q25	A1166C
AGTR 2 (рецептор ангиотензина II тип 2)	Xq23	G1675A
NOS3 (эндотелиальная синтаза оксида азота)	7q36NOS 3	-786T/C

Выявлено, что у женщин с преэклампсией частота низкофункциональных вариантов в генах, ассоциированных с развитием артериальной гипертензии (гены рецепторов 1-го и 2-го типов для ангиотензина II и синтазы оксида азота), статистически значимо превышала таковую у женщин с физиологическим течением беременности (таблица 4)

**Таблица 4. Генные и генотипические частоты полиморфизмов AGTR1 A1166≥C, AGTR2 G1675A, NOS3-786T/C у женщин с преэклампсией и женщин с физиологическим течением беременности.**

Аллель/Генотип	Контрольная группа			Женщины с преэклампсией			p
	n	N	%	n	N	%	
AGTR1 A1166≥C							
A	50	56	89,29	35	54	64,81	0,003
C	6	56	10,71	19	54	35,19	0,003
AA	22	28	78,57	10	27	37,04	0,003
AC	6	28	21,43	15	27	55,56	0,009
CC	0	28	0,00	2	27	7,41	-
AGTR2 G1675A							
G	35	52	67,31	15	58	25,86	0,001
A	17	52	32,69	43	58	74,14	0,001
GG	14	26	53,85	2	29	6,90	0,001
GA	7	26	26,92	11	29	37,93	-
AA	5	26	19,23	16	29	55,17	0,006
NOS3-786T/C							
T	70	98	71,43	59	100	59,00	-
C	28	98	28,57	41	100	41,00	-
TT	27	49	55,10	16	50	32,00	0,02
TC	16	49	32,65	27	50	54,00	0,032
CC	6	49	12,24	7	50	14,00	-

Известно, что гормон ангиотензин II вызывает сужение сосудов и является основным регулятором синтеза альдостерона. Конечным результатом такого действия является увеличение объема циркулирующей крови и повышение системного артериального давления. Ангиотензин II взаимодействует с двумя клеточными рецепторами ангиотензина 1-го и 2-го типов, кодируемых, соответственно, генами AGTR1 и AGTR2. Замена аденина (A) на цитозин (C) в позиции 1166 в регуляторной области гена AGTR1 приводит к усилению его экспрессии. Механизм усиления обусловлен следующим. В ходе синтеза белкарцептора с некодирующими участками мРНК, транслированной с аллели AGTR1 1166A, по принципу комплементарности взаимодействуют микроРНК miR155, что тормозит процесс трансляции

и способствует снижению синтеза белка. С полиморфной аллелью AGTR1 1166С микроРНК связываться не могут, в результате чего увеличивается синтез белкового продукта и изменяется функциональная активность рецепторов [10]. Сердечно-сосудистые эффекты ангиотензина II, опосредованные AT2-рецепторами, противоположны эффектам, обусловленным AT1-рецепторами, то есть взаимодействие ангиотензина II с рецепторами 2-го типа обуславливает снижение артериального давления. Увеличение количества рецепторов ангиотензина II 2-го типа на поверхности клетки определяется аллелью AGTR2 1675G, поскольку она ассоциирована с активацией транскрипции гена. При нуклеотидной замене G1675A в регуляторной области гена негативно меняется характер регуляции экспрессии гена. В результате у носителей данного низкофункционального полиморфизма наблюдается снижение количества рецепторов 2-го типа и частичная потеря ими функции (участие в продукции NO, дилатация сосудов), что и способствует увеличению риска развития артериальной гипертензии. В настоящем исследовании обращает на себя внимание более высокая частота гомозиготного носительства данного низкофункционального полиморфизма у женщин с преэклампсией по сравнению с женщинами с физиологическим течением беременности. Учитывая тот факт, что ген AGTR2 локализован в X-хромосоме, фенотипическое проявление гетерозиготного носительства аллели 1675A может быть сглажено вследствие явления аллельного исключения при инактивации в клетке одной из половых хромосом. У гомозигот фенотипический эффект не нивелируется данным явлением, что, вероятно, и определяет большую частоту генотипа AGTR2 1675A/A в группе женщин с осложненным течением беременности. В патогенезе преэклампсии большое значение имеет эндотелиальная дисфункция [9], которая проявляется увеличением «чувствительности» сосудистой стенки к прессорным влияниям медиаторов с одновременным уменьшением продукции вазодилататоров, таких как оксид азота (NO). Оксид азота является основным эндотелиальным фактором релаксации, участвующим в поддержании тонуса сосудистой стенки, тромбогенезе. В синтезе NO в эндотелии и, следовательно, в регуляции сосудистого тонуса, кровотока и артериального давления участвует конституциональная эндотелиальная NO-синтаза 3-го типа (NOS3, синоним eNOS) [8]. В настоящее время наиболее активно изучаются 3 аллельных варианта гена эндотелиальной NO-синтазы (NOS3): 4a/4b в 5 интроне, структурная замена 894G>T в 7 экзоне и полиморфизм промоторной области гена – 786T>C. Указанные полиморфизмы являются низкофункциональными, то есть при наличии их в генотипе снижается экспрессия гена NOS3. Уменьшенная продукция эндотелиальной NO-синтазы в свою очередь обуславливает снижение концентрации окиси азота в кровяном русле, вследствие чего понижается вазодилатация, что может быть важным механизмом развития артериальной гипертензии. В литературе имеются данные об ассоциации низкофункциональных вариантов гена эндотелиальной NO-синтазы с различной акушерской патологией, в основе которой лежат изменения сосудистого тонуса (гестоз, плацентарная недостаточность, синдром задержки развития плода) [3, 6]. Согласно результатам настоящего исследования, у женщин с преэклампсией отмечается повышенная частота встречаемости аллели -786C в гене NOS3 (см. табл. 4)

Обсуждение: Анализ полученных данных свидетельствует о достоверных различиях динамики концентрации PlGF, sFlt-1 и их соотношения в течение физиологической беременности и беременности, осложненной преэклампсией. Наиболее ярко выражены изменения значений соотношения sFlt-1/PlGF, кроме того, степень отклонения перечисленных параметров коррелирует с тяжестью преэклампсии. По-видимому, именно этот показатель является наиболее информативным при диагностике преэклампсии. Полученные результаты полностью согласуются с опубликованными данными о том, что развитие преэклампсии тесно связано с дисбалансом синтеза ангиогенных и антиангиогенных факторов [5,7,9]. Известно, что процесс формирования плаценты начинается с имплантации клеток фетального происхождения (цитотрофобласта) в децидуальную ткань (модифицированный слой эндометрия беременной матки). Цитотрофобласт не только внедряется в эндометрий (интерстициальная инвазия) и спиральные артерии (эндоваскулярная инвазия), но и доходит до внутренней трети эндометрия. В результате в конце I триместра в маточно-плацентарной области формируется несколько десятков широких, зияющих артерий и начинает активно функционировать маточно-плацентарный кровоток. До его формирования функцию мощного стимула первой волны цитотрофобластной инвазии (ЦТИ) несет местная тканевая гипоксия, характерная для микроокружения эмбриона до 8—10-й недели развития. Гипоксический стимул повышает экспрессию специфических молекул клеточной адгезии, стимулирует синтез цитокинов, сосудистых факторов роста [1].

Наличие полиморфизмов генов-регуляторов сосудистого тонуса (ренин-ангиотензиновой системы и эндотелиальной синтетазы оксида азота), предрасполагающих к гипертензионным осложнениям, существенно повышает риск развития преэклампсии. Выявленные в настоящем исследовании ассоциации могут быть использованы в качестве генетических маркеров предрасположенности к формированию преэклампсии, что позволит своевременно сформировать группу риска и скорректировать лечебно-профилактические мероприятия.



**Рис. 1. Соотношение  $sFlt-1/PlGF$  при нормальной беременности, умеренной (УПЭ) и тяжелой преэклампсии (ТПЭ)**

А. Wang и соавт. [8] также связывают преэклампсию именно с нарушением процесса инвазии цитотрофобласта на данном этапе. Следующий этап инвазии цитотрофобласта вглубь миометрия (вторая волна инвазии) приходится на 16—18-ю неделю беременности. Цитотрофобласт трансформирует более крупные артерии нижней трети миометрия, превращая их в широкие полости. В результате возрастает объем материнской крови, поступающей в плаценту [1]. Выделение двух волн ЦТИ условно, поскольку это непрерывный процесс, который по своему значению представляет собой ключевой механизм развития нормальной беременности либо возникновения преэклампсии. Утверждение, что преэклампсия начинается с 20-й недели беременности, соответствует лишь времени возникновения широко известных симптомов, тогда как исходные механизмы закладываются и реализуются гораздо раньше в виде дефектов лютеиновой фазы цикла, нарушения имплантации и плацентации, а также фоновых заболеваний матери. Эти и другие факторы являются причиной недостаточности ЦТИ [3]. Эндотелиальная дисфункция играет центральную роль в патогенезе преэклампсии. Повышение синтеза вазоактивных медиаторов ведет к преобладанию сужения сосудов и в результате недостаточному кровообращению в сосудах плаценты. Перед появлением клинических симптомов обычно снижается маточно-плацентарный кровоток и возрастает резистентность маточных сосудов, развивается плацентарная ишемия [7]. По-видимому, у пациенток, предрасположенных к развитию преэклампсии, снижение концентрации  $PlGF$  и повышение концентрации  $sFlt-1$  свидетельствуют об аномальном развитии плаценты. Причины предрасположенности пациенток к развитию преэклампсии до настоящего времени остаются до конца не установленными, однако отмечено, что одной из возможных причин является генетический фактор. Показано, что развитие преэклампсии у матери повышает риск этой патологии у ее дочери. Считается также, что этиология и патогенез преэклампсии обусловлены наличием иммунопатологических механизмов и рядом факторов внешней среды. Профилактика и лечение преэклампсии представляют собой довольно сложную задачу. В связи с этим ранняя диагностика преэклампсии до ее клинических проявлений — одна из задач акушерства, решение которой позволит оценить степень риска и целесообразность сохранения данной беременности [4, 9]. Наличие референсных интервалов концентрации  $PlGF$ ,  $sFlt-1$  и их соотношения — маркеров, в настоящее время наиболее информативных для диагностики



преэклампсии, позволяет оценивать наличие особенностей секреции этих молекул начиная с конца I триместра беременности. Ранее было показано, что уже в I триместре беременности удается диагностировать дисбаланс в синтезе PlGF и sFlt-1, в результате чего значение соотношения этих показателей увеличивается. Повышение концентрации sFlt-1, по-видимому, нарушает внутриклеточный механизм регуляции синтеза PlGF, что в свою очередь ведет к развитию системной эндотелиальной недостаточности и прогрессированию клинических признаков преэклампсии (гипертензия и протеинурия), а также к задержке внутриутробного развития плода [3, 9, 11]. Таким образом, на основании проведенного исследования установлено, что концентрации PlGF, sFlt-1 и значение их соотношения являются высокоинформативными показателями преэклампсии, а референсные интервалы концентрации PlGF, sFlt-1 и значений их соотношения могут использоваться в качестве «нормативов». Кроме того, определение концентрации этих маркеров и расчет их соотношения необходимо проводить в I и II триместрах беременности в рамках скрининговых программ диагностики внутриутробной патологии плода. Определение маркеров преэклампсии в конце II и в III триместре беременности может служить основой для окончательной постановки диагноза преэклампсии и разработки тактики пролонгирования беременности.

#### Список литературы:

1. Преэклампсия. Руководство. Библиотека врача-специалиста. Под ред. Сухих Г.Т., Мурашко Л.Е. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2010;576.
2. Carty DM, Delles C, Dominiczak AF. Preeclampsia and future maternal health. *J Hypertens* 2010; 28: 1349–1355.
3. Foidart YM, Schaaps YP, Chantraine F. et al. Dysregulation of anti-angiogenic agents (sFlt-1, PlGF and endoglin) in preeclampsia — a step forward but not the definitive answer. *J Reprod Immunol*. 2009;82:106-111.
4. Hammerova L, Chabada J, Drobny J, Batorova A. Longitudinal evaluation of markers of hemostasis in pregnancy. *Bratisl Lek Listy* 2014; 115 (3): 140–144.
5. McElrath T, Lim K-H, Pare E, Rich-Edwards J. et al. Longitudinal evaluation of predictive value for preeclampsia of circulating angiogenic factors through pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2010; 111:407:e1-e7.
6. Palmer K., da Silva Costa F. Circulating biomarker use for the prediction and detection of preeclampsia //BioSystems. – 2017. – Т. 16.
7. Verlohren S, Herraiz Y, Lapaire O. et al. The sFlt-1/PlGF ratio in different types of hypertensive pregnancy disorders and its prognostic potential in preeclamptic patients. *Am J of Obstet Gynecol*. 2012;115:1:e1-e8.
8. Lam C, Lim K-H, Karumanchi SA. Circulating angiogenic factors in the pathogenesis and prediction of preeclampsia. *Hypertension Res*. 2005;46:1077-1085.
9. Maynard S, Min J, Merchan J, Lim K. Excess placental soluble fms-like tyrosinekinase-1 (sFlt-1) may contribute to endometrial dysfunction, hypertension and proteinuria in preeclampsia. *J Clin Invest*. 2003;111:649-658.
10. Roberts JM, Bell MJ. If we know so much about preeclampsia, why haven't we cured the disease? *J Reprod Immunol* 2013; 99: 1–9.
11. Schenkelaars N. et al. Preconceptional maternal weight loss and hypertensive disorders in pregnancy: a systematic review and meta-analysis //European Journal of Clinical Nutrition. – 2021. – С. 1-14.
12. Shibata E, Rajakumar A, Roberts RW. et al. Soluble fms-like tyrosine kinase 1 is increased in preeclampsia but not in normotensive pregnancies with small-for-gestational-age neonates: relationship to circulating placental growth factor. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005;90:4895-4903.
13. Wang A, Rana S, Karumanchi SA. Preeclampsia: the role of angiogenic factors in its pathogenesis. *Physiology*. 2009;24:147-158.
14. Yelliffe-Pawlowsky L, Shaw G, Currier R. et al. Association of early preterm birth with abnormal levels of routinely collected first-trimester second-trimester biomarkers. *Am J Obstet and Gynecol*. 2013;208:128-140.

## ВЛИЯНИЕ ВНУТРИМАТОЧНОГО КОНТРАЦЕПТИВА НА МИКРОФЛОРУ ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Насирова З.А., Агабабян Л.Р.

Самаркандский государственный медицинский институт

Проблема контрацепции после кесарева сечения является очень важной, как в медицинском, так и в социальном аспектах. Изучено, что при интервале между оперативным родоразрешением и последующей беременностью более 2 лет материнская летальность снижается на 32%, а младенческая смертность - на 10%. Контрацепция после кесарева сечения позволяет снизить на 90% частоту медицинских аборт. Наступление беременности в течение года после кесарева сечения сопровождается существенным увеличением риска гестационных осложнений: самопроизвольных абортов, преждевременных родов, плацентарной недостаточности, кровотечений, разрыва матки и т.д. [3].

ВМК являются одними из наиболее часто используемых эффективных обратимых методов контрацепции у женщин репродуктивного возраста во всем мире. Постплацентарное введение ВМК является эффективным и безопасным методом контрацепции. Воспользовавшись услугами дородовой помощи и консультирования по планированию семьи в антенатальном периоде в первичном звене, и в родильном отделении, введение ВМК Cu T 380 А сразу после родов является хорошим вариантом в качестве метода контрацепции.

Непосредственное постплацентарное введение ВМК Cu T 380 А во время кесарева сечения предоставляет хорошую возможность для достижения обратимой контрацепции длительного действия (long-acting reversible contraception, LARC) с минимальным дискомфортом для женщин. Об эффективности введения ВМК во время кесарева сечения без какого-либо дополнительного риска инфекции также сообщалось в различных исследованиях [19,21]. Это практикуется все чаще после того, как сообщается о безопасности и снижается частота экспульсии после интраоперационного введения ВМК. Этот метод предлагает акушер-гинекологу возможность ввести ВМК в матку под контролем зрения, тем самым устраняя страх перфорации матки во время процедуры [2,3].

Начало использования ВМК во время кесарева сечения дает дополнительное преимущество, так как исключает шестинедельный послеродовой период ожидания и дополнительный визит в медицинское учреждение. Однако, несмотря на безопасность и эффективность, акушер-гинекологи по-прежнему не решаются использовать ВМК Си Т 380А для женщин, перенесших оперативные роды.

Введение ВМК во время кесарева сечения может быть альтернативой стерилизации для некоторых пар, особенно у повторнородящих женщин и группы женщин, которые отказываются от стерилизации по некоторым причинам. Однако безопасность и приемлемость постплацентарного ВМК во время кесарева сечения не изучалась широко у нас в стране.

Вместе с этим частота оппортунистических инфекций влагалища в последние годы имеет тенденцию к росту, несмотря на все расширяющийся арсенал применяемых в клинической практике антимикробных средств [21]. Это обуславливает пристальный интерес исследователей к особенностям влагалищной нормофлоры. Показано, что качественные и количественные показатели микробиоценоза влагалища, а именно доля лактобактерий в общей бактериальной массе, соотношение групп микроорганизмов являются не только объективной характеристикой самого микробиоценоза [15], но и могут служить индикаторами нарушений, вызванных различными причинами [14, 16]. С учетом вышеизложенного, данное исследование проводится с целью определения безопасности постплацентарного введения ВМК Cu T 380 А во время абдоминального родоразрешения.

Все вышеуказанное определяет необходимость изучения микробиоты влагалища при использовании ВМК у женщин во время кесарева сечения.

**Цель исследования.** Изучить влияние внутриматочной контрацепции Си Т 380 А, введенной постплацентарно, на особенности микробиоты гениталий в послеоперационном периоде.

**Материал и методы исследования.** С целью изучения микробиоты гениталий в послеоперационном периоде после введения ВМК было проведено проспективное исследование в городском Родильном доме №2 города Самарканда. В исследование были включены 40 женщин, родоразрешенных путем кесарева сечения и желающих использовать ВМК Cu T 380,

все они соответствовали стандартным медицинским критериям ВОЗ для введения ВМК и были готовы соблюдать протокол исследования.

Критериями исключения были: женщины, не соответствующие медицинским критериям приемлемости ВОЗ по применению ВМК, а так же пациентки, не подписавшие форму добровольного информированного согласия.

Женщины были консультированы по поводу постплацентарного введения ВМК во время родовых посещений и / или после госпитализации. Женщинам подробно рассказали об исследовании, в том числе о преимуществах и ограничениях разных методов, а перед операцией кесарево сечение было проведено повторное консультирование. Письменное информированное согласие было получено от женщин, которые были готовы участвовать в исследовании и соблюдать протокол исследования.

Постплацентарное введение ВМК производилось после удаления плаценты и ручной ревизии полости матки с использованием щипцов Келли, вручную, через разрез матки, с обеспечением размещения устройства на дне матки. Не было предпринято никаких попыток направить усики ВМК во влагалище. Антибиотики вводились согласно протоколу родильного дома при кесаревом сечении. Женщины ежедневно наблюдались на предмет послеродового кровотечения, развития воспалительной и болевой реакции, а также любых других жалоб в течение всего периода пребывания в стационаре. Перед выпиской больным на обменной карте были указаны: тип ВМК, дата введения и срок действия. Микробиологическое исследование гениталий производилось до операции кесарева сечения и перед выпиской на 5-6 сутки.

Считалось, что инфекция органов малого таза и шейки матки присутствует у женщин с гнойными выделениями, болезненностью шейки матки, придатков или матки, с лихорадкой или без нее. Удовлетворенность пациента определялась отчетом пациента. Группу контроля составили 36 женщин, перенесших кесарево сечение без использования контрацепции.

Интерпретацию данных исследования проводили по значениям, указанным в таблице № 1.

**Таблица № 1**

**Интерпретация показателей бактериологического исследования**

Показатель	Интерпретация
«отрицательно»	Результат отрицательный, роста микрофлоры нет
$\leq 10^2$ КОЕ Сапрофитная микрофлора	Результат отрицательный, патогенная микрофлора не выделена
$\geq 10^2$ КОЕ Условно-патогенная микрофлора	Результат положительный, даны рекомендации по антибактериальной терапии

-скудный рост-  $10^2$   
-умеренный рост-  $10^3$   
-обильный рост  $\geq 10^4$

Для проведения культурального исследования влагалищного отделяемого забор материала для посева производили из цервикального канала стерильным ватным тампоном, который помещали в транспортную среду. Бактериологическое исследование проводилось по традиционной схеме: забор исследуемого материала из цервикального канала, посев на питательные среды, выделение чистой культуры и идентификация выделенных культур микроорганизмов. С целью выявления анаэробной микрофлоры использовался метод культивирования микроорганизмов с помощью микроанаэростана. При обнаружении условно- патогенных бактерий диагностическим титром считали показатели  $>10^4$ , а для грибов  $>10^3$  КОЕ/мл исследуемом материале. В лаборатории доставленный в течение 1-2 дней материал исследовали на следующие группы организмов: аэробы и факультативные анаэробы, дрожжеподобные грибы. Посев производили на серию питательных сред для определения различных групп микроорганизмов: кровяной агар на основе брусцеллезного агара с добавлением витаминных ростовых факторов (для выделения анаэробов), маннит- солевой агар (для выделения стафилококков), среду Сабуро (для выделения грибов). Среды с кровяным агаром культивировали в термостате с повышенным содержанием углекислого газа (5-10%).

Идентификацию выделенных микроорганизмов проводили с помощью бактериологического анализатора, используя компьютерные программы. Количество выделенных микроорганизмов оценивали по плотности роста на секторах чашки с агаром.

**Результаты.** Возраст большинства женщин составлял от 21 до 30 лет (77,89%). Две женщины (4%) были старше 36 лет и только одна женщина была моложе 20 лет (Таблица 2).

Таблица 2

**Характеристика женщин, использующих ВМК Су Т 380 А интраоперационно (n =40) и группы контроля (n =36).**

Параметры	Постплацентарное введение ВМК (n=40)	Группа контроля (n=36)
Средний возраст (лет)	25,6±1,7	25,3±1,6
Первобеременные	4 (10%)	4 (11,1%)
Повторнобеременные	36 (90%)	32 (88,9%)
Первородящие	6 (15%)	6 (16,7%)
Повторнородящие	34 (85%)	30 (83,3%)

Возраст женщин в обеих группах варьировал – от 18 до 40 лет. Средний возраст в 1 группе был 25,6±1.7 лет, во второй группе 25,3 ±1,6 лет. Первобеременные первородящие в 1 группе составили 25% (10 женщин), во второй группе 25,8% (10 женщин). У 6 женщин до предстоящих родов были самопроизвольные выкидыши. Остальные женщины обеих групп были повторнобеременными и повторнородящими. Все жительницы были жительницы Самаркандской области. Подавляющее большинство их (61,9%) имели среднее специальное образование, 33,5% имели высшее образование и 4,6% женщин имели среднее образование. Большинство женщин (98,7%), получивших контрацепцию, состояли в браке, причем колебания частоты их в группах были незначительными. Вместе с тем 1,3% женщин в браке не состояли. Со слов этих женщин, некоторые из них жили регулярной половой жизнью с постоянным партнером.

Женщины, выбранные для постплацентарной внутриматочной контрацепции, указывали на наличие гинекологических заболеваний в анамнезе к моменту опроса достоверно реже ( $p<0,05$ ), чем в группе контроля (таблица 3).

Таблица 3

### Структура хронических гинекологических заболеваний пациенток

Заболевания	I группа И/о ВМК (n=40)		Группа контроля (n=35)	
	Абс. число	%	Абс. Число	%
Воспалительные заболевания половых органов	-	-	3	8,6
Заболевания шейки матки	-	-	2	5,7
Нарушения менструального цикла	2	5	3	8,6
Гиперпластические процессы эндометрия	1	2,5	2	5,7
Бесплодие			1	
Искусственные аборты	6	15	11	31,4
Самопроизвольные выкидыши	2	5	2	5,7
Воспалительные заболевания половых органов	-	-	3	8,6

11 (27,5%) женщин из группы пациенток, выбранных для внутриматочной контрацепции, ранее перенесли гинекологические заболевания. В анамнезе у этих женщин в основном встречались нарушения менструального цикла - 5% случаев. Отбор женщин для внутриматочной контрацепции проводился при отсутствии хронических воспалительных заболеваний половой сферы и отсутствия инфекционного процесса по данным бактериоскопического исследования отделяемого из цервикального канала, уретры, влагалища и ПЦР на наличие возбудителей инфекций, передаваемых половым путем. Хотя перенесенных гинекологических заболеваний у данных пациенток были незначительными, 6 (15%) женщин в анамнезе имели искусственные аборты, 2 (5%) женщины - самопроизвольные выкидыши.

Индекс здоровья обследованных женщин по соматическим заболеваниям был сравнительно удовлетворительным. Наиболее распространенными были заболевания органов зрения -10% у женщин с постплацентарным введением ВМК и 8,3% у женщин группы контроля. Наиболее

часто показаниями к операции кесарево сечение являлись несостоятельность рубца и сам рубец (24,2%), соматическая патология (9,4%), тазовое положение плода (8,7%). Таким образом, клиническая характеристика наблюдаемых нами женщин обеих групп свидетельствует об однородности контингента.

Анализ первичного выявления инфекционно-воспалительных заболеваний половых органов на фоне применения ВМК у женщин во время кесарева сечения показал, что имелись случаи вульво-вагинального кандидоза, бактериального вагиноза, без воспалительной патологии органов малого таза.

В таблице №4 представлены совокупные результаты бактериологического исследования *Lactobacillus spp.* у женщин основной группы и группы контроля перед и после операции кесарева сечения.

Таблица 4.

**Результаты бактериологического исследования обследованных женщин в периоперационном периоде (*Lactobacillus spp.* в титрах  $>10^7$ ):**

- 1- основная группа (с постплацентарным введением ВМК);
- 2- группа контроля

	Концентрация микроорганизма	До операции (%)	После операции (%)
1 группа	$<10^7$	22,6	31,7
	$\geq 10^7$	77,4	68,3
2 группа	$<10^7$	23,2	32,6
	$\geq 10^7$	76,8	67,4

Согласно данным, представленным в таблице 4, отмечается существенное снижение *Lactobacillus spp.* в послеоперационном периоде почти с одинаковой частотой в обеих группах ( $p < 0,05$ ).

При бактериологическом исследовании материала из цервикального канала практически у всех пациенток был выявлен полимикробный пейзаж. Чаще всего ассоциации микроорганизмов были представлены различным сочетанием условно патогенных микроорганизмов.

Данные о частоте выявления различных микроорганизмов и их концентрации при бактериологическом исследовании представлены в таблице 5.

Таблица 5.

**Результаты бактериологического исследования обследованных женщин (в титрах  $>10^3$ )**

Вид возбудителя	Концентрация	1 группа		2 группа	
		До операции	П о с л е операции	До операции	П о с л е операции
Staphylococcus spp.	$\leq 10^4$	1 (2,5%)	1 (2,5%)	1 (2,9%)	1 (2,9%)
	$> 10^4$	-	-	-	-
Streptococcus spp.	$\leq 10^4$	-	-	1 (2,9%)	1 (2,9%)
	$> 10^4$	-	-	-	-
Ent. Faecalis	$\leq 10^4$	-	1(2,5%)	1(2,9%)	2 (5,8%)
	$> 10^4$	-	1 (2,5%)	-	1 (2,9%)
Enterobacteriaceae spp.	$\leq 10^4$	-	-	-	-
	$> 10^4$	-	1(2,5%)	-	2 (5,8%)
E.coli	$\leq 10^4$	-	-	-	-
	$> 10^4$	-	1(2,5%)	-	1 (2,9%)
C. albicans	$\leq 10^4$	-	-	2 (5,8%)	1 (2,9%)
	$> 10^4$	1(2,5%)	2 (5%)	-	2 (5,8%)
Klebsiella spp.	$\leq 10^4$	-	1(2,5%)	-	1 (2,9%)
	$> 10^4$	-	-	-	-

Citrobacter spp.	$\leq 10^4$	-	-	1 (2,9%)	-
	$> 10^4$	-	-	-	-
Proteus mirabilis	$\leq 10^4$	1 (2,5%)	1 (2,5%)	-	-
	$> 10^4$	-	-	1 (2,9%)	1 (2,9%)
Pseudomonas aeruginosa	$\leq 10^4$	-	-	-	1 (2,9%)
	$> 10^4$	-	-	-	-
G.vaginalis	$\leq 10^4$	-	-	-	-
	$> 10^4$	2 (5%)	3 (7,5%)	2 (5,8%)	3 (8,7%)

Из представленных в таблице 5 данных видно, что наиболее часто до операции выявлялись *G.vaginalis* (5% и 5,7% соответственно). После применения ВМК на 5-6 сутки *G.vaginalis* высевалась в основной группе у 7,5% женщин, а в группе контроля у 8,6% ( $p < 0,05$ ).

*Staphylococcus spp.* в обеих группах женщин до операции кесарева сечения встречалась в 2,5% и 2,9% соответственно ( $p < 0,05$ ). После интраоперационного введения ВМК и у женщин без контрацепции, после абдоминального родоразрешения этот возбудитель встречался с такой же частотой, как и до оперативного родоразрешения (2,5% и 2,9% соответственно) ( $p < 0,05$ ).

*Streptococcus spp.* не был выявлен у женщин основной группы как до операции, так и после введения ВМК на 5-6 сутки, а в группе контроля он встречался в 2,9% ( $\leq 10^4$ ).

Согласно данным таблицы, отмечается рост условно – патогенной микрофлоры *Ent. Faecalis*, *Enterobacteriaceae spp.* и *E. Coli* в посевах в послеоперационном периоде в обеих группах почти с одинаковой частотой в концентрации  $> 10^4$ .

В целом при бактериологическом исследовании в периоперационном периоде выявлен следующий видовой состав микроорганизмов: *Staphylococcus spp.*, *Ent. Faecalis*, *Enterobacteriaceae spp.*, *C. albicans*, *G.vaginalis*.

Наиболее часто обнаруживалась факультативные грамположительные кокки *Staphylococcus spp.* в концентрации  $\leq 10^4$ , как до, так и после операции. Из грамотрицательных облигатных анаэробов часто выделялись *C. albicans*.

Согласно данным бактериологического исследования, представленным в таблице 3, отмечается явный рост условно- патогенной флоры в посевах в послеоперационном периоде: *G.vaginalis* в (7,5%) в группе с постплацентарным введением ВМК, в 8,7% в группе контроля.

При обследовании ни у одной пациентки не было выявлено *N.gonorrhoea*, *Tr. vaginalis*, *Ch. trachomatis*.

**Заключение.** Таким образом, после абдоминального родоразрешения, у женщин с ВМК и без контрацепции изменений микробного пейзажа микрофлоры влагалища после операции не происходит. В целом в послеоперационном периоде наблюдалось снижение концентрации лактобацилл и увеличение представительства условно-патогенной микрофлоры. Эти изменения нормального представительства микрофлоры зависит от оперативного вмешательства и в некоторой степени от снижения защитных сил организма. Особенности микрорейзажа гениталий у женщин в послеоперационном периоде с ВМК и без контрацепции могут быть связаны с иммунологическими особенностями организма женщин в послеродовом периоде.

Мы не нашли доказательств того, что внутриматочные контрацептивы изменяли состав вагинальной микробиоты. Поэтому маловероятно, что использование внутриматочной контрацепции постплацентарно изменит состав вагинальной микробиоты так, что изменится восприимчивость к инфекции.

#### Список литературы:

1. Achilles S. L. et al. Impact of contraceptive initiation on vaginal microbiota //American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2018. – Т. 218. – №. 6. – С. 622. e1-622. e10.
2. Achilles S. L. et al. A longitudinal evaluation of the impact of contraceptive initiation on vaginal microbiota in us women. – 2018.
3. Achilles S. L., Hillier S. L. The complexity of contraceptives: understanding their impact on genital immune cells and vaginal microbiota //AIDS (London, England). – 2013. – Т. 27. – №. 0 1. – С. S5.
4. Agarwal K. et al. Visibility of strings after postplacental intraccesarean insertion of CuT380A

- and Cu375 intrauterine contraceptive device: a randomized comparative study //The Journal of Obstetrics and Gynecology of India. – 2017. – Т. 67. – №. 5. – С. 324-329.
5. Azizovna N. Z., Boltaevich N. B. Clinical And Laboratory Results Of Intrauterine Device Cu T 380 A Intrauterine System Intraoperative Injection //The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. – 2020. – Т. 2. – №. 09. – С. 89-95.
  6. Bassis C. M. et al. Effects of intrauterine contraception on the vaginal microbiota // Contraception. – 2017. – Т. 96. – №. 3. – С. 189-195.
  7. Eastman A. J. et al. Effects of the copper IUD on composition of the vaginal microbiota in the olive baboon //bioRxiv. – 2019. – С. 720185.
  8. Elsokary A., Elkhyat A., Elshwaikh S. Evaluation of Post-Placental IUD Insertion during Cesarean Section at a Tertiary Care Hospital in Egypt //Open Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2020. – Т. 10. – №. 4. – С. 516-525.
  9. Elkholly A. G. A., Sweed M. S., Bartella H. N. Insertion of Intrauterine Contraceptive Device at Cesarean Section: Randomized Clinical Trial //QJM: An International Journal of Medicine. – 2020. – Т. 113. – №. Supplement\_1. – С. hcaa056. 004.
  10. Fosch S. E. et al. Influence of contraception on basic vaginal states: A prospective study // Health. – 2015. – Т. 7. – №. 02. – С. 238.
  11. Mohamed A. I., Elati I. H. A., Ramadan E. N. Assessment effect of Post Puerperal and Immediate Post Placental Intrauterine Contraceptive Devices Insertion after Cesarean Delivery on Women's Health //IOSRJNHS. – 2015. – Т. 4. – №. 3. – С. 1-7.
  12. Salem S. A. et al. Intrauterine Contraceptive Device Insertion during Cesarean Section versus Conventional Application: A Randomized Clinical Trial //Clinics Mother Child Health. – 2018. – Т. 15. – №. 309. – С. 2.
  13. SHAHIENAZ H. et al. Immediate Postplacental Insertion of Copper Intrauterine Device and Evaluation of Expulsion Rate in Cesarean Section //The Medical Journal of Cairo University. – 2018. – Т. 86. – №. December. – С. 4403-4407.
  14. Singh S. et al. Evaluation of efficacy, expulsion and safety of post-placental and intra-cesarean insertion of intrauterine contraceptive devices //Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. – 2017. – Т. 4. – №. 6. – С. 2005-9.
  15. Tetreault S., Oshman L. In women desiring postpartum contraception with an IUD, does immediate IUD insertion after delivery increase continued IUD use at 6 months compared with delayed IUD insertion? //Evidence-Based Practice. – 2018. – Т. 21. – №. 6. – С. E5-E6.
  16. Utami M., Winardi B. Postplacental insertion of IUCD Cu T 380A at transcesarean section does not influence bleeding and infection at puerperial period //Majalah Obstetri & Ginekologi. – 2018. – Т. 26. – №. 2. – С. 61-66.
  17. Wildemeersch D. A., Goldstuck N. D., Janssens D. R. G. Immediate Post Placental Insertion of IUD-The Challenge to Solve the Expulsion Problem //Obstet Gynecol Int J. – 2014. – Т. 2. – №. 5. – С. 00052.
  18. Zaconeta A. M. et al. Intrauterine Device Insertion during Cesarean Section in Women without Prenatal Contraception Counseling: Lessons from a Country with High Cesarean Rates //Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. – 2019. – Т. 41. – №. 8. – С. 485-492.

## РАЗРАБОТКА ЭКСПРЕСС-МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ ПРЕРЫВАЦИОННОЙ ИНТРАКОРОНАЛЬНОЙ РЕЗОРБЦИИ НА ОСНОВЕ БИОМЕРКЕРОВ КАРИЕСА

Питиримова А.С., Шамитова Е.Н.

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Чебоксары, Россия.

Актуальность. В последнее время наблюдается постоянный рост интереса к антимикробным пептидам (АМП) в свете повышения резистентности бактерий и грибов к антибиотикам. АМП используются в качестве биомаркеров при диагностике и мониторинге патологий полости рта. Следовательно, определение специфических белковых профилей у лиц с диагнозом «скрытый кариес» может быть основой для эффективных скрининговых тестов и специализированных обследований, которые могут способствовать прогрессированию заболевания. Несмотря на многочисленные исследования этиологии и развития заболевания, ученые до сих пор не сходятся во мнениях по некоторым его аспектам.

Объект исследования статьи – структурные свойства ротовой жидкости, полученной методом оплевывания в стеклянные пробирки.

Предметом исследования статьи – ротовая жидкость, полученная методом сплевывания в стеклянные пробирки.

Целью данного исследования является оценка влияния полиморфизма белков слюны на риск развития скрытой формы кариозного процесса зубов посредством систематического обзора современной литературы, определить уровни HST-5, β-дефенсин-2 и сравнить их с бактериальными профилями в зависимости от прогрессирования скрытого кариеса.

Для достижения поставленной цели необходимо было решение следующих задач:

1. Анализ распространенности, характеристики, этиологии и патофизиологии, диагностики и лечения предэруптивных дефектов интракорональной резорбции (PEIR) и их клиническое значение. Представить хорошо задокументированный клинический случай пре-эруптивной интракорональной резорбции в поврежденном третьем верхнем левом моляре у 10-летней пациентки и способ его диагностики.

2. Идентификация протеомных профилей слюны у кариесорезистентных лиц и лиц со скрытой формой кариеса.

3. Определить изменчивости показателей ротовой жидкости при скрытой форме кариеса, выявить наиболее значимые для ротовой жидкости показатели при различной степени интенсивности скрытого кариозного процесса, а также установить корреляционной связи между данными показателями.

4. Определить роль гистатина-5 и β-дефенсин-2 как диагностических маркеров прогрессирования скрытой формы кариеса.

5. Охарактеризовать изменения протеома слюны под влиянием восприимчивости к скрытому кариесу.

6. На основании анализа литературных данных разработать метод биохимической экспресс-диагностики предэруптивных дефектов интракорональной резорбции.

В данной работе представлены результаты определения концентрации двух белков слюны (гистатин-5 и β-дефенсин-2) при скрытом кариозном процессе. Оценка изменения концентрации этих двух белков в исследуемой группе с различными стадиями кариозного процесса и контрольной группе, состоящей из лиц без симптомов, проводилась с помощью иммуноферментных анализов.

Впервые проведен анализ данные протеомики слюны по восприимчивости к скрытому кариесу, предоставив возможность проведения экспресс-диагностики данной патологии.

Гипотеза исследования – изучение полиморфизма генов слюны может потенциально служить биомаркерами при экспресс-диагностике предэруптивной интракорональной резорбции твердых тканей зуба.

Методы исследования данной статьи. Электронный поиск проводился в PubMed, Scopus и VirtualHealthLibrary. Были использованы следующие поисковые термины: «предрасположенность к кариесу зубов», «скрытый кариес зубов», «полиморфизм», «слюна», «биомаркеры кариеса», «клинические проявления скрытого кариеса», «белки» и «пептиды». Была обнаружена последовательная связь между полиморфизмом белков слюны и риском развития скрытой



формы кариеса зубов для белков, связанных с антимикробной активностью, контролем pH и бактериальной колонизацией / адгезией. Концентрацию выбранных антимикробных пептидов определяли с помощью конкурентного иммуноферментного анализа (ELISA). Около 50 мкл стандартного  $\beta$ -дефенсина-2, HST-5 или разбавленного образца слюны (слюна была разбавлена до разведения 1: 100 путем добавления 4 мкл слюны к 400 мкл фосфатно-солевого буфера), 50 мкл фермента (пероксидаза) - меченый антиген и 50 мкл моноклональных антител против  $\beta$ -дефенсина-2 и анти-HST-5 (1:800) добавляли к покрытым вторичным антителом и проводили реакцию при комнатной температуре в течение 30 мин. Затем раствор декантировали и в каждую лунку добавляли 300 мкл промывного раствора и также декантировали; эта процедура повторялась трижды. Стандартная кривая была построена для каждого анализа с использованием HBD-2 и HST-5 при концентрациях 0,02, 0,05, 0,1, 0,5, 1 и 2 мкг. Три образца были взяты у каждого пациента в трех разных случаях при одинаковых условиях.

**Результаты исследования.** При анализе клинического случая Пациента А в анамнезе пациента системного заболевания не выявлено. Во время анамнеза пациентка сообщила о спонтанной симптоматике в области верхней левой челюсти, которая представила припухлость. Апикулярная и латеральная пальпация и перкуссия проводились на молярах и премолярах, и результаты показали, что на первом моляре была острая инфекция. Одна из сформулированных диагностических гипотез заключалась в наличии стойкого или возникающего апикального периодонтита в этом зубе. Так, в соответствии с рекомендацией ВОЗ была проведена конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ). КЛКТ-анализ показал расширенную зону гиподензии, относящуюся к корням первого моляра. Результаты рентгенографии показали просветление в области коронки третьего моляра той же стороны, которая была поражена. Было обнаружено рентгенопрозрачное изображение неправильных контуров в дистальной интракорональной области.

Гистологический анализ удаленного зуба показал наличие гиперцементоза и зубного камня. Была также отмечена, неравномерная площадь резорбции коронального дентина, который произошел по камере пульпы. Наблюдался воспалительный инфильтрат, кровотечение, остеокласты (дентинокласты) и микроорганизмы в зоне резорбции.

Гистатины (HST) и дефенсины являются антибактериальными белками полости рта, и их биологическая активность направлена на защиту от инфекционных заболеваний, включая скрытый кариозный процесс. Развитие скрытого кариеса является следствием нарушения естественного равновесия, обеспечиваемого врожденными системами защиты. Периодические физиологические изменения концентраций указанных белков направлены на восстановление баланса в полости рта. Эти белки могут участвовать в предотвращении многих заболеваний, таких как кариес зубов, и, поскольку эти белки естественным образом встречаются в полости рта, они должны хорошо переноситься клинически. Роль дефензинов до сих пор полностью не изучена: альфа-дефенсины (HNP-1,2,3) секретируются нейтрофилами, тогда как  $\beta$ -дефенсины (HBD-1,2) подвергаются специфической экспрессии в клетках слюнных протоков. Увеличение количества нейтрофилов в крови влияет на увеличение концентрации  $\alpha$ -дефенсина в слюне [6].

**Таблица 1.**

**Уровни HST-5 и  $\beta$ -дефенсина-2 в слюне при раннем детском кариесе и контрольная группа**

	Здоровый контроль (n = 41)		Скрытый кариес (n = 41)		n*
	Среднее (нг / мл)	SD	Среднее (нг / мл)	SD	
HST-5	15,29	1,16	50,75	2,11	0,0002
$\beta$ -дефенсин-2	2,15	0,07	2,29	0,05	0,0417

Уровни HST-5 и  $\beta$ -дефенсина-2 в слюне у пациентов с прерывационной интракорональной резорбцией ( $50,75 \pm 2,11$ ;  $2,29 \pm 0,05$  нг/мл соответственно) были значительно увеличены по сравнению с контролем (здоровый субъект) ( $15,29 \pm 1,16$ ;  $2,15 \pm 0,07$  нг/мл.) ( $p < 0,001$  и  $0,04$ ; таблица 1).

Когда результаты были проанализированы в соответствии с оценкой тяжести скрытого кариеса, уровни HST-5 и  $\beta$ -дефенсина-2 в слюне были значительно выше в тяжелой группе ( $53,06$  и  $2,30$  нг/мл,) по сравнению с группой легкой степени (1-2 в кодах ICDAS II) с начальной деминерализацией (белые пятна) ( $44,53$  и  $2,22$  нг/мл). С другой стороны, результаты продемонстри-

ровали значительный рост концентраций HST-5 ( $p = 0,03$ ) и  $\beta$ -дефенсина-2 ( $p = 0,04$ ) в слюне тяжелой группы по сравнению с легкой группой. Результаты варьировались от 40,11 до 45,23 нг / мл (в среднем  $42,55 \pm 0,36$  нг / мл), а в тяжелой группе (группа с повреждением дентина) от 49,37 до 51,86 нг / мл (в среднем  $50,55 \pm 0,50$  нг / мл) (Таблица 2).

Таблица 2.

**Уровни HST-5 и  $\beta$ -дефенсина-2 в слюне в тяжелых и легких группах пациентов со скрытой формой кариеса**

	Тяжелая группа ( $n = 24$ )		Легкая группа ( $n = 17$ )		$n^*$
	Среднее (нг / мл)	SD	Среднее (нг / мл)	SD	
HST-5	50,55	0,50	42,55	0,36	0,03
$\beta$ -дефенсин-2	2,22	0,19	1,74	0,21	0,04

Повышенная активность HST-5 наблюдалась в широком диапазоне pH. Однако при низком pH (при наличии кариозных изменений зубов) происходит протонирование остатков гистидина, дополнительно увеличивая антимикробную силу. Не только первичная форма HST-5, но и его синтетический эквивалент, пептид P-113, сохраняет свой биологический потенциал. Из-за протеолитической деградации HST-5 в полости рта P-113 проявляет значительно большую эффективность в отношении кариесогенных штаммов *S. mutans*. Этот пептид проникает в цитоплазму клетки, не нарушая целостности клеточной мембраны, и обладает значительным сродством к микробной ДНК.

Штаммы *S. mutans*, выделенные от лиц с кариесом, обладали большей устойчивостью к  $\beta$ -дефенсину-2 по сравнению со штаммами, выделенными из контрольной группы. HBD-2 проявляет наибольшую активность в отношении грамотрицательных бактерий и меньшую активность в отношении грамположительных бактерий. Кариесогенными видами, наиболее чувствительными к их активности, являются *S. mutans* и *S. sobrinus*, хотя HBD-2, по сравнению с другими белками слюны, например, кателицидином (LL37), значительно более специфичен в отношении *S. mutans*., что подтверждается результатами других исследований.

Затем было проведено более полное исследование влияния восприимчивости к скрытому кариесу на протеом слюны человека. Было подтверждено, что 14 из этих возрастных белков, таких как корнулин, миелобластин, кератин цитоскелета-2 типа 2 эпидермальный, кератин цитоскелетного типа II 5 и кератин цитоскелета типа 10, 3 неспецифических белка, включая гистатин-1 семейства В, и альфа-енолаза, связаны со скрытым кариесом зубов. Функциональный анализ показал, что эти биомаркеры, связанные со скрытым кариесом зубов, и в основном участвуют в связывании ионов кальция, специфическом связывании белковых доменов, клеточном ответе на окислительный стресс, кератинизации, активности эндопептидазы серинового типа, антимикробном гуморальном ответе и регуляции иммунного ответа.

При сравнении анализируемых групп, было идентифицировано 18 общих белков с более низким относительным содержанием у лиц восприимчивых к кариесу, таких как муцин-5В, гистатин-1, семейство В, белок S100-A9, белок S100-A8 и липокалин-1, что указывает на их потенциальное низкое защитное действие к кариесу зубов.

Выводы исследования. Это исследование продемонстрировало, что количество специфических белков слюны может влиять на колонизацию каждого вида бактерий, включая *S. mutans*, а также, что доминирование штаммов, которые считаются более кариесогенными. Прогрессирование скрытого кариеса (тяжелый и средний кариес) отражается в повышении уровня выбранных белков слюны, как HST-5, так и  $\beta$ -дефенсина-2.

При поиске связи между уровнями HST-5 и  $\beta$ -дефенсина-2 и количеством кариесогенных видов бактерий было замечено наличие определенных бактериальных профилей в зависимости от уровней определенных белков. Эти данные коррелировали с клиническими данными о степени тяжести кариеса.

Это исследование указывает на большие возможности использования HST-5 в сочетании с  $\beta$ -дефенсином-2 в стоматологии. Если потенциал антибактериальных пептидов будет использоваться в качестве перспективных биомаркеров скрытого кариеса, включая развитие и прогрессирование кариеса, наряду с надлежащей гигиеной полости рта, обучением пациентов и мерами профессиональной профилактики, будет создан новый подход, ведущий к улучшению профилактики, диагностика и лечение кариеса.

Противомикробные пептиды, к которым относятся упомянутые белки, обладают многочис-

ленными благоприятными характеристиками, такими как широкий спектр активности, быстрый антибактериальный эффект, конкурентоспособность по сравнению с традиционными антибиотиками, благодаря чему они являются потенциальными инструментами для лечения множества заболеваний человека и животных, вызванных биологическими факторами.

Статистический анализ показал достоверное увеличение концентрации гистатина-5 и  $\beta$ -дефенсина-2 в исследуемой группе по сравнению с контрольной группой и коррелировало с прогрессированием заболевания. Подтверждение изменений концентрации этих белков во время прогрессирования кариеса зубов может обнаружить ценные биомаркеры прогрессирования заболевания.

Полученные результаты продемонстрировали значительно более высокие уровни HST-5 и  $\beta$ -дефенсина-2 в слюне с тяжелой преэруптивной интракорональной резорбцией по сравнению с пациентами с начальной деминерализацией (белые пятна).

Это исследование показало, что существует взаимосвязь между количеством  $\beta$ -дефенсина-2 и гистатина-5 в слюне и развитием кариеса (тяжелый и умеренный кариес). Было замечено наличие определенных бактериальных профилей в зависимости от уровней определенных белков. Использование концентрации белков слюны может иметь потенциальное применение при мониторинге заболеваний полости рта, таких как кариес и заболевания пародонта.

Результаты вышеописанного исследования, в котором мы наблюдали повышение уровня гистатина-5 и  $\beta$ -дефенсина-2 наряду с кариесом зубов, доказывают, что выбранные антимикробные пептиды могут служить средством профилактики и лечения. Следовательно, есть возможности для разработки новых стратегий лечения этого заболевания. Антибактериальные пептиды являются альтернативой традиционному лечению антибиотиками, и требуют дальнейшего изучения. Для получения более убедительных доказательств того, что гистатин является кандидатом в биомаркер, применимым для выявления скрытого кариеса зубов во всех возрастных группах, будут выполнены более глубокие исследования внутренних механизмов, лежащих в основе функций гистатина-1, а также возникновения и развития кариеса зубов.

#### **Список литературы:**

1. Практическая значимость оценки клеточного и гуморального иммунитета при сочетании осложнённого кариеса и пародонтита. Московский А.В., Уруков Ю.Н., Леженина С.В., Альцев В.В. Медицинский альманах. 2016. № 1. С. 154-156.
2. Комплексная оценка клинического и иммунного статуса пациентов с осложнённым кариесом и пародонтитом. Московский А.В., Шумский А.В., Уруков Ю.Н., Викторов В.Н., Скворцов О.В., Альцев В.В. ActaMedicaEurasica. 2016. № 2. С. 18-25.
3. Морфофункциональная характеристика пульпы зуба и оценка иммунного статуса при кариесе. Московский А.В. автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук /Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева. Саранск, 2010
4. Комплексное исследование клинического и иммунного статуса при осложнённом кариесе и пародонтите. Московский А.В. Здравоохранение Чувашии. 2010. № 1. С. 33.

## ВЫЯВЛЕНИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА ПРИ СЕПСИСЕ У МЛАДЕНЦЕВ МЕТОДОМ ГАЗОЖИДКОСТНОЙ ХРОМАТОГРАФИИ

Раббимова Д.Т., Бакиров А.А. Карабаев С.А. Юсупов Ф.Т.  
Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Сепсис остается актуальной проблемой педиатрии, обусловленная высокой смертностью. На сегодняшний день проблема лабораторной диагностики сепсиса не решена. Результаты большого количества исследований, проведенных в последние годы свидетельствуют о том, что в развитии гнойно-воспалительных заболеваний, сепсиса и других тяжелых инфекционных заболеваний повышенную роль играют различные условно-патогенные и сапрофитные как аэробные так и анаэробные представители кишечной микрофлоры [1,2], что определяет особенности развития воспалительного процесса. При этом, летальность при правильном лечении анаэробной септицемии не превышает 10%, а при неадекватном – может достигать 60-80% [3,6], что связано с точной диагностикой этиологического фактора. Однако, методы классической микробиологической диагностики (посев крови), с выделением чистой культуры анаэробов трудоемки и не всегда доступны. В последнее время для диагностики анаэробных гнойно-воспалительных процессов используют определение метаболитов анаэробных бактерий, представляющие собой низкомолекулярные соединения и являющиеся специфическими маркерами, такими как летучие жирные кислоты (ЛЖК), которое позволяет быстро и надежно определять малые доли веществ микробного происхождения в том числе и анаэробов в любых биологических средах организма и обеспечивает получение достоверных результатов. Интеграция метаболизма человека и индигенных анаэробов на примере летучих жирных кислот (ЛЖК), к которым относятся пропионовая (пропионат), масляная (бутират), валерьяновая, капроновая и некоторые другие, причем все они специфичны для строгих анаэробов в качестве конечных продуктов метаболизма и не образуются клетками человека. Факт обнаружения ЛЖК в биологических средах и тканях используют для диагностики анаэробных инфекций [4,6,8]. В связи с этим, использование легколетучих жирных кислот как специфических маркеров является актуальной с точки зрения типирования возбудителя инфекции.

**Целью исследования** явилась изучение диагностической значимости определения маркеров микроорганизмов методом газожидкостной хроматографии у детей, больных сепсисом

**Материал и методы исследования.** Проведено исследование течения сепсиса у 79 детей в возрасте от 2 мес. до 1 года, находившихся в отделении реанимации и интенсивной терапии для гнойно-септических больных филиала Детской хирургии РНПМЦП г. Самарканда. В 56 случаях диагностирована септицемическая форма сепсиса и в 23 – септикопиемическая форма сепсиса. В группу сравнения вошли 20 практически здоровых детей аналогичного возраста.

Грамположительные и грамотрицательные аэробы выявляли классическим бактериологическим методом. Анаэробную инфекцию выявляли методом газожидкостной хроматографии [1].

Методика ГЖХ основана на определении маркеров микроорганизмов – жирных кислот в виде их метиловых эфиров: неподвижная фаза – 15% лестолил на хроматоне NAW с размером частиц 0,150-0,250 мм, в стеклянной колонке размером 0,04x1,00м; расход газоносителя – азота – 32 мл/мин; детектор - пламенно-ионизационный, соотношение азот:водород:воздух = 1:1:10, объем вводимой пробы – 2-3 мкл гексановый экстракт метиловых эфиров жирных кислот (из анализируемого образца липидная фракция выделена по методу Фольча, метиловые эфиры жирных кислот получены перэтерификацией глицеридов метанолом в присутствии ацетилхлорида по методике [3]).

Идентификацию жирных кислот осуществляли методом «свидетелей» и на основе метода структурно-групповых составляющих [3,4], а количественный анализ – методом абсолютной калибровки [6]. Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0

**Результаты исследования и их обсуждение.** Учитывая наиболее распространенную точку зрения о первостепенной значимости бактериемии в развитии сепсиса, у всех обследованных больных сразу же при поступлении в стационар было проведено исследование крови на стерильность. Данные о спектре выделенных из клинического материала (кровь, посев из ран, дренажа, свища, посев из зева, посев мочи, посев фекалий) микроорганизмах приведены в таблице 1.

Таблица 1

**Частота выделения различных групп микроорганизмов из клинического материала, %**

Клинический Материал	Рост культуры	Грам (-) палочки	Грам (+) палочки	Грибы рода Candida	Грам (-)Грам (+) смешанная
Кровь (n=192)	43,2	48,2	36,2	5,6	-
Посев из ран, дренажа, свища (n=83)	91,5	61,8	30,2	7,9	-
Посев из зева (n=192)	78,1	36,6	41,3	5,3	16,6
Посев мочи (n=192)	26,5	45,1	33,3	17,6	3,9
Посев фекалий (n=192)	94,7	45,0	34,1	6,1	14,8

Как видно из таблицы, выявление микроорганизмов из крови отмечено лишь в 43,2% случаев. В структуре гемокультур грамположительные бактерии находились на уровне 36,2%, при этом в профиле превалировал золотистый стафилококк – 63,3%, тогда как рост культур эпидермального стафилококка отмечен в 33,3% случаев, а стрептококка в 3,4% случаев. Грамотрицательные палочки в гемокультуре выявлены в 48,2% случаев, из них протей - в 37,5%, кишечная палочка – в 52,5%, синегнойная палочка – в 5%, клебсиелла – в 5% случаев. Рост грибов рода Candida в гемокультуре был отмечен у 5,6% обследованных больных – составили 5,6%.

Таким образом, результаты проведенного анализа бактериологического спектра гемокультураэробной флоры указывает на конкурирующую роль представителей грамотрицательной и грамположительной флоры в этиологической структуре сепсиса у младенцев.

Изучение анаэробной инфекции методом ГЖХ выявил, что наиболее значимыми возбудителями при сепсисе у младенцев были клостридии, пептострептококки (грамположительные анаэробы), фузобактерии (граммотрицательные анаэробы) (табл.2).

Таблица 2

**Содержание маркеров микроорганизмов в крови у детей**

	Микроорганизм	Маркер	Сепсис
1	Peptostreptococcus anaerobus	Изолауриновая кислота iC12	$Y=8,23 \cdot 10^{-5} \cdot x$
2	Propionibacterium	Изопентадекановая кислота i15	$Y=5,36 \cdot 10^{-5} \cdot x$
3	Fuzobacterium	3 гидроксипальмитиновая кислота	$Y=7,14 \cdot 10^{-5} \cdot x$
4	Clostridium ramosum	9,10 Тетрадеценная кислота 15:1Δ9	$Y=8,16 \cdot 10^{-5} \cdot x$
5	Enterococcus faecalis	Циклонадекановая кислота (19сус)	$Y=10,22 \cdot 10^{-5} \cdot x$
6	Lactobacillus	1-метиленактадекановая кислота (C19сус)	$Y=5,73 \cdot 10^{-5} \cdot x$
		Гептадекановый альдегид (7а)	$Y=11,40 \cdot 10^{-5} \cdot x$
		Циклонадекановый альдегид	$Y=7,52 \cdot 10^{-5} \cdot x$
7	Bifidumbacterium	Изооктадекановая (i18)	$Y=8,33 \cdot 10^{-5} \cdot x$
		Тетрадекановая кислота (14а)	$Y=10,15 \cdot 10^{-5} \cdot x$
		Октадеценный альдегид	$Y=6,12 \cdot 10^{-5} \cdot x$

Примечание: \* Y – содержание маркера в микроорганизме;  
x – высота пика в хроматограмме, мм.

В норме ЛЖК не поступают в системный кровоток, утилизация этих кислот происходит там же, в кишечнике, имеют исключительно микробное происхождение, так как являются продуктами анаэробных бактерий и не образуются в эукариотических клетках, они служат субстратом для кишечного эпителия, обеспечивая надежность кишечного барьера. В тоже время по данным Белобородовой Н.В.[8] при патологической интеграции эти метаболиты анаэробов могут поступать из очагов непосредственно во внутреннюю средочеловека, подавляя иммунореактивность, способствуя развитию иммунопаралича и неблагоприятному исходу. В процессе исследования сепсиса у детей нами исследованы содержание летучих жирных кислот в различных биологических средах (кровь, раневой экссудат фекалии), рассмотрена

корреляционная связь определения содержания маркеров микроорганизмов в различных биологических объектах у детей с сепсисом. Полученные результаты приведены в табл. 3.

Таблица 3

**Сравнительное содержание маркеров микробов в биологических жидкостях при сепсисе у младенцев.**

N	Вид микроорганизма	Биологическая жидкость	Коэффициент корреляции содержания маркеров в биологических жидкостях		
			Кровь	Раневой экссудат	Копрофильтрат
1 1. 1.	Изолауриновая кислота iC12	Кровь	1,000	0,989	0,926
		Раневой экссудат	0,989	1,000	0,945
		Копрофильтрат	0,926	0,945	1,000
2 1. 1.	Изопентадекановая кислота i15	Кровь	1,000	0,973	0,944
		Раневой экссудат	0,973	1,000	0,978
		Копрофильтрат	0,944	0,978	1,000
3 1. 1.	3-гидроксипальмитиновая кислота	Кровь	1,000	0,982	0,956
		Раневой экссудат	0,982	1,000	0,933
		Копрофильтрат	0,956	0,933	1,000
4 1. 1.	9,10-тетрадеценная кислота 15:1Δ9	Кровь	1,000	0,966	0,975
		Раневой экссудат	0,966	1,000	0,964
		Копрофильтрат	0,975	0,964	1,000
5 1. 1.	Циклононадекановая кислота (C19сус)	Кровь	1,000	0,971	0,992
		Раневой экссудат	0,971	1,000	0,948
		Копрофильтрат	0,992	0,948	1,000
6 1. 1.	1-метиленактадекановая кислота (C19сус)	Кровь	1,000	0,984	0,969
		Раневой экссудат	0,984	1,000	0,980
		Копрофильтрат	0,969	0,980	1,000
7 1. 1.	Изооктадекановая (i18)	Кровь	1,000	0,991	0,958
		Раневой экссудат	0,991	1,000	0,978
		Копрофильтрат	0,958	0,978	1,000

Необходимо отметить тот факт, что при сепсисе у младенцев значения коэффициента корреляции по содержанию ЛЖК из различных биологических сред больше чем 0,9, то есть полученные результаты коррелируются.

Кроме того, была выявлена прямая взаимосвязь между тяжестью гнойно-воспалительного процесса и концентрацией маркеров бактерий в биологических жидкостях.

**Вывод:**

1. Показана возможность использования метода ГЖХ для экспрессного и точного определения маркеров микроорганизмов в различных биологических материалах с последующим расчетом титра микроорганизма. При этом, полученные для каждого больного данные по составу микроорганизмов, при оценке общего микробиологического статуса, позволяют врачу получить качественно новую обширную информацию для принятия адекватной антимикробной и общей терапии.

2. Наблюдается высокая корреляция между содержаниями маркеров микроорганизмов в различных биологических объектах при сепсисе у младенцев, что показывает определение содержания маркеров не зависит от объекта при данной патологии

Список литературы:

1. Ариповский А. В., Колесник П. О., Веждел М. И., Титов В. Н. Метод подготовки проб для газохроматографического определения жирных кислот без предварительной экстракции липидов // Клиническая лабораторная диагностика. – 2012. – № 1. – С. 3-6.

2. Крымцева Т.А., Осипов Г.А., Бойко Н.Б. [и др.]. Минорные жирные кислоты биологических жидкостей урогенитальных органов и их значимость в диагностике воспалительных процессов. // Журн. микроб.эпидем. иммун. – 2003. – № 2. – С. 92–101.

3. Мухамадиев Н. К., Ибатова Ш.М. Газохроматографическое изучение жирных кислот в сыворотки крови детей, больных рахитом // Труды 2-го Западноукраинского симпозиума по адсорбции и хроматографии. - Львов. - 2000. - С. 211-214.

4. Мухамадиев Н.К., Хусаинов Х.Ш., Роженко И.Н., Сакодынский К.И. Структурно-групповые методы в газохроматографической идентификации органических соединений. // ДАН УзССР.-1989.- N 4.- С.42-44.

5. Осипов Г.А. Хромато-масс-спектрометрический анализ микроорганизмов и их сообществ в клинических пробах при инфекциях и дисбиозах. / Химический анализ в медицинской диагностике. – М.: Наука, 2010. – С. 293–368

6. Осипов Г.А., Родионов Г.Г. Применение метода масс-спектрометрии микробных маркеров в клинической практике // Лабораторная диагностика - Спецвыпуск . Лаборатория - №2, 2013. – С. 68-73.

7. Подзолкова Н. М. и др. Возможность ранней диагностики послеродовых гнойно-септических осложнений с использованием хроматографии и масс-спектрометрического анализа / Н.М. Подзолкова [и др.] // Мать и дитя: материалы 8-го Всерос.науч. форума, г. Москва, 3-6 окт. 2006 г. – Москва, 2006. – С. 203–204.

8. Белобородова Н.В. Интеграция метаболизма человека и его микробиома при критических состояниях. // Общая реаниматология. - № 4, VIII; 2012, -С.42-54.

9. Припутневич Т.В., Зайцева С.А. и др. Сравнительный анализ применения масс-спектрометрии и автоматизированной проточной цитометрии для скрининга бактериурии // Акуш. и гин. - №9, 2013.- С. 53-58.

10. Сакодынский К.И., Бражников В.В., Волков С.А. и др. Аналитическая хроматография.- М.: Химия, 1993. – 464 с.

11. Emma Tait, John D. Perry, Stephen P. Stanforth, John R. Dean Use of volatile compounds as a diagnostic tool for the detection of pathogenic

12. Раббимова Г.Т. Оценка особенности микрофлоры у беременных с инфекционным риском методом газожидкостной хроматографией

## ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЗГА У ДЕТЕЙ.

Расулов А.С., Ахмедова М.М., Расулова Н.А.  
Самаркандский государственный  
медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Доказано, что основной гипотезой патогенеза последствий перинатального повреждения нервной системы (ПППНС) является цереброваскулярная, в центре внимания которой находится реальный факт существования «сцепленности» мозгового кровотока с метаболизмом мозга. Известно, что в условиях гипоксии нарушается перекисное окисление липидов (ПОЛ) с накоплением агрессивных свободных радикалов, гидроперекисей, которые оказывают деструктивное действие на мембраны нейронов. Для коррекции расстройств микроциркуляции и метаболических нарушений при перинатальных повреждениях ЦНС применяется ряд препаратов, действие которых направлено на нормализацию функционального состояния клеток. В последнее время появились ряд исследований, свидетельствующих о благоприятном влиянии нового растительного препарата оксибрал на циркуляторные и метаболические церебральные расстройства. Однако отсутствуют работы, в которых изучалось бы влияние оксибрала при перинатальных повреждениях нервной системы у детей первого года жизни, не обоснованы вопросы оптимальной дозировки и длительности курса его применения.

Материалы и методы исследования. Обследовано 70 детей первого года жизни, у которых проанализированы результаты клиничко-биохимических исследований. Основную группу составили 44 ребенка грудного возраста с последствиями перинатального повреждения нервной системы. В контрольную группу вошли 26 детей с ПППНС, которым апробированный нами препарат не назначался. Мы также изучили состояние процессов ПОЛ у 20 здоровых детей.

Состояние липидной перекисидации 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 последствиями перинатального повреждения нервной системы 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 ПППНС. Все дети родились у матерей с осложненным течением родового акта. В неврологическом статусе у 42,8% детей отмечался гипертензионно-гидроцефальный синдром, вегето-висцеральных дисфункций - у 38,5%, 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 ПППНС 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 оксибрал. В связи с тем, что оксибрал 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\10<sup>6</sup> эритроцитов, против  $3,3 \pm 0,03$  нмоль\10<sup>6</sup> 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\10<sup>6</sup> эритроцитов и  $2,0 \pm 0,17$  нмоль\10<sup>6</sup> 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 ПППНС 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.

#### Заключение

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 последствиями перинатального повреждения нервной системы процессы перекисного окисления липидов характеризуются как повышенной, так и пониженной активностью, что требует назначения корректирующей терапии.

3. Общепринятое лечение детей с ПППНС 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 ПППНС наряду с нормализацией биохимических показателей способствует улучшению клинических параметров и сокращением длительности пребывания в стационаре.

#### Список литературы:

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 НЦПиДХ. 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.

## ТРУДНОСТИ ПОВТОРНЫХ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕННЫХ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Рахмонов<sup>1</sup> Д. Б., Азизов<sup>1</sup> М. К., Хамраев<sup>2</sup> А. Ж.  
Самаркандский областной детский многопрофильный  
медицинский центр. Самарканд, Узбекистан  
Ташкентский педиатрический медицинский институт,  
профессор. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Хирургическая коррекция аноректальных мальформаций у детей является одной из сложнейших проблем детской хирургии. Несмотря на достигнутые в хирургии аноректальных мальформаций успехи, удельный вес неудовлетворительных результатов в различных клиниках составляет 10-60% [1,2,3,4].

Причиной неудовлетворительных функциональных результатов послеоперационной недостаточности анального сфинктера у детей могут быть часто допускаемые диагностические, тактические и оперативно-технические ошибки [8,9,10,12,13]. Авторы описывают различные, порой, довольно противоречивые данные о частоте и причинах возникновения послеоперационных осложнений. Сроки, выбор способов хирургического и реабилитационного лечения после коррекции аноректальной зоны у детей, а также восстановление послеоперационной недостаточности анального сфинктера остаются дискуссионной проблемой [5,6,7,11,14,15]. В этом контексте, первично оправданное действие хирурга в выборе радикальной операции является фундаментальной основой профилактики послеоперационных осложнений и обеспечения успешности реабилитационного лечения послеоперационной недостаточности анального сфинктера, клинически проявляющейся недержанием кала [7,14,15]. При этом остаются многие нерешенные проблемы. Таким образом, причины функционального и органического генеза недержания кала, вокруг которого не утихают различные научные взгляды и дискуссии являются актуальной темой в детской колопроктологии [10,13].

Целью работы является улучшение результатов ПРО на аноректальной зоне у детей, путем изучения ошибок, послеоперационных осложнений и разработки мер профилактики ПНАС.

Материалы и методы исследования. С 2007 г. по 2020 г. в отделениях детской хирургии 1-ГКДБ (ТашПМИ) и СОДММЦ (СамГосМИ) изучались клинические случаи 102 больных, которым проведены многократные корригирующие операции при послеоперационных осложнениях АРМ.

Мальчиков было 57, девочек 45. Распределение оперированных детей по возрасту приведено в табл. №1.

Таблица №1.

### Распределение больных по возрасту

	Возраст	Количество больных	(%)
1	До 1 года	7	(6,8 %)
2	1-3 года	19	(18,6 %)
3	3-6 лет	31	(30,1 %)
4	7-14 лет	41	(40,2 %)
5	15-18 лет	4	(3,9 %)
	Итого	102	(100 %)

Как видно из таблицы, коррекции послеоперационной недостаточности анального сфинктера подвергались в основном дети 7-14 лет. Следовательно, до этого периода этим пациентам проводилась первичная операция. Из общего (102) количества больных, 52 (51%) больным проведены повторные стандартные операции (табл. №2).

Всем больным проведена коррекция послеоперационной недостаточности анального сфинктера. При этом, оперированы двукратно – 66 (64,7%) больных, троекратно – 21 (20,5%) больных, четырёхкратно и более 15 (14,7%) больных. В 36 (35,2%) случаях ПРО проводились после наложения колостомы.

Таблица №2.

**Стандартные повторные операции с применением классических методов**

№	Название операции	Количество (%)
11	БППП по Маклоуду Рудс	15 (28,8)
22	Комбинированная передняя и задняя сфинктеропластика	10 (19,2)
33	Операция Гартмана	9 (17,3)
44	Задняя сфинктеропластика по Марксу	7 (13,4)
55	Передняя сфинктеролеватропластика	4 (7,6)
66	Операция Стоуна – Бенсона	3 (5,7)
77	Ликвидация РУС по Ромуальде	3 (5,7)
88	Реимплантация ануса по Ризолле	1 (1,9)
	Итого	52 (100)

50 (49%) пациентам проведены сложные нестандартные операции, при ПРО (табл. №3).  
Таблица №3.

**Нестандартные виды операций**

№№	Название нестандартной операции	Количество (%)
1	Повторная БППП с нестандартным низведением толстой кишки	11(22)
2	Устранение стеноза с реконструкцией ануса	8 (16)
3	Ликвидация выстояния слизистой с реконструкцией ануса	8 (16)
4	Устранение дефекта прямокишечно-влагалищной перегородки	7 (14)
5	Восстановление анококцигальной связки	5 (10)
6	Сфинктеролеватропластика с реконструкцией ануса	3 (6)
7	Повторная реимплантация ануса с реконструкцией	2 (4)
8	Применение сфинктерозаменяющего эндопротеза	2 (4)
9	Сфинктеропластика с реконструкцией ануса	2 (4)
10	Повторное поэтапное восстановление искусственной клоаки	1 (2)
11	Применение коллагена (болюс) при ПНАС	1 (2)
	Итого	50 (100)

Всем больным проводилось комплексное обследование с применением общеклинических (клинический осмотр промежности, ректальные исследования) и рентгенологических (ирригография, фистулография) методов, а также УЗИ с доплером промежности, МРТ органов брюшной полости и малого таза, электромиографии сфинктерного аппарата прямой кишки, ректоанального рефлекса и ректоскопии. Выявлены дефекты, разрывы, истончения ширины и укорочение длины кишечника, а также ассиметрии пуборектальных мышц и наружного анального сфинктера. Кроме того, укорочения и натяжения остатка кишечника, отсутствие физиологических изгибов и сфинктеров толстой кишки.

Среди всех повторно оперированных больных у 22 (21,5%) больных детей отмечались сопутствующие региональные вертебро-медулярные пороки: агенезии и аплазии копчиковых и крестцово-копчиковых позвонков, нарушения иннервации тазовых органов за счет утолщения терминальной нити спинного мозга и др.

Все повторно оперированные больные (102) распределены нами на 2 группы. В первую группу вошли 80 (78.4%) больных с послеоперационной недостаточностью анального сфинктера вследствие ошибок и осложнений первичной радикальной коррекции АРМ.

Во вторую группу вошли 22 (21,6%) больных с послеоперационной недостаточностью анального сфинктера, послеоперационной недостаточностью анального сфинктера вследствие врожденной неполноценности запирающего аппарата прямой кишки на фоне сочетания с регионарными пороками (вертебро-медулярными нарушениями) развития.

Результаты и обсуждение: Наши исследования показывают, что основными причинами осложнений первичной коррекции АРМ являются тактические и технические ошибки во время операции, а также наличие сочетанных региональных пороков развития.

Следует отметить, что после первичной радикальной коррекции у детей, в большинстве случаев отмечаются послеоперационные функциональные нарушения (нарушение акта дефекации), которые компенсируются самим организмом ребенка. В редких случаях требуется

короткий курс реабилитации. При повторных операциях физиология реконструктивного органа (недержание кала) восстанавливается после длительного и многократного реабилитационного лечения.

В практике детской хирургии, при осложнениях первичной коррекции АРМ, выбор метода ПРО, а также сроки проведения являются наиболее трудными задачами колопроктологии. Объем операции зависит от характера, тяжести и вида осложнений первичной и повторной коррекции.

Для коррекции послеоперационной недостаточности анального сфинктера нами применялись передний и задний сагиттальный доступы, которые позволяли интраоперационно визуально оценить состояние сфинктера заднего прохода и производить сфинктеро или сфинктеролеваторопластику из местных тканей. При этом минимально травмируются мышечные структуры, сосуды и нервы. Операцию проводили с небольшой кровопотерей, максимально использовались местные ткани для восстановления сфинктерного аппарата, значительно мобилизовывалась прямая кишка, которая позволила во многих случаях избежать брюшно-промежностной проктопластики (БППП).

Путем проведения стандартных ПРО восстанавливались анатомические нарушения и врожденные дефекты анатомии органов промежности. При этом использовались местные ткани мышц тазового дна (леваторные и ягодичные). В зависимости от необходимого объема коррекции патологических состояний доступы были промежностными или брюшно-промежностными. При промежностном доступе проводили операцию реимплантации ануса, когда кишка была выведена на промежность вне сфинктерно и анус дистопирован вперед или в бок.

Сфинктеропластику применяли в 16 (15,6%) случаях, при разошедшихся краях леваторных мышц или при линейном повреждении одной третьей окружности наружных сфинктеров при отсутствии грубых рубцов. Сфинктеролеваторопластика применялась в 29 (28,4%) случаях при большом диастазе краев поврежденного сфинктера на передних и задних полюсах. В остальных случаях проводили по показаниям ПРО: устранение выпадения прямой кишки у 10, иссечение стенозирующих рубцов у 18, создание искусственного сфинктера из ягодичных мышц у 3 больных.

При устранении рецидивов ректоуретрального свища (в 3 случаях) осуществляли только БППП. При рецидивах ректовестибулярного свища без выраженной рубцовой деформации выполняли переднее - сагитальную аноректопластику по Стоуну (в 6 случаях). При искусственной клоаке проводили перинеопроктовагинопластику (в 7 случаях).

Больному с отсутствующим сфинктерным аппаратом применяли нестандартную операцию: лейомиопластика с применением эластического-синтетического материала для укрепления при полном отсутствии наружных сфинктеров заднего прохода.

При отсутствии выраженной деформации и неэффективности консервативного лечения у 14 (13,7%) больных проводили ПРО. При сильной деформации заднего прохода (протяженных стенозах, эктопии, параректальных, ректовестибулярных свищах, дефектах перегородки, с выпадением слизистой) проводили ПРО с реконструкцией заднего прохода с устранением ПНАС у 24 (23,5%) больных у детей.

Для лечения первой (n-21) и второй (n-29) степени ПНАС, после проктопластики применен метод миостимуляции мышц сфинктера и тазового дна, позволяющий повысить их тонус и улучшить результаты консервативного лечения после повторной промежностной аноректопластики у детей. Следовательно, для восстановления патологических состояний в аноректальной зоне при применения ПРО не всегда пользовались стандартной техникой операции.

Результаты проведенных ПРО показали что, чем больше кратность операций, тем больше тенденции к рубцеванию и стриктурам ануса. Поэтому важно, чтобы после каждой операции проводились местное противовоспалительное и реабилитационное лечение (миостимуляция и БОС- терапия, местное противорубцовое лечение, баллонодилатация, бужирование) как профилактика разрастания рубцовой ткани промежности вокруг созданного неоануса.

После повторной аноректопластики при отсутствии копчика, в послеоперационном периоде у всех больных отмечались каломазание, запоры, недержание кала. При этом, при проведении ПРО дополнительно производилось восстановление анококсыгиальной связки.

Таким образом, решение проблемы повторных операций аноректальной зоны у детей не

ограничивается лишь совершенствованием хирургической техники. Немаловажное значение имеет изучение причин, приводящих к повторным операциям, их профилактика, медицинская и социальная реабилитация больных и др. Именно поэтому мы уделяем столь большое внимание тщательному анализу ошибок, осложнений и неудач, обуславливающих ПРО.

Выводы.

1. Хирургическая коррекция осложнений аноректальных мальформаций является наиболее трудной задачей колопроктологии детского возраста.

2. Анализ диагностических, технических и тактических ошибок, приводящих к послеоперационной недостаточности анального сфинктера у детей после хирургической коррекции аноректальных мальформаций позволяет оптимизировать тактику повторных реконструктивных операций на аноректальной зоне.

3. Показания к хирургическому лечению послеоперационной недостаточности анального сфинктера у детей определяются степенью повреждения мышечных структур сфинктерного аппарата, а также степенью выраженности деформаций и выпадения слизистой ануса.

4. Оптимальное комплексное лечение с применением миостимуляции анальных сфинктеров на этапах коррекции ПНАС, позволяет значительно уменьшить количество повторных операций и улучшает результаты лечения

### Список литературы

1. Ахпаров Н.Н. / Избранные вопросы детской колопроктологии // Алматы, 2018,-224с.; Ил
2. Аверин В.И. и др. (2015). Аноректальные мальформации у детей (федеральные клинические рекомендации): научное издание. Детская хирургия.19;4: 29-35.
3. Алиев М.М., и др./Результаты первично-радикальной коррекции детей с аноректальной мальформацией.// Педиатрия, 2012, №1-2, с 60-63.
4. Детская колопроктология: руководство для врачей / под общ. ред. А.В.Гераськина, А.Ф. Дронова, А.Н.Смирнова. – Москва: Контэнт,2012.- 664-667с.
5. Ибодов Х.И., Убайдуллоев В.Р. Микроциркуляторные нарушения при анальной недостаточности у детей // Здоровоохранение Таджикистан -2017 г-№2-С 52-57
6. Ионов А.Л. /Приобретенные стенозы заднего прохода и прямой кишки у детей. //Автореф. дис. док.мед.наук. М., 2011. С- 24.
7. Ленюшкин А.И., Комиссаров И.А./Педиатрическая колопроктология. М., 2008.
8. Хамраев А.Ж., Атакулов Ж.А. Болалар колоректал хирургияси. Т. Изд. Укитувчи” нашриёт- Матбаа ижодий уйи. 2015. С-383.
9. Хамраев А.Ж., и др. / Ошибки и осложнения при аноректопластики у детей// журнал «Узбекистонхирургияси» 3/2014., с 60.
10. Хамраев А.Ж., Рахмонов Д.Б. / Причины возникновения и тактика хирургической коррекции послеоперационной недостаточности анального сфинктера у детей//Ташкент. Научно-практический журнал Педиатрия.№2. 2019.С 90-96.
11. Эргашев Н. Ш. и др. /Анатомические формы и виды хирургической коррекции аноректальных аномалий у детей: // Вестник экстренной медицины. - Ташкент, 2014. - N2. - С. 133-134
12. L.Lagares-Tena, L.Millán-Paredes, L.Lázaro-García, A.Navarro-Luna, S. Delgado-Rivilla, A. Muñoz-Duyos. Sacral neuromodulation in patients with congenital faecal incontinence. Special issues and review of the literature. Received: 26 June 2017 / Accepted: 5 August 2017. Springer International Publishing AG, part of Springer Nature 2018.
13. Lagares-Tena L, Corbella-Sala C, Navarro-Luna A, Muñoz-Duyos A (2017) Sacral neuromodulation in a faecal incontinence patient with unknown sacral partial agenesis. Colorectal Dis19(5):502–504.<https://doi.org/10.1111/codi.13661>
14. Brunner M, Cui Z, Matzel KE (2016) Sacral nerve stimulation for faecal incontinence in patients with sacral malformation. Int J Colorectal Dis. <https://doi.org/10.1007/s00384-016-2748-6>
15. Zurbuchen U, Groene J, Otto SD, Kreis ME, Maerzheuser S (2014) Sacral neuromodulation for fecal incontinence and constipation in adult patients with anorectal malformation feasibility study in patients with or without sacral dysgenesis. Int J Colorectal Dis 29(10):1297–1302.<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004464.pub3>

## НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАДИЦИОННЫХ И ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ЭХИНОКОККЭКТОМИЙ ЛЕГКОГО У ДЕТЕЙ

Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Усманов Х.С.

Ташкентская медицинская академия.

Республиканский научно-практический центр малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста. Ташкент. Узбекистан.

**Введение.** Публикуемые научные работы в периодической медицинской печати за последние десятилетия по эхинококкозам, свидетельствуют о том, что интерес к этой проблеме не угасает, а напротив принимает статус одной из актуальных проблем, как в детской, так и общей хирургии [1-3, 4, 5].

Быстрое развитие легочной хирургии изменило тактику хирургов в отношении отдельных видов хирургического вмешательства при эхинококкозе легких. На современном этапе развития медицины детскую хирургию трудно представить без эндоскопических операций, которые уже широко применяются в различных областях детской хирургии [3]. Диагностическая и лечебная торакоскопия используется в клинической практике почти с начала прошлого столетия, показания к ней длительные годы были довольно ограничены. Однако в последние годы благодаря созданию миниатюрных эндовизуальных камер и инструментария для выполнения эндоскопических операций, оперативная торакоскопия переживает свое второе рождение, и показания к ее применению постоянно расширяются [2,4-5].

Цель работы; - улучшить результаты хирургического лечения детей с эхинококковой болезнью легких.

**Материалы и методы исследования.** В Республиканском научно-практическом центре малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста за период с 2005- по 2020 гг было прооперировано 72 детей с эхинококковой болезнью легких в возрасте от 2 до 16 лет. Большинство детей было в возрасте старше 10 лет (35-48,6%). Мальчиков было 49 (68,1%), девочек 23 (31,9%).

**Результаты исследования и их обсуждение.**

Правостороннее поражение легкого эхинококкозом наблюдалось чаще, чем левостороннее 51 (70,8%) и 14 (29,2%) соответственно, двустороннее поражение в 11,1% случаев (8 больных).

В большинстве случаев встречались одиночные - солитарные кисты 48 (66,6%), множественные кисты имели место у 24 (33,4%) детей. По малые кисты наблюдались в – 10 (13,8%), средние – в 31 (43,1%), большие и гигантские кисты в – 22 (30,5%) случаях (классификация А.Т. Пулатова -1999). Большого диаметра кисты, как показывают наши наблюдения, чаще встречаются у детей старшего школьного возраста.

По локализации эхинококковые кисты в ткани легкого чаще выявлялись в нижних периферических сегментах (это относилось в основном к большим и средним кистам), центральное расположение кисты встречалось реже в 11,1% случаях (8- больных),

При делении клинического течения эхинококкоза легких на стадии мы придерживались классификации А.В. Мельникова (1935).

Бессимптомное течение отмечено нами у 23 (31,9%) детей. Однако у 9 больных нам удалось выявить скрытые симптомы: периодически возникающие кратковременные боли в грудной клетке, ухудшение аппетита, единичный кашель, недомогание, потливость.

Основными жалобами во второй стадии заболевания в 35 наблюдениях (48,6%) были боли в грудной клетке на стороне поражения различной интенсивности, усиливающиеся при подвижных играх и физической нагрузке. У 23 (31,9%) пациентов отмечался упорный сухой кашель, который плохо поддавался медикаментозной терапии. У больных отмечалось снижение аппетита, общая слабость, повышенная утомляемость, потливость, которому родители на начальном этапе заболевания чаще не придавали должного внимания. У трети детей наблюдались аллергические проявления.

Осложненное течение заболевания в легких наблюдалось у 13 (18,1%) больных. Из них у -6 (8,3%) детей наблюдалось нагноение эхинококковой кисты с прорывом в бронх, у 5 (6,9%) установлен - прорыв эхинококковой кисты в плевральную полость. У 2 (2,8%) больных отмечалось нагноение кисты без перфорации хитиновой оболочки,

Клиническое проявление прорыва эхинококкоза в бронх (4-6% пациента) сопровождалось повышением температуры тела до 38-39°C, приступами сильного кашля с выделением большого количества прозрачной или мутной жидкости с обрывками хитиновой оболочки вместе с мокротой и прожилками крови.

Нагноения кисты характеризовались признаками острого воспалительного процесса. У этих детей наблюдалось повышение температуры тела (до 38-39° С), сухой кашель, боли в пораженной стороне грудной клетки, усиливающиеся при глубоком дыхании, общая слабость, отсутствие аппетита.

У 2 (2,8%) больных прорыв эхинококковой кисты легкого в плевральную полость развивался с проявлениями и симптомами плевро-пульмонального шока. Отмечалась резкая боль в грудной клетке, беспокойство, многократная рвота, затрудненное дыхание - одышка, слабость, адинамия, заторможенность. Вскоре к указанным симптомам присоединялись аллергические проявления.

Прорыв эхинококковой кисты в плевральную полость (5 (6,8%) больных) рентгенологически напоминал картину плеврита, на рентгенограмме определялся уровень жидкости и газовый пузырь над ней, или вместо горизонтального уровня жидкости наблюдалась волнистость или выпуклость, что было обусловлено спаданием хитиновой оболочки паразита - симптом «плавающей хитиновой оболочки», или «серповидного просветления», «симптом скомканной бумаги». Эти изменения напоминали деструктивную пневмонию и ее осложнения, что вызывало определенные сложности в диагностике эхинококкоза легких.

Все больные в зависимости от характера примененных оперативных вмешательств были разделены на 2 группы. Контрольная группа – 31 больной, были оперированы традиционными доступами. У 41 пациентов основной группы, была проведена видеоторакоскопическая эхинококкэктомия.

Детям с неосложненным эхинококкозом легких предоперационную подготовку осуществляли по обще хирургическим правилам в течение 3-4 дней, включая десенсибилизирующую терапию.

При выполнении эхинококкэктомии из легкого в контрольной группе (31 пациент) использовали традиционный доступ – межреберная торакотомия через V и VI межреберье. Из существующих методов капитонажа остаточной полости при традиционных эхинококкэктомиях легких мы использовали способы по Дельбе у 14 (45,1%), А.В.Вишневному у 8 (25,8%) и А.Т. Пулатову у 7 (22,6%). Резекция доли легкого проведена у 2 (6,5%) пациентов.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 3 (9,7%) больных (у 2 наблюдалась послеоперационная пневмония, у 1 экссудативный плеврит). Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре после традиционной эхинококкэктомии легких составила  $11 \pm 1,3$  к/дня.

При отборе больных для видеоторакоскопической операции учитывали локализацию и число кист, характер поражения легочной ткани, наличие в анамнезе хирургических вмешательств на стороне поражения.

На начальном этапе нашей оперативной практики, абсолютными противопоказаниями к выполнению видеоторакоскопических эхинококкэктомий легкого мы, как и многие другие авторы считали: наличие множественных, сложной формы кисты диаметром более 7см, расположенные в различных долях легкого; нагноившиеся эхинококковые кисты, с выраженным перифокальным воспалением; рецидивные эхинококковые кисты.

В настоящее время мы, как и другие авторы к абсолютным противопоказаниям видеоторакоскопической эхинококкэктомии легкого относим, центральное расположение эхинококковых кист, а также множественные (более 2-х кист), расположенные в различных долях легкого; невозможность пальпаторного, мануального обследования ткани легкого с целью поиска небольших глубокорасположенных кист. Остальные случаи (кисты диаметром более 50-70 мм, а также, рецидивные кисты, осложненные нагноением), которые по данным литературы также считаются абсолютным противопоказанием к видеоторакоскопической эхинококкэктомии легкого, мы по мере накопления опыта позволили себе трактовать как «относительные». Так как при достаточном опыте хирурга, подобные операции вполне выполнимы эндовизуальным методом и эффективны по всем параметрам.

При сложности ликвидации остаточной эхинококковой полости, наличии множественных бронхиальных свищей мы переходили на видеоассистированное торакоскопическое

вмешательство (миниторакотомным доступом).

Методика видеоторакоскопической эхинококкэктомии легких включала в себя 5 последовательных этапов: -введение первого троакара, создание пневмоторакса, ревизия плевральной полости; введение рабочих троакаров; собственно эхинококкэктомию; уменьшение размеров остаточной полости; ушивание доступов.

Видеоторакоскопическую эхинококкэктомию выполняли с односторонней вентиляцией, т.е. с интубацией правого или левого главного бронха. Положение больного на операционном столе – на здоровом боку. Использовали 4 троакара. После установки первого 5 мм троакара с видеооптикой, инсуффировали  $\text{CO}_2$  в плевральную полость под давлением 6-8 мм.рт.ст. Далее вводили остальные 3 троакара.

Расположение троакаров: первый троакар диаметром 5 или 10 мм в седьмом межреберье по *linea axillaries media* – для эндоскопа; второй троакар диаметром 5мм в пятом или шестом межреберье по *linea axillaries anterior* – для инструмента; третий троакар 5 мм в шестом межреберье по *linea axillaries posterior* – для инструмента; четвертый троакар диаметром 11 мм в седьмом межреберье по *linea axillaries posterior* для аспиратора большого диаметра (10 мм). Такое расположение троакаров не всегда нас удовлетворяло. Это зависело от возраста, телосложения, веса, локализации и топографических взаиморасположений эхинококковой кисты с другими органами грудной клетки, которые мы более подробно рассмотрим в следующих своих публикациях.

Первым этапом при видеоторакоскопической эхинококкэктомии выполняли ревизию плевральной полости и легкого, для выявления спаечного процесса, дополнительных эхинококковых кист. При сращениях в плевральной полости их разделяли монополярной коагуляцией и ножницами. Область предполагаемого вкола иглы в области эхинококковой кисты обкладывали салфетками пропитанными 80% раствором глицерина для профилактики обсеменения окружающих тканей кистозной жидкостью и соблюдения принципов асептики. Следующим этапом выполняли пункцию кисты иглой, подключенной к аспиратору и содержимое кисты эвакуировали с помощью вакуум экстрактора. Затем в оставшуюся полость кисты вводили 80% раствор глицерина подогретый до 60°C, с экспозицией ее на 10-15 минут для ее санации, затем глицерин удалялся через вакуумотсос. После этого монополярной коагуляцией вскрывали фиброзную капсулу, создавали окошко для введения 10мм вакуум отсоса для эвакуации хитиновой оболочки с остатками жидкости (в отличие от распространенного метода удаления с помощью эндоконтейнера). Образовавшую фиброзную капсулу вновь обрабатывали 80% раствором глицерина подогретым до 60°C, с экспозицией на 10-15 мин, затем глицерин удалялся опять таки через вакуумотсос. В пределах здоровой легочной ткани фиброзную капсулу циркулярно иссекали монополярными коагуляционными ножницами, остаточную полость вводили физиологический раствор, для выявления бронхиальных свищей, которые ушивали нитью PDS II 3/0 или коагулировали биполярным коагулятором, затем полость ушивалась кисетными швами. После ликвидации остаточной полости операцию завершали дренированием плевральной полости. При невозможности ликвидировать остаточную полость ее дренировали полихлорвиниловой трубкой с боковыми отверстиями. В 4 (5,5%) случаях из-за гигантской кисты со множественными крупнокалиберными бронхиальными свищами было выполнено сочетание троакарных доступов с миниторакотомией (длиной разреза не более 5см).

Интраоперационных осложнений не было. В послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 2 (4,9%) больных: остаточная полость - у 1 (2,5%), экссудативный плеврит - у 1 (2,5%), которые разрешились после консервативной терапии.

Больных, как правило, выписывали из стационара на 6 - 8-е сутки после операции. Средние сроки пребывания больного в стационаре составили  $8,4 \pm 1,2$  к/дня. Рецидивов после торакоскопической эхинококкэктомии легкого в течении 1,5-2 лет (при правильном приеме антипаразитарных препаратов - альбендозол), в послеоперационном периоде не наблюдали.

Наш небольшой опыт показывает (таблица 1), что при сравнительной оценке результатов традиционной эхинококкэктомии легких («открытым») с эндовидеохирургическими вмешательствами, обладая такой же радикальностью, позволяют значительно снизить травматичность оперативного вмешательства.



Таблица 1.

## Сравнительная оценка послеоперационных результатов лечения в сравниваемых группах

	Традиционная эхинококэктомия (n=31)	Торакоскопическая эхинококэктомия (n=36)
Общая продолжительность операции (минуты)	75±10	65±7
Продолжительность применения анальгетиков (сутки)	4,3±0,5	2,2±0,4
Начало активации больного после операции (сутки)	3,5±0,6	2±0,5
Длительность пребывания больного в стационаре	11±1,3	7,4±1,2

При этом значительно сокращается расход медикаментов, сроки пребывания пациентов в стационаре (8,4±1,2 к/д), сроки восстановления физической активности больного и получается хороший косметический эффект.

Выводы. Таким образом, подход к выбору метода операции должен быть строго дифференцированным.

Лишь при абсолютных противопоказаниях к видеоторакоскопической эхинококэктомии легких, должна быть выполнена традиционная эхинококэктомия.

В лечении эхинококкоза легких эндовидеохирургическая эхинококэктомия является и должна быть приоритетной.

**Список литературы:**

1. Каримов Ш.И., Кротов Н.Ф., Ким В.С. К выбору этапности и доступа при сочетанном множественном эхинококкозе печени и легких. //Проблема эхинококкоза: Тез.докл. науч.-практ. конф.- Махачкала, 2000. с. 66-67.
2. Лапина Т.В. Диагностика и лечение рецидивного эхинококкоза легких и печени множественной и сочетанной локализации. Автореф. дис... канд. мед. наук: М. 2005 с.-24
3. Кулакеев О.К., Кадырбаев Т.К., Абдурахманов Б.А. Хирургическое лечение сочетанного эхинококкоза легких и печени// Ж. Хирургия Узбекистана. 2001. №3. С. 46-47.
4. Шулутыко А.М., Овчинников А.А., Ясногородский О.О., Мотус И.Я. Эндоскопическая торакальная хирургия. М: Медицина 2006; 391
5. Dagtekin A, Koseoglu A, Kara E, et al. /Unusual location of hydatid cysts in pediatric patients. //Pediater Neurosurg. 2009; 45(5):379-83.

**ВРОЖДЕННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У ДЕТЕЙ КАК ОДИН ИЗ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ КИШЕЧНИКА****Саттаров Ж.Б., Ибрагимов А.В.**Ташкентский педиатрический  
медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Число детей с хирургической патологией, в том числе с врожденными пороками развития (ВПР), постоянно возрастает и не имеет тенденции к снижению [5]. В структуре ВПР аномалии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) составляют от 21,7% до 25%. В 33% случаях они проявляются врожденной кишечной непроходимостью (ВКН) и являются наиболее частыми поводами для госпитализации новорожденных в хирургический стационар для оперативного вмешательства [3,5]. Частота рождения детей с ВКН составляет 1:1500-1:2000 новорожденных [9-10]. Многообразные формы ВКН в большинстве случаев приходятся на неонатальный период и до 3 месяцев жизни детей. Но возникновение проявлений кишечной непроходимости (КН) у детей возможно и в старших возрастных группах, у подростков и даже взрослых [1-2,8-10]. Сочетанная с кишечной непроходимостью патология встречается у 30-70% детей. В большей степени она характерна для пациентов с патологией двенадцатиперстной кишки, для которой характерна высокая частота сочетания с другими пороками, синдромом Дауна [7]. Одной из причин ВКН являются нарушения ротации и фиксации средней кишки – мальротация кишечника (МК). По единодушному мнению специалистов, при МК с учетом жизнеугрожающих осложнений показано экстренное или плановое хирургическое лечение по установлению диагноза [6]. Первую успешную операцию при МК произвел Higgins (1923), но стандартизовалась методика после известных работ W. Ladd [4-5,10], который обосновал метод, получивший впоследствии название операции Ледда (ОЛ), наиболее часто используемый до сих пор. Однако данная операция не является универсальным методом коррекции многообразных вариантов мальротации. По утверждению отдельных авторов, оперативное лечение должно быть индивидуальным для каждого конкретного пациента с учетом вида мальротации [4,6]. Несмотря на очевидные успехи в диагностике и лечении детей с указанной патологией, данная проблема по-прежнему актуальна, прежде всего, из-за риска развития тяжелых осложнений, приводящих к летальному исходу в 45% - 76% случаев, связанных с запоздалой диагностикой или применением неправильной лечебной тактики [1,3-4,9].

Целью настоящего исследования явилось изучение частоты встречаемости и особенностей клинических проявлений ВКН у новорожденных и детей старших возрастных групп.

Материалы и методы исследования. В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ находились на стационарном лечении 347 детей с различными формами ВКН в возрасте от 1 дня до 18 лет, из них новорожденные – 261 (75,2%); до 3-х месяцев – 23 (6,6%); от месяца до 1 года – 17 (5,0%); от 1 года до 3-х лет – 15 (4,3%); от 3-х-до 7 лет – 13 (3,7%); 7-14 лет – 14 (4,0%); 14-18 лет – 4 (1,2%). Среди больных преобладали мальчики – 213 (61,4%), девочки составили 38,6% (134).

Больным проводились комплексные клиничко-лабораторные и лучевые методы диагностики: ультразвуковые, рентгенологические – обзорная рентгенография органов брюшной полости, контрастное исследование – ЖКТ, ирригография. При сложных случаях диагностики проведены КТ органов брюшной полости. У 139 (40,0%) больных отмечены признаки высокой кишечной непроходимости, у 208 (60,0%) – низкой кишечной непроходимости.

Результаты исследования. При высокой КН причинами были: пороки развития самой duodenum (атрезия – 7 (5,0%), стенозы – 5 (3,6%), мембраны – 21 (15,1%); наружное сдавление двенадцатиперстной кишки (ДПК) перидуоденальными спайками – 4 (2,9%), кольцевидная или клещевидная поджелудочная железа – 33 (23,7%); смешанные формы – 1 (0,7%). В 68 (49,0%) случаях высокая кишечная непроходимость была обусловлена мальротацией.

Наиболее частой причиной низкой кишечной непроходимости служили атрезии 83 (40,0%) и стенозы 8 (3,8%) кишечника с различной локализацией в пределах тощей – 21 (25,3%); подвздошной – 50 (60,2%); и толстой кишки – 11 (13,3%). Сплошные мембраны тонкой кишки отмечены у 1 (1,2%) больного; мембранозная форма непроходимости выше указанных локализаций отмечена соответственно у – 17 (8,1%). У 65 (31,3%) детей различные формы

мальротации кишечника сопровождались клинико-рентгенологическими признаками низкой кишечной непроходимости. Меконияльная непроходимость имела у 11 (5,2%), наружное сдавливание кишечника – у 20 (9,6%) больных. Препятствия с множественной локализацией имели место в 4 (2,0%) случаях.

У 206 (59,4%) больных проявлениями кишечной непроходимости были яркие классические клинические признаки (вздутие и боли в животе, беспокойство ребенка, рвота, отсутствие стула и отхождение газов). У 141 (40,6%) ребенка были заметными только отдельные проявления кишечной непроходимости. ВКН с явлениями мальротации при остром течении у больных, особенно новорожденных детей, проявлялись не только явлениями кишечной непроходимости, но и дыхательными расстройствами, нарушениями ликвородинамики, гемодинамики, синдромом диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови и склеромой. Такая многоликость и вариабельность клинических проявлений ВКН зависит от локализации обструкции. В зависимости от уровня препятствия различали высокую и низкую непроходимость кишечника.

Кишечная непроходимость у 141 (40,6%) больного была обусловлена нарушением формирования просвета самой кишечной трубки – атрезии, стенозы – 103 (73,0%), мембраны – 38 (27,0%); у 57 (16,4%) – наружным сдавливанием кишечника (спайками) прилегающими органами или их патологическими образованиями; у 133 (38,3%) детей с нарушениями ротации и фиксации брыжейки средней кишки или отдельных участков тонкой или толстой кишки. В 5 (1,5%) случаев причиной ВКН служили сочетания нескольких вариантов нарушений формирования кишечной трубки (атрезия и стеноз или атрезия и мембрана) в отдельных ее участках, тогда следует говорить о множественной, смешанной форме кишечной непроходимости врожденного генеза. У 11 (3,2%) больных признаки низкой кишечной непроходимости были обусловлены кистозом поджелудочной железы.

Наши клинические наблюдения показывают целесообразность в дооперационной диагностике ВКН комплексного подхода с использованием ультразвуковой диагностики и рентгенологических методов, взаимно дополняющих результаты исследования.

К многослойной компьютерной томографии (МСКТ) органов брюшной полости мы прибегали при сложностях диагностики, которые наблюдались при хронически-рецидивирующем течении ВКН среди детей старших возрастных групп.

При ВКН длительность предоперационной подготовки подбиралась индивидуально, нарастающий токсикоз и признаки перитонита и полиорганной недостаточности потребовали проведения срочного оперативного вмешательства после 2-3 часовой подготовки. При явлениях частичной КН с характерным подострым течением умеренной выраженности интоксикации длительность предоперационной подготовки составила 10-48 часов.

Оперативным доступом был правосторонний трансректальный разрез у 169 (48,7%) и надумбликальный поперечный разрез – у 73 (21,0%) больных. В остальных случаях в зависимости от предположительного дооперационного диагноза или при необходимости повторного оперативного вмешательства.

При высокой врожденной кишечной непроходимости с наружной обструкцией двенадцатиперстной кишки проводится иссечение тяжей и мобилизация duodenum, восстановление ее формы и нормальной синтопии по отношению к верхним брыжеечным сосудам. В случаях внутренней обструкции (мембраны, стеноз) методом выбора оперативного вмешательства является дуоденотомия (с иссечением мембраны или ликвидации стеноза) и дуоденопластика. При кольцевидном pancreas раньше накладывали дуодено-дуодено анастомоз. В настоящее время в подобных состояниях методом выбора операции считается ромбовидный дуодено-дуоденоанастомоз по Kimura.

При мембранах тонкой или толстой кишки энтеро или колотомия с иссечением мембраны дают хорошие результаты, однако при локальных стенозах указанных локализаций предпочтение отдается короткой сегментарной резекции кишки несущей зоны стеноза. При операциях, требующих резекцию кишечника у детей руководствовались максимально органосберегающей тактикой с одновременным восстановлением непрерывности ЖКТ, которая считается операцией выбора. При наличии весомых противопоказаний (обширный некроз кишечника, перитонит, тяжелое общее состояние ребенка на фоне полиорганной недостаточности, обусловленное как осложнениями основного заболевания, так ассоциированной соматической патологией или сочетанным пороком развития) следует придерживаться двухэтапной тактики: наложение

двойной энтеро или колостомии с последующей ликвидацией кишечных свищей.

Способ завершения оперативного вмешательства зависит от анатомического варианта мальротации, характера сопутствующей патологии, соматического статуса больного, обусловленного основным заболеванием и конкурирующей патологией и возникшими осложнениями. Основным принципом операций при мальротациях является тщательная ревизия имеющихся нарушений ротации, ликвидация явлений кишечной непроходимости, мезоколикпариетальной грыжи, патологических фиксаций и выполнение аппендэктомии.

При мальротациях, всегда следует ликвидировать выявленную патологическую брюшинную фиксацию, в то же время создание искусственной фиксации проводится только в тех случаях, когда после устранения заворота или патологической фиксации удастся уложить кишечник и его брыжейку в физиологическом положении без натяжения мезентериальных сосудов.

Характер ведения раннего послеоперационного периода у детей с мальротациями определяли видом и объемом оперативных вмешательств, а также симультанной коррекцией множественных и сочетанных аномалий. Лечебные мероприятия были направлены на поддержание функции жизненно-важных органов; восстановление функции ЖКТ; полноценное обеспечение организма больного в физиологических потребностях: в воде, электролитах и белках; обеспечение адекватного послеоперационного обезболивания с использованием ненаркотических анальгетиков; проведение комбинированной антибактериальной терапии.

Показания к симультанным операциям, в том числе резекции кишки с анастомозом, или завершению операции наложением энтеро- или колостомы, определяли во время операции с учетом возникших осложнений (некроз кишечника, перитонит) и сочетанной патологии органов брюшной полости.

Из 65 (18,8%) проведенных симультанных вмешательств: в 52 (80,0%) случаях операции носили радикальный характер, в 13 (20,0%) – паллиативный. При резекции независимо от уровня непроходимости мы придерживались максимально органосберегающей тактики с восстановлением непрерывности желудочно-кишечного тракта. Завершали операции в основном анастомозом «конец в конец» или созданием термино-латерального соустья.

При анализе непосредственных результатов оперативного лечения у больных выявлены различные после операционные осложнения. Частота, вид и тяжесть осложнений, и непосредственные результаты лечения были различными в зависимости от возраста больных детей, характера самой патологии и проведенного оперативного вмешательства. Их анализ свидетельствует о поливалентности тонатогенных факторов, обусловленных как изменениями самой кишечной непроходимости, так и связанных с ней до операционных и послеоперационных осложнений и сопутствующими заболеваниями.

Выводы. ВКН у детей обусловлена: нарушениями формирования самой кишечной трубки (40,6%); аномалиями ротации и фиксации кишечника (38,3%); пороками развития других органов, приводящие к сдавлению кишечника (16,4%); меконияльной непроходимостью (3,2%). У 1,5% больных причины имели мультифакторный характер.

Тактика и способ оперативного вмешательства определяются анатомическим вариантом мальротации, наличием сочетанных аномалий и сопутствующей патологии, соматическим статусом больного, обусловленным основным заболеванием, конкурирующей патологией и возникшими осложнениями.

При сочетании мальротации с высокой или низкой кишечной непроходимостью у 18,8% больных потребуются симультанные операции. В зависимости от состояния больного и заинтересованного органа, характера возникших осложнений симультанные вмешательства могут быть радикальными или завершены паллиативными вмешательствами.

Комплексный подход к дооперационной диагностике позволяет более точно ориентироваться в различных анатомических формах ВКН, в выборе тактики и установления оптимальных сроков проведения операции.

Выбор оперативного вмешательства определяется анатомическим вариантом порока, подтверждаемым интраоперационными находками. Тактика должна быть дифференцированной в каждом отдельном случае, максимально направленная на коррекцию выявленных компонентов.

**Список литературы:**

1. Веселый С.В., Грона В.Н., Сопов Г.А. Синдром рвоты при врожденной кишечной непроходимости у новорожденных// Украинський журнал хірургії – Киев. - 2010. - №1. – С. 5-13.
2. Карпова И.Ю., Паршиков В.В., Железнов А.С., Батанов Г.Б., Николайчук В.А. Врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта как совместная проблема детских хирургов и педиатров // Медицинский альманах – 2010. - № 4 (13). - С. 208-210.
3. Саввина В.А., Варфоломеев А.Р., Охлопков М.Е., Николаев В.Н. Результаты лечения новорожденных с пороками развития// Дальневосточный медицинский журнал. - 2012. - N 1. - С.74-77.
4. Саттаров Ж.Б., Хуррамов Ф.М., Отаназаров Ж.У., Бойирбеков Р.Х. Клиническое течение заворота кишечника у детей//Новый день в медицине – 2018. - №3 (33). - С. 79-83.
5. Шапкина А.Н., Шапкин В.В., Матвейчук М.В., Бондарчук О.Б. Врожденная кишечная непроходимость у детей старшего возраста//Хирургия им. И.И. Пирогова – 2011. - №2. - С.67-68.
6. Эргашев Н.Ш., Саттаров Ж.Б. Особенности клиники и диагностики мальротации и аномалий фиксации кишечника у детей//Вестник хирургии им. И.И. Грекова – 2014. -N4. -С.73-77.
7. Hakan Demirtaş, Mehmet S. Durmaz, Cem Boneval, Kamil Karaali Congenital Duodenal Web Leading to Partial Obstruction// CausaPedia. – 2013. - vol.2. – p. 401-407.
8. Min Ha Kwak, Ji Hae Kang, Ae Suk Kim, Sung Min Choi, Doo Kwun Kim, Dong Seok Lee, Dong-Yeop Ha, Sung Woo Kim. Small Bowel Obstruction Caused by an Aberrant Congenital Band in a Child // Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. – 2012. – vol. 15, N. 3. – pp. 188-192.
9. Pelizzo G., Codrich D., Zennaro F., Oste C.D., Maso G., Ottavio G.D., Schleaf J. Prenatal detection of the cystic form of meconium peritonitis: No issues for delayed postnatal surgery // Pediatric Surgery International. – 2008. – vol.24, N.9. – pp. 1061-1065.
10. Touloukian R.J. Атрезии и стенозы кишечника. В кн.: Детская хирургия под ред. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М., «Харфорд» Санкт-Петербург – 1996. – Т.1. – С 341-356.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ И ЭПИЗОДИЧЕСКИ БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Сирожиддинова Х. Н, Абдуллаева М. Н.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

**Введение.** В структуре заболеваемости часто болеющих детей (ЧБД) преобладают повторные инфекции верхних дыхательных путей (ВДП), у 10-15% ЧБД встречаются инфекции нижних дыхательных путей (НДП). Другие системы организма (желудочно-кишечный, урогенитальный тракт, центральная нервная система и кожа) у этих детей менее подвержены к инфекциям. По сравнению с дыхательной системой вышеперечисленные органы являются наиболее защищенными от вирусной инфекции [5].

Причинами более частых ОРВИ могут являться анатомо - физиологические особенности респираторного тракта (мукоцилиарной и сурфактантной системы, особенности строения бронхов), а также врожденная или приобретенная патология, в том числе и иммунная система которая может влиять на частоту инфекционной заболеваемости детей [2,4,7]. ЧБД находятся в группе диспансерного наблюдения в основном в течение 1,5 - 3,5 лет, затем они заболевают, ОРВИ все реже и реже, и становятся, как и их сверстники, «эпизодически болеющими детьми». Лишь небольшая часть из них по-прежнему продолжает волновать родителей и врачей своими заболеваниями и их осложнениями [6].

Главный редактор журнала «Педиатрия» РФ, проф. Самсыгина Г.А., [5,8] пишет: «В последние годы исследователи стали замечать, что грудное вскармливание и нормальная кишечная микрофлора связаны со значительным снижением заболеваемости респираторными инфекциями. Грудное молоко содержит различные вещества с противомикробным, противовоспалительным и иммуномодулирующим действием. Нормальная кишечная микрофлора защищает от инфекции с помощью ряда механизмов, которые играют важную роль в развитии слизистых оболочек, системного иммунитета и толерантности к непатогенным антигенам».

**Цель исследования:** Изучить особенности клинической симптоматики и течение респираторной патологии у 146 ЧБД и 50 ЭБД.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 146 ЧБД и 50 ЭБД в возрасте от 1-го года до 6 лет госпитализированных в ГДБ №1 г. Самарканда. Проведено анамнестическое исследование, с целью выявления возрастных особенностей и клинического течения респираторных инфекций, бактериологический метод для определения частоты высеваемости гемолитической флоры кишечника.

**Результаты и их обсуждение.** Результаты проведенных исследований показывают, что из 146 ЧБД - 92 (63%) были госпитализированы в ОПН. Обследуемые дети с респираторной инфекцией (РИ) в зависимости от возраста, были подразделены на 3 группы. 1 группа 1-3 лет, 2 группа 3-4 лет, 3 группа 4-6 лет.

ЧБД 1 группы с 1-3 лет составили 61% (89), 2 группы с 3-4 лет 22,6% (33) и 3 группы с 4-6 лет 16,4% (24). ЭБД 1 группы составили 50% (25), 2 группы – 14% (7) и 3 группы – 36% (18) (диаграмма 2). В наших наблюдениях дети, болеющих РИ от 4 до 6 лет составляют 16,4%, что совпадают данными литературы [5].

Из анамнеза выяснено, что группа наблюдаемых нами детей имели склонность к частым респираторным инфекциям. В среднем они в течение одного календарного года болели ОРВИ от 6 до 8-9 раз. Изучение клинического диагноза обследованных детей показывает, что из 146 ЧБД с ОРВИ были госпитализированы 68 (46,6%), пневмонией – 48 (32,9%), бронхитом – 30 (20,5%) детей.

Аналогичные данные наблюдались у ЭБД, ОРВИ- 24 (48%), пневмония – 16 (32%) и бронхит - 10 (20%).

У обследованных ЧБД ОРВИ или заболевания ВДП сопровождались острым ринофарингитом – 57,3% (из 68 у 39), хроническим тонзиллитом – 17,6% (12), острым ларингитом – 11,7% (8), фолликулярной ангиной – 7,4% (5). Среди ЧБД с РРИ герпетический стоматит отмечен - 3,4% (5), гнойный конъюнктивит – 2% (3), отит - 5,4% (8), белково-энергетическая недостаточность питания – 10,2% (15), рахит - 8,9% (13), ГИЭ – 8,2% (12), диарея – 22% (32). Отмечено что у

ЭБД острый ринофарингит встречается с такой же частотой при заболеваниях ВДП, из 24 детей у 16 (66,7%). Не зарегистрирован хронический тонзиллит и острый ларингит. Заболевания ЛОР органов – катаральный отит наблюдался из 50 обследованных у 4 (8%) и фолликулярная ангина у 2 (4%). Белково-энергетическая недостаточность питания и рахит отсутствует. Диарея отмечена у 6 из 50 (12%).

Также у ЧБД респираторная патология сопровождалась некоторыми синдромами. Судорожный синдром – 6,8% (10), гипертермический синдром - 4,1% (6), обструктивный синдром – 29,5% (43), кардиоваскулярный синдром – 18,5% (27). Острая дыхательная недостаточность (ОДН) I степени – 26% (38), острая сердечная недостаточность (ОСН) I степени - 6,8% (10). У ЭБД судорожный синдром отмечен у – 4% (2), гипертермический синдром – не наблюдался, обструктивный синдром – 14% (7), кардиоваскулярный синдром – 8% (4). Острая дыхательная недостаточность (ОДН) I степени – 12% (6), острая сердечная недостаточность (ОСН) I степени – 4% (2).

Настораживает преобладание судорожного, обструктивного, кардиоваскулярного синдромов и ОДН I степени у часто болеющих детей.

Необходимо учесть, высокие проценты диареи наблюдались у ЧБД (22%) по сравнению ЭБД (12%). Это объясняется тем что, в маленьком возрасте микробы антагонисты в составе микрофлоры кишечника бывают в меньшем количестве и не полностью сформирована нормальная микрофлора кишечника. Кроме того, при частых заболеваниях верхних дыхательных путей применяются различные антибиотики, которые чаще всего назначаются эмпирически, и уничтожают микробов антагонистов. Такое положение диктует обратить особое внимание на сохранения нормальной микрофлоры кишечника.

Следует отметить, что диарея чаще регистрировалась у детей 1 группы, т. е. от 1 года до 3 лет, из 32 у 19 (59,4%), во 2 группе (от 3 до 4 лет) у 13 (40,6%). В 3 группе в возрасте от 4 до 6 лет диарея отсутствовала. У ЭБД в 1 группе диарея отмечалась 8% (4) случаев, во 2 группе 4% (2). Аналогичные данные получены в 3 группе.

Таким образом, чем младше возраст детей, тем чаще заболевания респираторного тракта сопровождается диареей.

Выше обсужденная проблема дает основание к изучению патогенного состава микрофлоры кишечника у ЧБД с диареей. В основном определена частота высеваемости гемолитической флоры. Была изучена микрофлора кишечника 32 ЧБД с респираторными инфекциями.

Анализ полученных данных показывает (табл.1), что из 32 больных с респираторными инфекциями сопровождаемой диареей в составе микрофлоры кишечника обнаружена гемолитическая флора - *St. aureus*, *E.coli* и *Candida*.

Таблица 1

## Гемолитическая флора кишечника у ЧБД с РИ

Количество обследованных	Виды гемолитической флоры					
	<i>E.coli</i>	<i>St. aureus</i>	<i>Candida</i>	<i>St. aureus+</i> <i>E.coli</i>	<i>St. aureus+</i> <i>Candida</i>	<i>E.coli+</i> <i>Candida</i>
32	8 (25%)	13 (40,6%)	5 (15,6%)	3 (9,4%)	2 (6,3%)	1 (3,1%)

Гемолитическая кишечная палочка была обнаружена в 25% (8) случаях. Среди трех условно- патогенных микроорганизмов по высеваемости первое место занимает золотистый стафилококк, он обнаружен у 13 (40,6%) больных в монокультурах, в ассоциациях с *E.coli* 3 (9,4%) и *Candida* 2 (6,3%). В общей сложности из 32 больных у 18 обнаружен *St. aureus*, обладающий выраженным гемолизующим эффектом, что составляет 56,3%.

Результаты наших работ убедительно доказывает, что при диарее, как осложнения основного заболевания респираторной инфекции (РИ) у ЧБД, увеличиваются в составе микрофлоры кишечника гемолитическая флора, среди которой первое место занимает стафилококк, на втором месте стоит кишечная палочка и на третьем месте дрожжеподобные грибы *Candida*. Обнаружение *Candida* в составе микрофлоры кишечника ЧБД являются несомненным доказательством частого применения антибиотиков при лечении различных заболеваний.

Изучена чувствительность гемолитической флоры кишечника к 8 антибиотикам (цефазолину, цефтриаксону, гентамицину, макропену, цеклору, эритромицину, аугментину и бензилпенициллину). Штаммы стафилококков и кишечной палочки, оказались устойчивыми к

цеклору, эритромицину, гентамицину и бензилпенициллину. Если их устойчивость составляет от 43,4% до 68,3%, то чувствительность к этим антибиотикам в общей сложности составляет от 31,7% до 56,6%. Применение этих четырех антибиотиков является не эффективным, если патологический процесс вызван стафилококками и кишечными палочками. Высокая чувствительность гемолитической флоры отмечено к цефазолину (*Staph. aureus* - 78,3%, *E.Coli* - 81,6%), цефтриаксону (соответственно 86,6% - 73,3%), макропену (88,3% - 85%) и аугментину – (88,3% - 83,3%).

На основании полученных результатов можно заключить, что у ЧБД на фоне РИ часто возникает диарея (22% или из 146 у32). Микрофлора кишечника легко может измениться под влиянием самых различных воздействий, однако большинство случаев зависит от применяемого антибиотика. Такое состояние считается серьезным патологическим процессом и является дополнительным, а иногда и ведущим, звеном в патогенезе РИ. Изменение микрофлоры кишечника с преобладанием гемолитического эффекта, требует своевременного лечения и восстановления микрофлоры кишечника у ЧБД, которая нарушается на фоне РИ. Необходимо отметить, что диарея у ЧБД на фоне основного заболевания не носит случайный характер, а является закономерным проявлением патологического процесса, изменений иммунологического статуса организма. По-видимому, снижение иммунного статуса организма способствует развитию РИ и эмпирическое применение антибиотиков для лечения приводит к изменению микрофлоры кишечника с преобладанием гемолитической флоры – диареи, пониженное иммунное состояние и снова РИ. Получается порочный круг. Наши данные согласуется с данными исследователей [1,3].

Заключение.

1. Основную группу ЧБД составляют дети в возрасте от 1 до 3 лет (61%) и далее от 3 до 4 лет (22,6%). Количество детей с РРИ в возрасте от 5 до 6 лет уменьшается, и составляет 10,9% обследованных ЧБД.

2. В клиническом аспекте среди заболеваний респираторного тракта у ЧБД ОРИ занимает лидирующее положение, затем следует пневмония и бронхит. ОРИ у ЧБД в 57,3% случаях протекает острым ринофарингитом.

3. Респираторная патология у ЧБД и ЭБД в отдельных случаях сопровождается с дисфункцией кишечника, что объясняется неполным формированием микрофлоры кишечника и частым применением антибиотиков.

### Список литературы

1. Бектемиров А.М., Худайбердиев Я.К., Касимов И.А., Мардаева Г.Т. Дисбиозы. Уч.пособие. М.. 2007, стр.52.
2. Зиновьева Н.В., Давыдова Н.В., Щербина А.Ю., Продеус А.П., Румянцев А.Г. Часто болеющие дети: чем они больны на самом деле? Журнал Трудный пациент 2007, №2.
3. Каримов У.А. Состояние медицинского обслуживания детского населения в сельских врачебных пунктах в Узбекистане. Вопросы современной педиатрии. 2004, № 1, стр.184.
4. Мазурин А.В., Воронцов И.М. Пропедевтика детских болезней. М. «Медицина». 2000.
5. Самсыгина Г.А. Проблема часто болеющих детей в педиатрии. Педиатрия, 2015, №1, стр. 211-213.
6. Самсыгина Г.А. Часто болеющие дети. Международный медицинский журнал. 2000, № 6, стр. 523.
7. Шамсиев Ф.М., Каримов У.А., Хайдарова М.М. Часто болеющие дети. Монография. Ташкент, 2005.180 с.
8. Vouloumanou E.K., Makris G.C., Karageorgopoulos D.E., et al. Probiotics for the prevention of respiratory tract infections a systematic review. International Journal of Antimicrobial Agents.2009; 34: 197.



## ДИНАМИКА ИММУНИТЕТА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ПРИ ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВОВ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Сирожиддинова Х.Н, Абдуллаева М.Н.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

**Введение.** Особенности иммунологического статуса часто болеющих детей требуют разработки критериев диагностики нарушений этого статуса. По данным литературы, изменение иммунного статуса у ЧБД весьма разнообразны, но многие из них свидетельствуют не об иммунодефиците, а лишь об особенностях иммунного ответа на инфекцию. Указано, что часто повторяющаяся инфекция респираторного тракта приводит к дисфункции иммунной системы [6]. При изучении факторов иммунитета у ЧБД выявлено снижение содержания иммуноглобулинов в сыворотке крови [5], уменьшение уровня Т-хелперов, интерферонов [1,7], относительного и абсолютного количества СД3, СД4, СД16 [3], снижение функции фагоцитов [2]. Единичные работы, посвященные механизмам неспецифических факторов защиты организма у ЧБД, не отражают в комплексе взаимосвязи этих факторов [4].

Разработка новых методов лечения с учетом стимулирующего взаимодействия ряда лекарственных препаратов и их внедрение в практическую медицину способствует оздоровлению ЧБД, экономии средств на длительное лечение, что затрагивает проблемы семьи и в целом проблемы общества.

Цель исследования: разработать сравнительно удобный вариант иммунокорректирующей терапии, сочетанного применения бактериального лизата Бронхо-мунала и адьюванта Нуклеинат натрия в комплексном лечении рецидивирующих респираторных инфекций (РРИ) у часто болеющих детей (ЧБД).

Материал и методы исследования: изучен иммунологический статус 146 часто болеющих детей, от 1 года до 6 лет госпитализированных в отделении пульмонологии ГДБ №1 г.Самарканда, из которых 46 лечились традиционным методом (Т), 50 – традиционным методом с применением Бронхо-мунала (ТБ) и 50 – традиционным методом с применением Бронхо-мунала и адьюванта Нуклеината натрия (ТБН). Исследования проводились до лечения (146) и в динамике перед выпиской из стационара (146).

Результаты и их обсуждение. Оценка положительного влияния разработанного метода на иммунный статус ЧБД проведена путем контроля неспецифических факторов защиты организма в динамике. Изучение бактериостатической активности сыворотки (БАС) до лечения показывает, что она преобладала в разведениях 1:10 (82,6%), затем 1:20 (15,2%) и 1:40 (2,2%). После традиционного лечения уровень БАС существенно не изменился (табл.1).

Таблица 1

### Уровень бактериостатической активности сыворотки ЧБД на фоне иммунокорректирующей терапии абс. %

Метод лечения	Срок	Разведение сыворотки							
		1:10		1:20		1:40		1:80	
Т, n=46	До	38	82,6	7	15,2	1	2,2		
	После	32	69,6	11	23,9	3	6,5		
ТБ, n=50	До	35	70,0	11	22,0	4	8,0		
	После	11	22,0***	26	52,0***	13	26,0*		
ТБН, n=50	До	41	82,0	8	16,0	1	2,0		
	После	8	16,0***	10	20,0	16	32,0***	16	32,0

Примечание. \* – Различия относительно данных группы до лечения значимы (\* – P<0,05, \*\*\* – P<0,001).

После проведения комплексной терапии с применением Бронхо-мунала выявлялись более высокие разведения. До лечения количество сывороток, обладающих бактериостатической активностью в разведениях 1:40, отмечалось в 8% случаев, после лечения – в 26%. У больных

3-й группы после лечения уровень БАС возрос до 1:80 в разведениях. Если до лечения БАС проявлялась в разведениях 1:40 в 2%, то после лечения такая активность регистрировалась в разведениях 1:40 у 32%, в 1:80 – у 32%. Показатели функционального состояния фагоцитарной системы в динамике различных методах лечения у ЧБД отражены в таблице 2. Показатели активности фагоцитоза (АФ), индекса фагоцитоза (ИФ) и завершенности фагоцитоза (ЗФ) указывают на преимущество иммунокорректирующего метода лечения. Если средний показатель АФ в традиционном методе после лечения составляет 42,5, то после ТБН он достигает 49,1. Аналогичные результаты получены при изучении ИФ (Т – 4,1, ТБ – 4,6, ТБН – 4,9).

Таблица 2

**Функциональное состояние фагоцитарной системы в динамике при использовании различных методов лечения у ЧБД**

Метод лечения		Функция фагоцитов		Степень завершенности фагоцитоза			
		АФ	ИФ	I 10-9 балл коэфф.	II 8-7 балл коэфф.	III 6-5 балл коэфф.	IV 4-1 балл коэфф.
Т, n=46	До	40,2±0,24	3,6±0,16	8 0,87±0,00	17 0,62±0,022	16 0,39±0,009	5 0,31±0,00
	После	42,5±0,19***	4,1±0,15*	12 0,94±0,024**	24 0,72±0,025**	10 0,42±0,011	-
ТБ, n=50	До	40,3±0,23	3,3±0,16	8 0,87±0,000	21 0,66±0,016	18 0,39±0,008	3 0,31±0,000
	После	45,8±0,12***	4,6±0,12***	18 0,91±0,020	20 0,74±0,02**	12 0,42±0,008	-
ТБН, n=50	До	40,2±0,21	3,5±0,15	9 0,87±0,00***	14 0,64±0,017	23 0,39±0,008	4 0,31±0,000
	После	49,1±0,30***	4,9±0,18	21 0,93±0,017	25 0,78±0,01***	4 0,44±0,00***	-

Примечание. Степень ЗФ I – высокая; II – средняя; III – низкая; IV – очень низкая; \* – различия относительно данных группы после лечения значимы (\* – P<0,05, \*\* – P<0,01, \*\*\* – P<0,001).

Изучение завершенности фагоцитоза показывает, что до лечения во всех группах отмечалась самая низкая степень ЗФ. После лечения переваривающая способность фагоцитов усилилась. У детей 3-й группы после лечения (ТБН) высокая степень переваривающей способности фагоцитов достигла максимального уровня, то есть, зарегистрирована у 21 (42,0%) из 50 ЧБД. В других группах высокая степень при ТБ выявлена у 36% обследованных, Т – у 26,1%. Система комплемента относится к неспецифическим факторам защиты, но участвует в специфических формах реагирования на чужеродные субстанции. Комплемент присоединяется к молекулам неполных антител, обеспечивая лизис антигена. Увеличение количества комплемента наблюдается при всех методах лечения (Т – до 51,8 ед., после 57,1 ед., ТБ – соответственно 50,7 и 60,7 ед.).

Однако самые высокие показатели зарегистрированы у больных 3-й группы, которые получали комплексную терапию с назначением Бронхо-мунала и адьюванта Нуклеината натрия. Если до лечения количество комплемента составляло 50,3 ед. то после лечение оно достигло 65,7 ед. (табл. 3). Реакция иммуноприлипания (РИП) эритроцитов достигла (19,1-21,4) при двух методах лечения (ТБ и ТБН) (рис. 2).

Таблица 3

**Параметры специфической и неспецифической защиты у ЧБД  
в различных способах лечения**

Метод лечения		Показатель неспецифической защиты и специфических антител		
		комплемент, ед. (C <sub>Н50</sub> )	РИП	стафилококковый антитоксин (АЕ)
Т, n=46	До	51,8±1,24	12,6±0,15	0,33±0,05
	После	57,1±1,11***	15,1±0,19***	0,73±0,05***
ТБ, n=50	До	50,7±1,25	12,6±0,13	0,38±0,05
	После	60,7±0,87 ***	19,1±0,26***	0,76±0,09***
ТБН, n=50	До	50,3±1,31	12,4±0,12	0,25±0,03
	После	65,7±0,84***	21,4±0,47***	1,45±0,14***

Примечание. \* – Различия относительно данных группы после лечения значимы (\*\*\*) – P<0,001).

Содержание антитоксина в 1 мл сыворотке крови у детей в традиционном методе до лечения составляет 0,33±0,05 АЕ, после лечения достигает 0,73±0,05 АЕ. С применением Бронхо-мунала на фоне базисной терапии до лечения 0,38±0,05 АЕ, после 0,76±0,09 АЕ. Отчетливое повышение антитоксического иммунитета наблюдается с применением Бронхо-мунала и Нуклеината натрия. Так, если до лечения средний титр составляет 0,25±0,03 АЕ, а после лечения 1,45±0,14 АЕ.

Таким образом, положительное влияние разработанного метода лечения проявлялось в повышении показателей неспецифических и специфических факторов с образованием антитоксического иммунитета за короткие сроки.

Заключение:

1. Сочетанное применение Бронхо-мунала и Нуклеината натрия оказывает более стимулирующее действие на БАС. Динамическое повышение БАС в результате разных способов лечения, по-видимому, происходит за счет накопления активных белков, которые оказывают подавляющее действие на рост и размножение бактерий. Исходя из вышеизложенного, БАС можно использовать в качестве критерия для оценки иммунологического статуса ЧБД.

2. После иммунокорректирующей терапии в комплексном лечении метаболизм в лейкоцитах улучшается, образование лизосом ускоряются, в них увеличивается количество лизоцима. Это приводит к усилению переваривающей способности фагоцитов.

3. При сочетанном применении Бронхо-мунала и адьюванта Нуклеината натрия титр антитоксического иммунитета повышается (1,45 АЕ). Нуклеинат натрия вносит свой фрагмент РНК в рибосомы плазматических клеток, и происходит синтез антитоксина против тех токсинов, которые находятся в организме ребенка, т.е. проявляется компоненты стимулятора естественных факторов иммунитета.

### Список литературы:

1. Афанасьев С.С., Онищенко Г.Г., Алешкин В.А. и др. Интерфероновый статус, препарат интерферона в лечении и профилактике инфекционных заболеваний и реабилитации больных. – М.: Триада-Х, 2005. – С. 36-38.

2. Махмудова Д.И. Программа по борьбе с острыми респираторными заболеваниями // Пробл. биол. и медицины. – 2008. – №2. – С. 24-26.

3. Николаева Н.В., Болотова Н.В., Зотова Ю.А., Владимирова Е.В. Роль динамической магнитотерапии в реабилитации часто болеющих детей // Педиатрия. – 2008. – Т. 87, №2. – С. 56-61.

4. Файзиев Х.Н., Файзиев А.Р., Нишанбаев Р.Т. Бактерицидные свойства нейтрофилов и макрофагов крови при острой и затяжной пневмонии, осложненной нейротоксикозом, острой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью и диссеминированным свертыванием крови, у детей раннего возраста // Мед. журн. Узбекистана. – 2009. – №5. – С. 11.

5. Шамсиев Ф.С., Дивеева А.С. Иммуномодулирующая терапия в педиатрии: Метод. рекомендации. – Ташкент, 2003. – 32 с.
6. Cripps A.W., Dunkley M.L., Clancy R.L. Mucosal and systemic immunization with killed *Pseudomonas aeruginosa* protect against acute respiratory infection in rats // *Infect. Immunol.* – 2004. – Vol. 36. – P. 1194-1427.
7. Pearaj L.O., Bernstein J.M. et al. Characteristics of secretory immune system in human middle ear: implications in otitis media // *J. Immunol.* – 2004. – Vol. 112, №2. – P. 488.

## ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ В ПРЕД- И ПОСТОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Сульженко М. Ю.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», Луганск, ЛНР

Введение. Актуальной проблемой современной медицины остается железодефицитная анемия (ЖДА) не только вследствие чрезвычайно высокого уровня распространенности, но и в связи со сложностью выбора адекватной схемы терапии, учитывая особенности всасывания и влияния на гемопоэз препаратов железа разных валентностей. Острой эта проблема также является при коррекции анемии у детей в детском хирургическом стационаре в связи с необходимостью подготовки ребенка к плановому оперативному вмешательству и требованию достаточно быстрого прироста гемоглобина в предоперационном периоде, а также восстановления после кровопотери в постоперационном. Кроме того, разнообразный спектр препаратов, представленный на современном рынке с одной стороны дает возможность выбора оптимального препарата в каждом определенном случае, с другой – требует решения вопроса оптимальных сроков ферротерапии тем или другим препаратом вследствие разных механизмов их влияния на разные звенья феррокинетики в организме.

Известно, что двухвалентные препараты железа способны быстро насыщать непосредственно транспортный фонд железа, и затем – костный мозг для непосредственного включения в построение гема. Однако, довольно часто эта группа препаратов вызывает побочные эффекты, преимущественно со стороны желудочно-кишечного тракта. С другой стороны, препараты гидроксид-полимальтозного комплекса трехвалентного железа всасываются медленнее, имеют меньшее повреждающее действие на эндотелий кишечника, но их валентность приближена к таковой в депо.

Цель. Сравнить скорость восстановления гемопоэза и насыщения тканевых депо железа при коррекции ЖДА у детей в пред- и постоперационном периоде препаратами двух- и трехвалентного железа.

Материалы и методы. Нами было проведено динамическое наблюдение за 67 детьми в возрасте от 1 до 17 лет с ЖДА I степени тяжести, которые нуждались в плановом оперативном вмешательстве и были направлены на консультацию к гематологу в связи с подготовкой к нему. Дети были распределены на 2 репрезентативные группы. I группа (n=32) была пролечена препаратом двухвалентного железа (железа сульфат), II (n=35) – препаратом трехвалентного железа (гидроксид-полимальтозный комплекс трехвалентного железа). Лечение назначалось сроком на 2 недели на этапе подготовки, и возобновлялось через 2 недели после восстановления в постоперационном периоде (при полном купировании воспалительных явлений как связанных, так и не имеющих отношения к нозологии обращения к хирургу). В обеих группах препарат железа назначался перорально, между приемами пищи, из расчета 4-5 мг/кг/сут, но не более 250 мг в сутки (в перерасчете на элементарное железо). Контроль эффективности терапии проводился путем клинического наблюдения за редукцией признаков анемии и сидеропении, определения гемограммы каждые 2 недели терапии на протяжении 12 недель. Статус железа у детей оценивался согласно критериям, предложенным ВОЗ. Определение концентрации сывороточного железа (СЖ) и общей железосвязывающей способности сыворотки крови (ОЖСС) было выполнено фотометрическим методом реакции с феррозином. Латентная железосвязывающая способность сыворотки (ЛЖСС) и коэффициент насыщения трансферрина (КНТ) рассчитывались эмпирически. Для определения уровня тканевого депо железа измерялся уровень сывороточного ферритина (СФ).

Результаты. К началу лечения у детей обеих групп констатированы клинико-лабораторные признаки анемии и сидеропении. Через 2 недели после начала терапии у 25 детей (78,13±5,6 %) I группы и у 18 детей II группы (51,42±6,8 %) прослежены значительное улучшение самочувствия и исчезновение большинства признаков анемии. Тем не менее, при анализе гемограммы выявлено, что в I группе нормализация гемоглобина состоялась в 71,88±6,1 % случаев, в II – лишь 45,71±6,9 %. Кроме того, ретикулоцитарный криз через 2 недели ферротерапии в полной дозе в I группе отмечен у 81,25±5,4 % пациентов, тогда как во II группе – лишь у 48,75±6,8 % детей. На 4 неделе лечения в постоперационном периоде у I группы в 100 % случаев отмечена нормализация уровня гемоглобина (124,32±2,35 г/л), тогда как во II группе у 22,85±7,1 % детей уровень гемоглобина оставался ниже нормы (117,87±3,12 г/л). Тем не менее, при контроле уровня депо в I группе через 12 недель лечения он был близок к нижней границе нормы (табл.), тогда как во II группе отмечено значительное повышение уровня СФ.

Таблица

## Динамика показателей гемопоэза и феррокинетики

Показатели	I группа (n=32)		II группа (n=35)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Гемоглобин, г/л	104,02±4,75	132,14±1,24***	106,11±3,99	126,12±1,79***
Эритроциты, г	3,77±0,17	4,41±0,34***	3,80±0,21	4,27±0,26***
ЦП	0,82±0,03	0,90±0,03**	0,83±0,03	0,91±0,03**
МСН, пг	28,14±0,53	33,75±0,61**	27,93±0,44	32,96±0,54
МСНС, %	31,36±0,61	34,37±0,63**	31,87±0,70	34,13±0,68
МСV, фл.	83,62±3,75	92,83±4,08**	82,89±4,07	92,77±3,29**
Ретикулоциты, %	0,88±0,03	0,91±0,03	0,87±0,02	0,92±0,03
СЖ, мкмоль/л	8,03±0,84	17,32±0,74***	7,54±0,99	18,75±0,90***
ОЖСС, мкмоль/л	88,05±3,40	52,55±3,87***	89,71±4,0	51,99±3,65***
ЛЖСС, мкмоль/л	75,62±4,06	38,95±3,87***	76,04±3,84	34,64±3,81***
КНТ, %	10,54±0,92	32,11±0,80***	10,27±0,97	33,30±0,79***
СФ, нг/мл	6,12±0,45	31,32±2,54***	5,74±0,68	39,01±1,89***

Примечание. Достоверность отличий показателей до и после лечения (\* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$ , \*\*\* -  $p < 0,005$ ).

Такой диссонанс показателей красной крови и депо железа, по нашему мнению, связан с особенностями фармакодинамики препаратов гидроксид-полимальтозного комплекса трехвалентного железа, а именно, эти препараты прежде всего поступают в депо, насыщая его, и только потом используются на текущие потребности, построение гемоглобина.

Кроме того, нами не наблюдалось побочных эффектов при лечении препаратом гидроксид-полимальтозного комплекса трехвалентного железа, что позволяет использовать их использовать в тех случаях, когда препараты двухвалентного железа переносятся неудовлетворительно. С другой стороны, учитывая достаточно высокую скорость нормализации гемоглобина при лечении препаратами двухвалентного железа, целесообразно назначать их для ведения детей с более тяжелыми степенями ЖДА.

Выводы. Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о более быстром восстановлении гемопоэза при лечении препаратом двухвалентного железа в сравнении с трехвалентным. Это дает основание для преимущественного назначения двухвалентного железа на этапе предоперационной подготовки детей. Однако, препараты гидроксид-полимальтозного комплекса трехвалентного железа имеют определенные преимущества в аспекте насыщения тканевых фондов, что обуславливает их эффективное применение для восстановления в постоперационном периоде.

## Список литературы:

1. Детская гематология. Клинические рекомендации / Под ред. А.Г. Румянцева, А.А. Масчана, Е.В. Жуковской. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 656 с. n.d.
2. Диагностика и лечение железодефицитной анемии у детей: Пособие для врачей. Под ред. акад. РАН проф. А.Г. Румянцева и проф. И.Н. Захаровой. М.: ООО «КОНТИ ПРИНТ»; 2015.
3. Казюкова Т.В. Возрастные особенности метаболизма железа у детей и подростков в норме и патологии: Автореф. дисс. докт. мед. наук. М., 2009.
4. Казюкова Т.В. Профилактика дефицита железа у детей раннего возраста // Педиатрия. — 2011 — Т. 90, № 4. — С. 112- 119.
5. Тарасова И.С., Чернов В.М. Факторы, определяющие эффективность лечения детей с железодефицитной анемией // Вопр. практ. педиатрии. — 2011. — Т. 3, №6. — С. 49-52. n.d.
6. Baker R.D., Greer F.R.; Committee on Nutrition, American Academy of Pediatrics. Diagnosis and prevention of iron deficiency and iron-deficiency anemia in infants and young children (0-3 years of age). Nov 2010. Pediatrics 126 (5).
7. Cappellini MD, Musallam KM, Taher AT. Iron deficiency anaemia revisited. J Intern Med 2019;joim.13004. <https://doi.org/10.1111/joim.13004>.
8. United Nations Children's Fund, United Nations University, World Health Organization. Iron deficiency anemia: assessment, prevention and control. A guide for programme managers 2011:114.

## ВЫБОР ТАКТИКИ И МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГОЧНО-ПЛЕВРАЛЬНЫХ ФОРМ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Углонов И.М., Оллабергенев О.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт Ташкент, Республика Узбекистан

**Введение:** Проблема бактериальной деструкции легких обусловлена частотой её встречаемости по отношению к другим гнойно-воспалительным заболеваниям бронхолегочной системы у детей, а также проявляющимися грозными легочно-плевральными осложнениями, представляющие угрозу жизни ребенка. Тяжесть данной патологии обусловлена наличием сочетанного проявления дыхательной, сердечной и другой органной недостаточности на фоне выраженного интоксикационного синдрома и прогрессирующих изменений в бронхолегочной системе, [1, 3, 4, 5, 7, 9, 12].

Клиническое течение бактериальной деструкции легких характеризуется некрозом и гнойным расплавлением ткани легкого с присоединением плевральных осложнений, что приводит к утяжелению общего состояния детского организма и требуют принятия неотложных экстренных мер. Сложные этиопатогенетические аспекты бактериальной деструкции легких, многообразие клинической симптоматики проявляющейся различной степенью дифференцируемых патологических синдромов, развитие частых легочно-плевральных форм заболевания в виду поздней диагностики, приводит к высокому проценту прогнозируемых осложнений и росту неудовлетворительных результатов лечения. Причинами неудовлетворительных результатов лечения легочно-плевральных форм бактериальной деструкции является неадекватность выбранной тактики, а также необоснованность в выборе способа и метода раннего эндоскопического или малоинвазивного вмешательства, что приводит к вынужденному выполнению широких традиционных торакотомий. В связи с этим спорными, а порой и противоречивыми остаются вопросы в последовательности выполнения того или иного способа лечения, основанных на принципах от простого к сложному: консервативная патогенетическая терапия, малоинвазивные пункционно-дренирующие и эндоскопические вмешательства, а также видеоторакоскопические хирургические операции. Широкое внедрение современных методов диагностики и медицинских технологий в клиническую практику торакальной хирургии детского возраста, позволило выбору эффективных методов лечения многих воспалительных заболеваний бронхолегочной системы на ранних этапах их развития, что в свою очередь позволило предотвращению развития тяжелых легочно-плевральных осложнений [2, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15].

Вышеизложенные данные свидетельствуют об актуальности ранней диагностики и своевременного проведения лечения легочно-плевральных форм бактериальной деструкции легких у детей.

**Материалы и методы исследования.** В основу настоящего исследования положены результаты обследования и лечения 91 больного с легочно-плевральной формой бактериальной деструкции легких в возрасте от 1 года до 17 лет, находившихся на стационарном обследовании и лечении в клинике Ташкентского педиатрического медицинского института за период с 2015 по 2020 гг. Из общего количества больных (91 наблюдение) с легочно-плевральной формой БДЛ, пиоторакс выявлен в 28 (21,2%) наблюдениях, пиопневмоторакс в 30 (22,7%) случаях, экссудативный плеврит у 29 (22%) больных, фиброторакс у 4 (3,1%) больных. Тяжелое течение процесса диагностировано у 60 (65,9%) детей в возрасте до 7 лет. Высокая частота тяжелого течения легочно-плевральной формы БДЛ у детей младшей возрастной группы обусловлена характерными анатомо-физиологическими особенностями строения легких и плевры у детей, что несомненно способствуют преимущественному развитию гнойно-воспалительных процессов и осложнений в них.

Всем без исключения больным, поступившим в клинику с гнойно-воспалительными процессами легких и плевры проведено клиничко-лабораторное и инструментальное обследование. Основными инструментальными методами исследования являлись обзорная рентгенография грудной клетки, ультразвуковые методы исследования легких и плевральной полости, мультиспиральная компьютерная томография. Ультразвуковому методу исследования отводилась несомненно важная роль при проведении динамического контроля в ходе осуществляемого лечения детей с бактериальной деструкцией легких, особенно при выполнении пункционных и дренирующих вмешательств гнойных полостей в легком и плевральной полости.

**Результаты исследования.** Клиническая картина легочно-плевральных форм бактериальной

деструкции легких проявлялась тяжелым течением, которое в большинстве случаев сопровождалось выраженными нарушениями функции легких с признаками дыхательных расстройств из-за наличия воздуха и выпота в плевральной полости, что требовало оказания неотложной хирургической помощи. В зависимости от объема и характера выпота в плевральной полости больным проведены пункционно-дренирующие вмешательства, а после выведения из тяжелого септического состояния и стабилизации детского организма выполнялась санационная бронхоскопия для уменьшения перифокального воспаления и отека слизистой бронхов.

Диагностическая и лечебная пункция плевральной полости выполнена всем больным, она проводилась по стандартной методике под местным обезболиванием, пункционной точкой являлось V-VII межреберье по средне-подмышечной линии, полученная жидкость из плевральной полости направлялась в бактериологическую лабораторию. В 83 (91,2%) наблюдениях выполнено дренирование плевральной полости с подключением на подводную систему пассивного или активного аспирирования плеврального содержимого по Бюлау. Ежедневно проводилось промывание плевральной полости раствором декасан (в равном процентном разведении с физиологическим раствором), а также введением антибиотиков в зависимости от чувствительности к выделенной микрофлоры. В дополнении к пункционно-дренирующим вмешательствам в комплексном лечении, для полноценного восстановления проходимости дыхательных путей и стимуляции нарушенной дренажной функции бронхов выполнены: санационная бронхоскопия (38 больных) и программированная санационная бронхоскопия (26 наблюдений) с эндобронхиальным введением 5% раствора метронидазола в количестве 10-15 мл с экспозицией от 30 до 90 секунд, с последующей его аспирацией. Количество санаций в среднем составило до 2-4 процедур, суточный интервал между манипуляциями зависел от положительности динамики. Программированная санационная бронхоскопия способствовала разжижению и аспирации бронхиального секрета, снижению инфильтрации окружающих тканей. Благодаря проведению санационной и программированной бронхоскопии в 52 (62,6%) случаях нам удалось остановить развитие и распространение гнойно-воспалительного процесса, что в свою очередь позволило предотвратить морфофункциональные изменения и деформацию бронхиальных структур.

У 12 (14,4%) больных несмотря на проведенное комплексное лечение, а также выполнение пункционно-дренирующих вмешательств с программированной санационной бронхоскопией отмечено формирование стойкого бронхоплеврального свища с широким основанием, что не позволило их самостоятельному закрытию. Наличие бронхоплеврального свища у этих больных способствовало нарушению герметизации бронхолегочных структур и препятствовало расправлению коллабированных отделов легкого, в связи с чем этим больным проведена краткосрочная окклюзия сегментарного или долевого бронхов.

Краткосрочная окклюзия бронхов выполнялась под общим внутривенным обезболиванием (сибазон или кетамин) с применением мышечных релаксантов кратковременного действия (дитилин). Поисковая бронхоскопия позволяла определению локализации бронхиального свища, в просвет бронха вставлялась стерильная сухая губка (производство фирмы "Mergocel"), после чего в саму губку вводился раствор антибиотика, губка увеличивалась в размере и плотно закрывала просвет бронха, тем самым создавая надежную герметизацию (рис. 1.).



**Рис 1. Краткосрочная окклюзия бронха, установка стерильной сухой губки для создания герметичности.**



После выполнения краткосрочной окклюзии бронхов отмечено прекращение бронхиального сброса в плевральную полость и уменьшение явлений дыхательной недостаточности, за счет герметизации бронхиального дерева. Расправление коллабированных участков легкого с восстановлением их аэрации отмечалось на 2-3 сутки после окклюзии, что служило показанием для удаления дренажной трубки из плевральной полости. Комплексное консервативное лечение с проведением плазматрансфузии и физиотерапевтическими процедурами осуществлялось до улучшения общего состояния больных, стабилизации основных показателей дыхания и кровообращения, а также деструктивного процесса в легком и плевральной полости, регрессии гнойного воспаления, уменьшении степени выраженности интоксикации. Эффективность краткосрочной окклюзии бронхов оценивалась по динамике клинического течения заболевания, данным рентгенологических исследований и мультиспиральной компьютерной томографии (рис. 2 (а, б)). Сроки нахождения окклюзионной пробки в среднем составило от 7 до 15 дней.



Рис. 2 а. МСКТ. БДЛ. Легочно-плевральная форма. Абсцесс нижней доли правого легкого. Б-ной Т.Ш. – 3 года (до лечения).

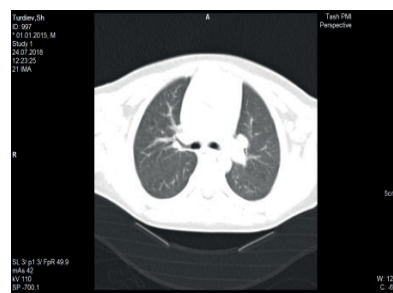


Рис. 2 б. Б-ной Т.Ш. – 3 года. МСКТ (при выписки из стационара).

В 77 (92,7%) случаях проведение пункционно-дренирующих вмешательств в совокупности с санационной бронхоскопией и краткосрочной окклюзии бронхов позволило положительному разрешению легочно-плевральных осложнений бактериальной деструкции легких. Однако у 6 (7,2%) больных с пиопневмотораксом и фибротораксом несмотря на проведенное лечение деструктивный процесс привел к развитию острой формы эмпиемы плевры, в связи с чем этим больным выполнена видеоторакоскопическая санация плевральной полости.

**Заключение:** Таким образом сравнительная оценка ближайших и отдаленных результатов лечения легочно-плевральных форм бактериальной деструкции легких показало преимущество выполнения малоинвазивных вмешательств. Клиническая эффективность пункционно-дренирующих вмешательств и санационной бронхоскопии с краткосрочной окклюзией бронхов указывает на перспективность их широкого использования, так как они обладают высокой разрешающей способностью и малой инвазивностью в комплексном лечении легочно-плевральных форм бактериальной деструкции легких у детей. Раннее выполнение малоинвазивных вмешательств при легочно-плевральной форме бактериальной деструкции легких способствует профилактики грозных осложнений и переходу заболевания в хроническую форму с развитием эмпиемы.

#### Список литературы:

1. Барова Н.К. Оптимизация хирургического лечения легочно-плевральных форм острой деструктивной пневмонии у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Краснодар. - 2017.
2. Винокурова О.Н. Лечение плевральных осложнений деструктивных пневмоний у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва. - 1989.
3. Грона В.Н., Сопов Г.А., Щербинин А.В. и др. Клинические проявления, диагностика и лечение бактериальной деструкции легких у детей. // Здоровье ребенка. - 2008. - №1. - С. 114-119.
4. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Котловский В.И. Эндоскопическая хирургия у детей. // М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 440с.
5. Исаков Ю.Ф., Дронов А.Ф. Детская хирургия: национальное руководство // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1168 с.
6. Кайгородова И.Н. Видеоторакоскопия в лечении пиофибриноторакса у детей при бактериальной деструкции легких: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Иркутск. - 2006.
7. Каншин А.С. Диагностика и лечение легочно-плевральных осложнений острой деструктивной пневмонии с применением видеоторакоскопии у детей раннего возраста:

Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Уфа - 2010.

8. Мамлеев И.А., Гумеров Р.А., Сатаев В.У. и др. Видеоторакоскопическое лечение эмпиемы плевры у детей. // Эндоскопическая хирургия. - 2000. - №2. - С. 42.

9. Ahmed A.E., Yacoub T.E. Empyema thoracis. // Clin. Med. Insights Circ Respir Pulm Med. - 2010. - Vol. 17. - P. 1-8.

10. Avansino J.R., Goldman B., Sawin R.S., Flum D.R. Primary operative versus non operative therapy for pediatric empyema: a meta-analysis // Pediatrics. - 2005. - Vol. 115 (6). - P. 1652-1659.

11. Goyal V., Kumar A., Gupta [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Gupta%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=25047309](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Gupta%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=25047309) M. et al. Empyema thoracis in children: Still a challenge in developing countries. // [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Goyal+V%2C+Kumar+A%2C+Gupta+M%2C+Sandhu+HP%2C+Dhir+S.+Empyema+thoracis+in+children%3A+Still+a+challenge+in+developing+countries.+Afr+J+Paediatr.+Surg.+2014+Jul-Sep%3B11\(3\)%3A206-10.+doi%3A+10.4103%2F0189-6725.137326](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Goyal+V%2C+Kumar+A%2C+Gupta+M%2C+Sandhu+HP%2C+Dhir+S.+Empyema+thoracis+in+children%3A+Still+a+challenge+in+developing+countries.+Afr+J+Paediatr.+Surg.+2014+Jul-Sep%3B11(3)%3A206-10.+doi%3A+10.4103%2F0189-6725.137326). Afr. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Goyal+V%2C+Kumar+A%2C+Gupta+M%2C+Sandhu+HP%2C+Dhir+S.+Empyema+thoracis+in+children%3A+Still+a+challenge+in+developing+countries.+Afr+J+Paediatr.+Surg.+2014+Jul-Sep%3B11\(3\)%3A206-10.+doi%3A+10.4103%2F0189-6725.137326](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Goyal+V%2C+Kumar+A%2C+Gupta+M%2C+Sandhu+HP%2C+Dhir+S.+Empyema+thoracis+in+children%3A+Still+a+challenge+in+developing+countries.+Afr+J+Paediatr.+Surg.+2014+Jul-Sep%3B11(3)%3A206-10.+doi%3A+10.4103%2F0189-6725.137326). J. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Goyal+V%2C+Kumar+A%2C+Gupta+M%2C+Sandhu+HP%2C+Dhir+S.+Empyema+thoracis+in+children%3A+Still+a+challenge+in+developing+countries.+Afr+J+Paediatr.+Surg.+2014+Jul-Sep%3B11\(3\)%3A206-10.+doi%3A+10.4103%2F0189-6725.137326](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Goyal+V%2C+Kumar+A%2C+Gupta+M%2C+Sandhu+HP%2C+Dhir+S.+Empyema+thoracis+in+children%3A+Still+a+challenge+in+developing+countries.+Afr+J+Paediatr.+Surg.+2014+Jul-Sep%3B11(3)%3A206-10.+doi%3A+10.4103%2F0189-6725.137326). Paediatr. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Goyal+V%2C+Kumar+A%2C+Gupta+M%2C+Sandhu+HP%2C+Dhir+S.+Empyema+thoracis+in+children%3A+Still+a+challenge+in+developing+countries.+Afr+J+Paediatr.+Surg.+2014+Jul-Sep%3B11\(3\)%3A206-10.+doi%3A+10.4103%2F0189-6725.137326](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Goyal+V%2C+Kumar+A%2C+Gupta+M%2C+Sandhu+HP%2C+Dhir+S.+Empyema+thoracis+in+children%3A+Still+a+challenge+in+developing+countries.+Afr+J+Paediatr.+Surg.+2014+Jul-Sep%3B11(3)%3A206-10.+doi%3A+10.4103%2F0189-6725.137326). Surg. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Goyal+V%2C+Kumar+A%2C+Gupta+M%2C+Sandhu+HP%2C+Dhir+S.+Empyema+thoracis+in+children%3A+Still+a+challenge+in+developing+countries.+Afr+J+Paediatr.+Surg.+2014+Jul-Sep%3B11\(3\)%3A206-10.+doi%3A+10.4103%2F0189-6725.137326](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Goyal+V%2C+Kumar+A%2C+Gupta+M%2C+Sandhu+HP%2C+Dhir+S.+Empyema+thoracis+in+children%3A+Still+a+challenge+in+developing+countries.+Afr+J+Paediatr.+Surg.+2014+Jul-Sep%3B11(3)%3A206-10.+doi%3A+10.4103%2F0189-6725.137326). - 2014. - Vol. (3). - P. 206-210.

12. Lois M., Noppen M. Bronchopleural fistulas: an overview of the problem with special focus on endoscopic management. Chest 128(6): (2005). 3955-3965.

13. Long Anna-May, Smith-Williams J., Mayellet S. et al. 'Less may be best'-Pediatric parapneumonic effusion and empyema management: Lessons from a UK center. // Journal of pediatric Surg. - 2016. - Vol. 51, N 4. - P. 588-591.

14. Nasirov M.M., Chuliev M., Uglonov I., Narbaev T. et al. Temporary Bronchial Occlusion in Fistulous Forms of Bacterial Lung Destruction in Children. // Int J Surg Surgical Tech. - 2018. - 2 (1).

15. Turk A.E., Karanas Y.L., Cannon W., Chang J. Staged closure of complicated bronchopleural fistulas. // Ann Plastic Surgery - 2000. - 45 (5): 560-564.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ (КДГК) У ДЕТЕЙ КОМПРЕССИОННЫМИ МЕТОДАМИ

Уралбоев И.Э., Ахмедов Ю. М., Мамутова Э.С.  
Самаркандский областной детский многопрофильный  
медицинский центр, Самарканд, Узбекистан

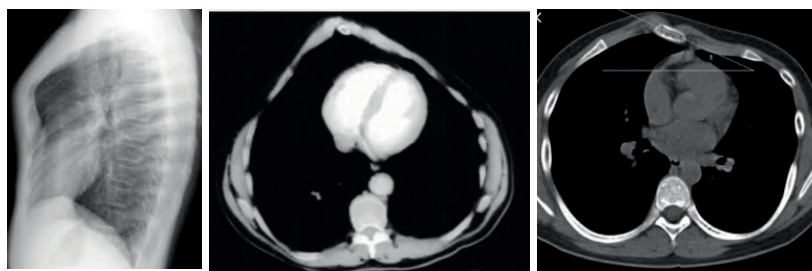
**Введение:** Килевидная деформация грудной клетки (КДГК) («голубиная», «куриная» грудь) – патология, при которой передняя часть грудной клетки выступает, приобретая форму лодочного кия. Это вторая по распространенности врожденная деформация грудной клетки. Составляет около 7% от общего числа нарушений формы передней грудной стенки. Мальчики страдают в 4 раза чаще девочек. Соотношение развития патологии у представительниц женского пола по отношению к мужскому - 1:4 [1].

В 25-65% случаев выявляется наследственная этиология деформации. Деформация возникает вследствие генетических аномалий, нарушающих процесс нормального развития костной структуры. После рождения ребра, грудина и другие анатомические структуры развиваются по патологическому сценарию. В основе формирования наследственных деформаций грудной клетки у детей лежит дисплазия хрящевой и соединительной ткани, развивающаяся в результате различного рода ферментативных нарушений. Заболевание проявляется в раннем возрасте, и с каждым годом увеличивается выпячивание костей грудной клетки [1,3]. В 15% отмечается сочетание с синдромом Марфана, врожденными пороками сердца, сколиозом и другими болезнями соединительной ткани. Также причиной возникновения КДГК являются приобретенные заболевания, такие как сколиоз, врожденные пороки сердца или болезнь Бехтерева (отложения кальция в связках позвоночника) [4].

При КДГК ребра присоединяются к грудины под прямым углом, «выталкивая» ее вперед, увеличивая передне-задний размер грудной клетки и придавая ей форму кия.

При рождении ребенка аномалия грудной клетки обычно малозаметна или незаметна, однако по мере роста (4-5 или 11-12 лет) деформация прогрессирует (период активности ростковых зон грудино-реберного комплекса и реберного хряща), и со временем косметический дефект становится все более заметным. Такая патология может вызывать не только заболевания сердца, но и определенные изменения позвоночника [1]. Грудная клетка существенно увеличена в переднезаднем направлении, изменения переднезаднего размера при дыхательных экскурсиях уменьшены по сравнению с нормой или практически отсутствуют. Со стороны выглядит, как будто грудная клетка постоянно находится в состоянии вдоха. Килевидная деформация в большинстве случаев считается лишь косметическим дефектом. Жалобы пациентов с килевидной деформацией, как правило скудны в молодом возрасте и растут с годами [1,5]. При изменении положения и формы сердца могут иметь место жалобы на быструю утомляемость, сердцебиение и одышку. У некоторых больных наблюдают легочные изменения, требующие дополнительной оксигенации. Не менее важны психологические аспекты КДГК, служащие серьезной преградой для нормальной социальной адаптации [7].

Диагноз выставляется на основании данных осмотра со стороны ортопеда и торакального хирурга. Для уточнения типа деформации и выраженности изменений назначается рентгенография грудной клетки в боковой проекции и компьютерная томография (Рис.1):



**Рис.1. Рентгенография грудной клетки в боковой проекции и компьютерная томография больного с КДГК.**

При подозрении на патологию со стороны сердца и легких проводятся необходимые исследования: спирометрия, ЭКГ, Эхо-КГ и т. д., назначаются консультации кардиолога и

пульмонолога. При синдроме Марфана показано комплексное обследование, включающее в себя консультации ортопеда, кардиолога, пульмонолога, офтальмолога, невролога и генетика. [7]

Все известные методы лечения килевидной деформации грудной клетки можно разделить на 3 группы:

С применением внешних компрессионных устройств

С использованием внутренних фиксаторов

Без применения фиксаторов. [8]

Дополнительными методами коррекции являются проведение лечебной физкультуры (ЛФК) и комплекс правильно подобранных физических упражнений для укрепления боковых и задней групп мышц грудной клетки. Если программа ЛФК не отвечает данным критериям, то она может не только не улучшить состояние КДГК, но и привести к ее прогрессированию. Лечебное плавание также рекомендуется больным с КДГК. К сожалению, физические упражнения, специальные программы ЛФК никак не влияют на регресс деформации. Массаж деформированного участка грудной клетки улучшает кровообращение ростковых зон грудино-реберных сочленений и, тем самым провоцирует прогрессирование КДГК. [1,4] Этот факт полностью исключает массаж из комплекса лечебных мероприятий для коррекции КДГК

Следует четко осознавать тот факт, что в раннем возрасте есть неплохие шансы устранить аномалию, используя специальные приспособления - ортопедические корсеты, ортезы либо одно из последних достижений современной медицины - динамическую компрессионную систему по Ферре.

В основу данных методик положены пластичные свойства грудино-реберного комплекса в детском возрасте. Подход состоит в постепенном сдавливании извне грудной клетки в переднезаднем направлении. Методика применения наружного давящего ортеза существует в разных странах мира в разной модификации, но принципы лечения одинаковые. Специальные внешние ортопедические корсеты крепятся на теле больного и обеспечивают фиксацию патологически измененной грудной клетки в правильном положении. [2,6]

Материалы и методы исследования. В отделении детской ортопедии Областного детского многопрофильного медицинского центра города Самарканда с 2016 по 2021 гг. под наблюдением находилось 611 детей с КДГК. Из них 425(69.5%) мальчика и 186(30.5%) девочек в возрасте от 4 до 18 лет. Для дифференциации больных нами применена классификация Г.А.Баирова и А.А.Фокина(1983г) [3] а также классификация по Парк. Х.Ж (Park H J), Южная Корея.

Согласно классификации Баирова и Фокина, мы разделили всех больных с КДГК на три типа:

Манубриокостальный тип. Рукоятка грудины вместе с 2-3 сочленяющимися реберными хрящами изогнута кпереди, а тело грудины с мечевидным отростком смещено кзади. (Рис. 1а)

Корпокостальный тип. Возможны два варианта:

1. Пирамидальная деформация- грудина косо направлена вниз и вперед по прямой линии от рукоятки к мечевидному отростку. Максимально выступающая точка- место соединения средней и нижней части грудины с мечевидным отростком. (Рис. 1б)

2. Круглая грудь- грудина изогнута вперед в средней и нижней частях. (Рис. 1в)

Костальный тип или реберный тип. Искривление грудины отсутствует или слабо выражено и носит ротационный характер. Деформация формируется за счет изгиба реберных хрящей кпереди. Как правило обнаруживают ротацию грудины вокруг продольной оси, при этом ребра на одной стороне выступают вперед, а на противоположной находятся на нормальном уровне или западают. (Рис. 1г)

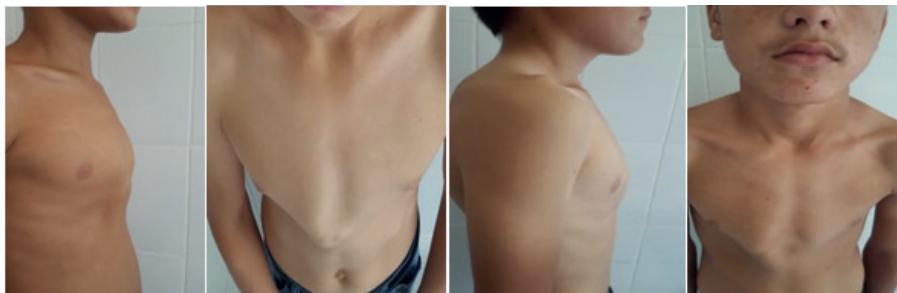


Рис.1: а-Манубриокостальный тип; б- Пирамидальный тип; в - Круглая грудь; г - Костальный тип.

Принято различать степени килевидной деформации грудной клетки. I – выпячивание грудины до 2 см над нормальной поверхностью грудной клетки; II – выпячивание грудины от 2-х до 4 см.; III – выпячивание грудины от 4-х до 6 см.

Все типы килевидных деформаций подразделяют на симметричные, и асимметричные.

Таким образом, были выявлены манубриокостальный тип КДГК у 125 (20.5%) детей; корпостальный тип – 199(32.5%) из них:(пирамидальный-152; круглая грудь-47); реберный тип – 287(47.0%) больных. По степени деформации больные были распределены: I ст.-102(16.7%) больных, II ст.-281(46.0%), III ст. 228(37.3%) детей. Симметрический тип наблюдался у 331(54.2%) больного, асимметрический тип у 216(35.4%) детей, смешанная форма (по Парку) у 46(7.5%) и верхний тип 18(2.9%) больных. Все больные проходили полное комплексное клиническое обследование в стационаре, включающее рентгенографию грудной клетки в двух проекциях, компьютерную томографию, спирографию, ЭКГ, Эхо-КГ, а также консультации кардиолога и пульмонолога. Кроме того всем больным было произведено измерение внутригрудного давления, с градацией по классификации M.Yuksel, Стамбул, Турция [8].

Показаниями к консервативному методу лечения у больных являлись косметический дефект и внутригрудное давление  $p < 10$  kg, а также внутригрудное давление с  $p < 17$ kg в сочетании с сердечно-дыхательной недостаточностью III степени.

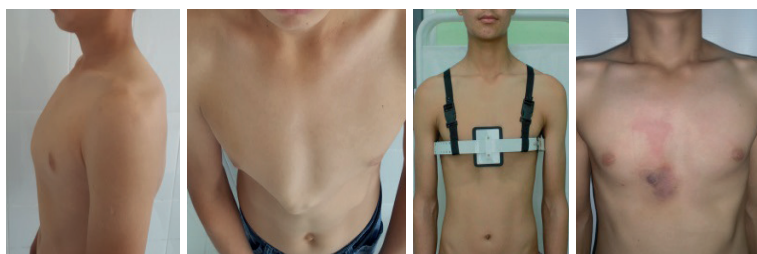
Для 538(88,1%) после комплексного обследования была установлена возможность консервативной коррекции КДГК.

Для консервативной коррекции КДГК нами применялись компрессирующие ортезы (производства Турции, M.Yuksel 2010г) [8], динамическая компрессионная система-FMF (производства Аргентина, M.F.Marcelo 1992г) [2,6], компрессирующие ортезы производства Узбекистан (патент RU 2732314). (Рис 2а, 2б, 2в соответственно)



**Рис.2.а - компрессирующий ортез производства Турции; б - динамическая компрессионная система-FMF (производства Аргентина); в - компрессирующий ортез производства Узбекистан.**

Метод коррекции КДГК с применением динамической компрессионной системы-FMF, а также с применением компрессирующих ортезов основывается на природной эластичности грудины – за счет специальных приспособлений происходит давление на выступающие части грудины, что способствует постепенной коррекции деформации. (Рис.3)



**Рис.3. Пациент X. с КДГК, 16 лет. Состояние до-, во время- и после коррекции компрессионным методом.**

Лечение хорошо переносилось нашими больными и не причиняло особых неудобств. Продолжительность ношения ортеза по схеме выбиралась индивидуально и зависела от степени деформации, ее типа и возраста пациента. На первом этапе лечения пациент должен был носить ортез продолжительностью минимум 22 часа в день, с возможностью снимать

его каждые 5 часов, 4 раза в день, в течение 30-45 минут. В это время пациент мог принимать пищу, гигиенический душ, менять белье.

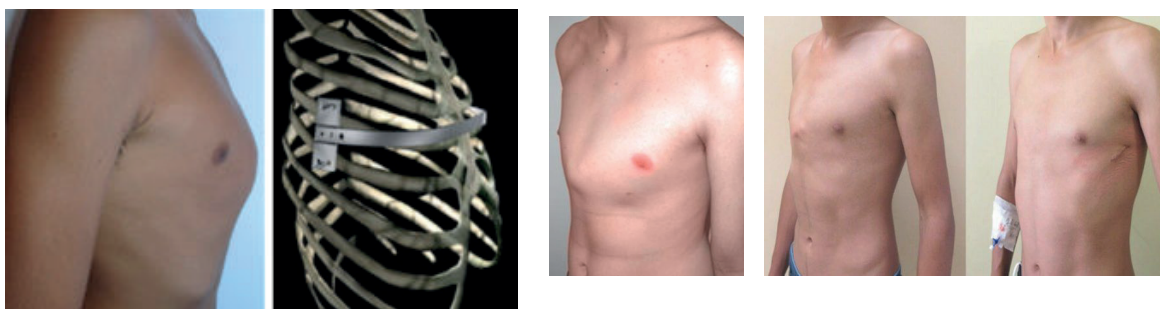
Во время снятия ортеза кожа на месте компрессированной части обрабатывалась детской присыпкой, проводился легкий местный массаж кожи для улучшения кровообращения.

Через 7-8 месяцев от начала лечения время ношения ортеза можно было уменьшать каждый месяц на 1 час, а с 10 по 11 месяцы вновь продлевать.

На протяжении всего процесса лечения больному назначалась лечебная физкультура в амбулаторных условиях, массаж позвоночника и жесткий ортопедический матрац. Продолжительность комплексного лечения составляет около 10-16 месяцев.

Показаниями к операции килевидной деформации грудной клетки являлись высокое внутригрудное давление (ср 10-25 и более  $p \geq 25$  кг по классификации M. Yuksel, Стамбул, Турция 2010г), высокая ригидности грудины и некорректируемая консервативным путем деформация [8]. Эту группу составили 73 (11,9%) больных.

Оперативное лечение КДГК осуществлялось нами по методу Горацио Абрамсона (Рис.4). Операция по сути аналогична операции Насса, которая проводится с целью коррекции воронкообразной деформации грудной клетки. Нами производилось подшивание специальных пластин к ребрам по бокам. Разрез проводился по бокам грудной клетки, далее делался подмышечный канал над ребрами грудной клетки, после чего проводилась пластина. Следующим этапом самая выступающая часть грудной клетки компрессировалась снаружи руками ассистента или при помощи крана доктора Парка ( crane H.J Park) и пластина фиксировалась к стабилизаторам, уже закрепленным к двум ребрам с обеих сторон. Компрессия должна быть достаточной, чтобы косметический дефект исчез или имел удовлетворительный вид. Получается что-то вроде обвода бочки, удерживающего грудную клетку в нужном положении. С этой пластиной наши пациенты ходят от 1 до 3 лет. Этот период времени позволяет переформировать грудную клетку. К тому же корректируется не только киль,- грудная клетка приобретает более естественную широкую форму.



**Рис.4. Принцип операции по Абрамсону при КДГК. Больной с КДГК до и после операции по Абрамсону**

**Результаты:** Ношение специальных компрессирующих устройств продолжалось у пациентов в среднем 10-16 месяцев. Все это время нами проводился плановый мониторинг-измерение внутригрудного давления, измерение передне-заднего размера грудной клетки, оценка функции сердечно-легочного аппарата, с последующей коррекцией формы ортеза в соответствии с динамикой КДГК. Из 538 детей с КДГК после консервативного лечения 408 детей (82%) были получены хорошие результаты, с полной коррекцией косметического дефекта и удовлетворительными показателями функции сердечно-легочного аппарата. У 48 (15,8%) детей получен удовлетворительный результат, с едва заметным косметическим дефектом (Как правило, это больные с реберным типом деформации) и всего 5 (2%) больных продолжают ношение ортеза свыше 12 месяцев;

Следует отметить, что для выбора способа коррекции очень важен индивидуальный подход с обязательным учетом состояния ригидности грудной клетки, возраста ребенка и типа килевидной деформации.

Применяя данную методику лечения, мы выбирали лечебную тактику по Mustafa Yuksel (Турция) [8] и получили более 95% удовлетворительных результатов в течение периода с 2016 по 2018 гг. Начиная с 2018 года, мы усовершенствовали методику коррекции КДГК. Нами предложен ортез с металлическим каркасом изготовленный в Узбекистане, который позволяет увеличить компрессирующую мощность до 25 кг.

До применения нами вышеуказанной методики подход к коррекции КДГК был исключительно

оперативным, причем процент пациентов, у которых мы прибегали к коррекции составлял всего 52% от общего количества больных. Остальные больные в виду сложности лечебной тактики-оперативное лечение, не решались на коррекцию. Применение вышеуказанной методики консервативной коррекции КДГК позволило не только получить высокий процент удовлетворительных результатов лечения, но и увеличить до 90% количество больных, у которых в принципе коррекция была произведена.

**Заключение.** В детском возрасте, ввиду эластичности и податливости грудно-реберного каркаса, становится реальным, а также высокоэффективным применение консервативных, компрессионных методов коррекции КДГК.

Лечение детей с КДГК по предложенной методике, с применением компрессирующих ортезов производства Турции (M.Yuksel 2010г) и производства Узбекистан, а также с применением динамической компрессионной системы-FMF (производства Аргентина, M.F.Marcelo 1992г) позволило получить высокий процент удовлетворительных результатов, а также значительно уменьшить показания к оперативному лечению.

Применение предложенной методики консервативной коррекции КДГК компрессионными методами с применением подходапо MustafaYuksel (Турция), позволило также увеличить количество больных с КДГК, которым коррекция деформации была произведена.

### **Список литературы.**

1. Комиссаров И.А., Комолкин И.А., Афанасьев А.П. Деформация грудной клетки у детей// Педиатр 2010, Т.1. №1 с.63-66
2. Marcelo Martinez-Ferro, Gaston BelliaMunzon, Carlos Fraire. Non-surgical treatment of pectuscarinatum with the FMF® Dynamic Compressor System.
3. Kravarusic D, Dicken BJ, Dewar R, et al. The Calgary protocol for bracing of pectuscarinatum: a preliminary report. J PediatrSurg 2006;41:923-6. 10.1016/j.jpedsurg.2006.01.058
4. Lee SY, Lee SJ, Jeon CW, et al. Effect of the compressive brace in pectuscarinatum. Eur J CardiothoracSurg 2008;34:146-9. 10.1016/j.ejcts.2008.04.012
6. Abramson H.A., D'Agostino J., Wuscovi S. "A 5-year experience with a minimally invasive technique for PectusCarinatum repair". Pediatr Surg. 2009; 44: 118-123p.
5. Fokin A.A., Robicsek F. "Management of chest wall deformities". Advanced Therapy in Thoracic Surgery. 2<sup>nd</sup> edition, Ontario: 145-162p.
6. Marrtinez-Ferro M., Fraire C., Bernard S., "Dynamic Compression System for the Correction of PC". Seminar Pediatric Surgery, 2008;17:194-200p.
7. Abramson H.A., D'Agostino J., Wuscovi S. "A 5-year experience with a minimally invasive technique for PectusCarinatum repair". Pediatr Surg. 2009; 44: 118-123p.
8. Yuksel M., Bostanci K., Evman S. Minimally invasive repair of pectuscarinatum using a newly designed bar and stabilizer: a single-institution experience. Eur J Cardiothorac Surg. 2011; 40: 339-342.

## СОСТОЯНИЕ ГЛЮКОНЕОГЕННОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ, НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УГЛЕВОДНОГО И АЗОТИСТОГО ОБМЕНА У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ.

Уралов Ш.М., Халиков К.М., Жураев Ш.А.

Самаркандский медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

**Введение.** Печень, как универсальная «лаборатория организма», отличается разнообразием метаболических превращений. Участвуя в обменных процессах, печень выступает в роли первичного регулятора содержания многих жизненно важных показателей крови, обеспечивая организм веществами, необходимыми для их функционирования, а также защищая организм от токсинов. Именно печеночная ткань играет ключевую роль в регуляции и поддержании стабильного уровня глюкозы в крови, так и показателей белково-азотистого метаболизма. В настоящее время, в области изучения белково-азотистого, углеводного и липидного обменов, как у здоровых детей, так и при ряде патологических состояний, имеются довольно обширные данные. В связи с этим, для изучения показателей углеводного, азотистого обмена и глюконеогенной функции печени при различных патологических состояниях у детей, необходимо располагать данными, о содержании комплексов, участвующих в процессах глюконеогенеза, углеводного и азотистого обмена в норме.

**Цель работы:** изучить содержание глюкозы, аммиака, мочевины и глутамина в крови у здоровых детей, до и после нагрузки глицерином, для оценки глюконеогенной функции печени, некоторых показателей углеводного и азотистого обмена у детей.

**Материалы и методы:** Контрольную группу составили 22 практически здоровых ребёнка - учащиеся средней школы №1 г.Самарканда, в возрасте 11-13 лет, мальчиков было 10 (45,5%), девочек - 12 (54,5%).

Глюконеогенная функция печени у детей оценивалась по методике Н.В.Блиновой (1988). Для изучения глюконеогенной функции печени у здоровых детей натощак определяли уровень глюкозы в крови. Затем все дети перорально, в качестве нагрузки, принимали медицинский глицерин, из расчёта 0,5 мг/кг веса, растворённого в 200,0 мл тёплой воды. После проведения нагрузки исследовали содержание глюкозы, образовавшейся *de novo* из глицерина в сыворотке крови, через 0,5, 1, 2 и 3 часа. На основании полученных результатов строили гликемические кривые, рассчитывали прирост новообразованной глюкозы, образовавшейся в печени за три часа, скорость глюконеогенеза и толерантность периферических тканей к глюкозе глюконеогенного генеза. Одновременно проводили изучение мочевины, аммиака и глутамина, а также оценки влияния перорально введенного глицерина на сдвиги белково-азотистого обмена.

Критериями отбора здоровых детей явилось отсутствие в анамнезе перенесенной кишечной инфекции, других заболеваний, а также различных дисфункций и болей в животе за 3-6 месяцев до обследования и данных о том, что ребёнок в эти сроки, не принимал лекарственных препаратов. Заключение о ребёнке «Практически здоров» выносилось на основании анамнеза и данных объективного исследования.

Дети не предъявляли жалоб, имели устойчивый аппетит, питались регулярно. Физическое развитие их было оценено как среднее, выше среднего и высокое, а нервно-психическое - соответствовало возрасту. Всё это соответствовало требованиям, предъявляемым к отбору контрольной группы.

**Результаты.** Как показали наши исследования, содержание глюкозы в крови натощак у здоровых детей составляло  $2,76 \pm 0,11$  ммоль/л. Через 30 мин. после нагрузки глицерином этот уровень увеличился в 1,27 раза ( $3,51 \pm 0,11$  ммоль/л;  $P < 0,001$ ), через 1 час уровень глюкозы увеличился в 1,45 раз и достиг максимума ( $4,02 \pm 0,10$  ммоль/л;  $P < 0,001$ ), затем стал постепенно снижаться и к третьему часу наблюдения равнялся  $2,94 \pm 0,10$  ммоль/л.

Эти данные свидетельствуют о том, что у здоровых детей глицерин эффективно превращается в глюкозу, причём прирост этой вновь образованной глюкозы, т.е. разница, рассчитываемая между содержанием глюкозы в крови после нагрузки глицерином в среднем за час и уровнем глюкозы натощак, составляет в среднем 0,70 ммоль/л/ч. Толерантность периферических тканей к глюкозе глюконеогенного генеза - разница между исходным и конечным уровнем глюкозы в крови, составила - 0,18 ммоль/л.

После того, как была выяснена скорость, с которой в печени глицерин превращался в глюкозу у здоровых детей, мы изучили у них изменения азотистого обмена, которые тесно взаимос-



вязаны с процессом глюконеогенеза.

Сдвиги некоторых азотистых соединений в крови у практически здоровых детей натошак и через 3 часа после глицериновой нагрузки, позволил определить, что натошак уровень аммиака у здоровых детей был равен  $126,14 \pm 11,1$  мкмоль/л, мочевины -  $4,03 \pm 0,13$  ммоль/л, а глутамина -  $738,14 \pm 17,4$  мкмоль/л.

Через 3 часа после нагрузки глицерином, эти показатели значительно снизились: аммиак в 1,5 раз ( $83,11 \pm 10,3$  мкмоль/л); мочевина в 1,4 раз ( $2,84 \pm 0,14$  ммоль/л;  $P < 0,001$ ) и глутамина в 1,03 раза, что составило  $714,19 \pm 19,5$  мкмоль/л ( $P > 0,5$ ).

Вывод: Нами установлено, что введение глицерина приводит к статистически достоверному снижению в крови у здоровых детей уровней аммиака и мочевины, а также незначительному снижению концентрации глутамина в крови. Это может быть следствием того, что под влиянием глицерина, с одной стороны, усиливаются процессы амминирования, а с другой, в условиях дополнительного количества глюкозы, образовавшейся *denovo*, отчётливее проявляется её азотсберегающее действие.

### Список литературы.

1. Кулебякин К.Ю., Акопян Ж.А., Кочегура Т.Н., Пеньков Д.Н. Механизмы транскрипционного контроля обмена глюкозы в печени. Сахарный диабет. 2016;19(3):190-198.
2. Смутнев П.В. Влияние химио- и пробиотических препаратов на белково-азотистый обмен и глюконеогенную функцию печени кроликов, больных эймериозом. Автореферат дисс... к.в.н. Саратов, 2009. – 22 с.
3. Уралов Ш.М. Клинико-биохимическая оценка функционального состояния печени у детей с гастродуоденальной патологией. Автореферат дисс... к.м.н. Самарканд, 1997. – 19 с.
4. Уралов Ш.М., Рустамов М.Р., Закирова Б.И., Абдусалямов А.А. Состояние глюконеогенной функции печени у детей с патологией гастродуоденальной зоны в зависимости от давности заболевания. Вятский медицинский вестник. 2006. №2. С.61-62.
5. Уралов Ш.М., Рустамов М.Р., Махмудова Ф.В., Атаева М.С. Клинико-биохимическая оценка азотистого обмена у детей с хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в зависимости от давности заболевания. Вятский медицинский вестник. 2006. №2. С.162.
6. Уралов Ш.М., Рустамов М.Р., Халиков К.М. Состояние глюконеогенной функции печени и некоторых показателей углеводного и азотистого обмена у детей с хронической гастродуоденальной патологией. Вестник врача общей практики. Самарканд, 1997 год, №11. С.52-58.
7. Функциональное состояние печени у детей с хронической гастродуоденальной патологией. Монография. Уралов Ш.М., Жураев Ш.А. Самарканд, 2021. – 145 с.
8. Burgess SC, Hausler N, Merritt M, et al. Impaired tricarboxylic acid cycle activity in mouse livers lacking cytosolic phosphoenolpyruvate carboxykinase. J BiolChem. 2004;279(47):48941-48949.
9. Hutton JC, O'Brien RM. Glucose-6-phosphatase catalytic subunit gene family. J BiolChem. 2009;284(43):29241-29245.
10. Marcolongo P, Fulceri R, Gamberucci A, et al. Multiple roles of glucose-6-phosphatases in pathophysiology: state of the art and future trends. BiochimBiophysActa. 2013;1830(3):2608-2618.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ****Хуррамов Ф.М., Эргашев Н.Ш.**Ташкентский педиатрический  
медицинский институт, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Болезнь Гиршпрунга (БГ) – функциональная кишечная непроходимость вследствие расстройства перистальтики, вызванной первичной нейронной кишечной дисплазией. В 1888 г. датский педиатр Гарольд Гиршпрунг впервые описал 2-х детей, которые умерли от непроходимости толстой кишки. На аутопсии были обнаружены нормального вида прямая и сигмовидная кишки, резко отличающиеся от вздутых поперечной и восходящей ободочной кишки. Гиршпрунг назвал эту патологию врожденный мегаколон. Реальная патофизиология БГ стала понятна с открытием роли нервных сплетений в подвижности кишечника [6]. В 1948 г. О. Свенсон опубликовал результаты своего исследования о концепции этиологии и принципах хирургического лечения БГ [7]. С тех пор диагностика БГ стала опираться на результаты гистологического исследования – полное врожденное отсутствие нейроэнтерогенных клеток во внутреннем подслизистом и межмышечном нервных сплетениях.

БГ диагностируется в 1 случае на 5000 живых родов, преимущественно у мальчиков, в частности в виде классического поражения прямой и сигмовидной кишки. Отмечено явное доминирование пациентов белой расы. Наиболее часты спорадические случаи БГ (85%), но в 3-10% случаев отмечаются и семейные формы [2, 4]. Чаще всего у детей устанавливают изолированные хромосомные аномалии и/или врожденные пороки развития, связанные с врожденным мегаколон [3, 5].

Несмотря на кажущуюся изученность БГ, остаются проблемы ее диагностики и лечения у детей, которые сохраняются во взрослом возрасте. К сожалению, отмечен определенный уровень неудовлетворительных результатов лечения данной патологии, особенно при некоторых ее формах. Отдаленных сравнительных данных о функциональном состоянии дистальных отделов толстой кишки у детей с БГ, оперированных различными методами, явно недостаточно [1].

Цель исследования – сравнительный анализ результатов оперативного лечения различных форм БГ в модификациях операции Soave по материалам клиники.

Материалы и методы. В период с 2001 по 2019 г. под нашим наблюдением находились 215 больных, страдавших БГ. Мальчиков было 181 (84,1%), девочек – 34 (15,9%). Всем детям было выполнено радикальное хирургическое вмешательство в плановом порядке. Хирургическое лечение в модификациях операции Soave были проведены 206 (95,8%) больным. Из исследования были исключены 9 (4,2%) больных, которым была проведена оперативное лечение методом Swenson. Распределение по формам БГ: ректальная – 84 (39,0%); ректосигмоидальная – 123 (57,2%); субтотальная – 8 (3,4%), тотальная форма в наших наблюдениях не встречался.

После предоперационного обследования и проведения заключительного этапа оперативного лечения всех пациентов госпитализировали трехкратно через каждые 3 мес. для обследования и реабилитационной терапии. В последующем госпитализация проводилась ежегодно, если по клиническим показаниям не требовалось делать это чаще. Минимальный срок наблюдения составил 3 мес, максимальный – 24 мес. Все исследования, требовавшие активного сознательного участия пациента с выполнением команд, проводили у детей старше 3 лет.

При поступлении в отделение всем детям с БГ проводилось комплексное обследование, включавшее сбор анамнеза, общеклиническое и ректальное исследование, ректороманоскопию, фиброколоноскопию, ультразвуковое исследование (УЗИ) толстой кишки, ирригографию с барием, МСКТ в режиме виртуальной колоноскопии, гистологическое исследование удаленных во время операции участков толстой кишки, исследование и оценку качества жизни.

После подтверждения диагноза в первую очередь следует срочно достигнуть декомпрессии, нормализовав пассаж пищи. Уход за больным, которому наша команда отводит ведущую роль, позволяет добиться полного опорожнения пищеварительного тракта. Мы выполняем не только регулярные очистительные клизмы, но и промываем всю толстую кишку сифонными клизмами. Сначала процедуру проводим дважды день, чтобы обеспечить максимально быструю эвакуацию кала и снять непроходимость, после клинического улучшения – 1 раз в день. Применяются изотонические растворы (теплые соляные растворы) и гибкие зонды (не вызывающие травм)

достаточного калибра. Нужно отметить, что даже при правильном проведении этот метод не лишен осложнений – всегда следует помнить об опасности ятрогенной перфорации кишки. В то же время этому методу мы обучаем родителей, что позволяет им в домашних условиях готовить ребенка к плановой операции, а также помогает родителям первыми диагностировать послеоперационный энтероколит, так как они уже хорошо визуализируют состояние своего младенца и характер каловых масс.

Результаты и их обсуждение. В основе оперативного лечения более длинных форм болезни Гиршпрунга лежит этиологический принцип – удаление пораженной части кишки (аганглионарная зона, переходная зона, супрастенотическое расширение) и низведение на ее место нормального в анатомическом и функциональном отношении участка кишки.

Широко распространен метод радикального хирургического лечения болезни Гиршпрунга – операция эндоректального низведения, впервые описанная Soavei затем модифицированные А.И.Ленюшкиным и Voley.

Вмешательство Soave [8] было предложено в 1964 г. для уменьшения риска повреждения простаты у мальчиков или влагалища у девочки. Резекция осуществляется эндоректально с оставлением мышечного слоя прямой кишки. Анастомоз производится первичным швом или простым соединением серозной оболочки опущенной ободочной кишки через мышечный цилиндр, оставленный на своем месте. Принципиальными моментами операции являются контроль полной демукозаци с целью предупреждения межфутлярных абсцессов, а также обязательное рассечение задней стенки мышечного цилиндра во избежание вторичных стенозов низведенной ободочной кишки. Васкуляризация мышечного цилиндра должна быть сохранена, при грамотном пересечении сигмовидной кишки и обеспечении венозного оттока. Теоретическими преимуществами методики Soave являются отсутствие повреждений нервов при диссекции прямой кишки. Нужно отметить, что, на наш взгляд, эти повреждения возможны и при избыточном давлении ранорасширителей. К тому же нельзя не отметить, что кишечный цилиндрический анастомоз после операции Soave требует более длительного времени заживления.

Вмешательство при операции Soave в модификации А.И.Ленюшкина осуществляют в два приема, причем первое вмешательство включает два этапа (брюшной и промежностный). Первый основной этап операции состоит в отделении серозно-мышечного слоя аганглионарной зоны от слизистой оболочки почти на всем протяжении (не доходя 2-3 см до внутреннего сфинктера). Толстую кишку эвагинируют через заднепроходное отверстие на промежность, проводя через мышечный цилиндр прямой кишки. Низведенную кишку резецируют, оставляя небольшой участок длиной 5-7 см свободно висющим. Избыточную часть кишки отсекают вторым этапом через 15-20 дней после наступления бесшовного анастомоза. Добавление Voleuk данной операции первичного анастомоза в 1 см от анального отверстия увеличило популярность этого вмешательства во всем мире.

В наших наблюдениях, все пациенты в зависимости от оперативного вмешательства были разделены на 2 группы (1 и 2). В группе 1 (контрольная) оперативные вмешательства выполнены с использованием операций Soave в модификации А.И.Ленюшкина у 44 (21,3%) больных. В группе 2 (основная) радикальные вмешательства выполнены с использованием операций Soave в модификации Voley у 162 (78,7%) больных.

Наиболее сложным моментом операции в модификациях Soave является демукозация дистального отдела толстой кишки, сопровождающиеся нередко кровопотерей. На этапе демукозации, мы проводили пережатия *a.rectalis superior* сосудистым зажимом оставленной без перевязки по ходу мобилизации и пересечение ветвей *a.colicasinistra*, что позволило улучшению обзора операционного поля, за счет уменьшения интраоперационной кровопотери, сокращение времени в моменте демукозации, тем самым, сокращая общую длительность операции.

Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения прослежены у 188 (из 1-ой группы – 42, из 2-ой группы – 146) пациентов с БГ, ранее разделенных на 2 группы в зависимости от типа проведенной операции. Углубленное обследование проводилось через 3 и 12 мес.

При обследовании через 3 мес. в группе 1 хороший результат отмечен у 20 (47,6%) больных, удовлетворительный – у 16 (38,1%), неудовлетворительный – у 6 (14,3%) детей. В группе 2 хороший результат был у 119 (81,5%), удовлетворительный – у 27 (18,5%) детей; неудовлетворительный результат отсутствовал.

При обследовании через 12 мес. в группе 1 хороший результат получен у 22 (52,4%), удовлетворительный – у 17 (40,5%), неудовлетворительный – у 3 (7,1%) детей. В группе 2 хороший результат был у 138 (94,5%) детей, удовлетворительный – у 8 (5,5%), неудовлетворительный результат отсутствовал. С течением времени наблюдается положительная динамика в обеих сравниваемых группах, но наилучший результат отмечен в группе 2.

Снижение сроков стационарного лечения, возраста больных, подвергшихся хирургической коррекции порока, стали возможны благодаря прогрессу реанимации и анестезиологии, а также внедрению хирургических инноваций и развитию техники. Вклад морфологов в конечный успех лечения крайне важен как до операции, так и в ходе нее.

**Заключение.** Таким образом, комплексное обследование детей с болезни Гиршпрунга в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде показало, что наиболее эффективным способом оперативного лечения является операция Soaveв модификации Voley. Также следует отметить следующие преимущества операции Soaveв модификации Болей: уменьшается нахождения больного на стационар минимум на 16-20 сут.; одноэтапное выполнение радикальной операции; отсутствуют специфические осложнения свойственные для операции Soaveв модификации А.И.Лёнюшкина (отпадает необходимость растяжении наружного сфинктера, отсутствует возможность ретракции и самоампутации низведенной культи толстой кишки).

### Список литературы:

1. Сварич В.Г., Киргизов И.В. Наш опыт лечения болезни Гиршпрунга у детей // Детская хирургия. – 2016. – Т. 20. – № 5. – С. 264–268. [Svarich VG, Kirgizov IV. Our experience with the treatment of Hirschsprung disease in children. *Pediatric surgery*. 2016;20(5): 264-268. (In Russ.)] <https://doi.org/10.18821/1560-9510-2016-20-5-264-268>.
2. Chia S.T., Chen S.C., Lu C.L., et al. Epidemiology of Hirschsprung's Disease in Taiwanese Children: A 13-year Nationwide Population-based Study. *PediatrNeonol*. 2016;57(3):201-206. <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2015.04.016>.
3. Lai FP, Lau ST, Wong JK, et al. Correction of Hirschsprung-Associated Mutations in Human Induced Pluripotent Stem Cells Via Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats/Cas9, Restores Neural Crest Cell Function. *Gastroenterology*. 2017;153(1):139-153 e138. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2017.03.014>.
4. Moore S.W. Genetic impact on the treatment & management of Hirschsprung disease. *J Pediatr Surg*. 2017;52(2):218-222. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2016.11.012>.
5. PiniPrato A., Rossi V., Mosconi M., Holm C., Lantieri F., Griseri P., Ceccherini I., Mavilio D., Jasoni V., Tuo G., Derchi M., Marasini M., Magnano G., Granata C., Ghiggeri G., Priolo E., Sposetti L., Porcu A., Buffa P., Mattioli G. Перспективное исследование связанных аномалий в болезни Гиршпрунга // *Orphanet. J. Rare Dis*. 2013. № 8. P. 184.
6. Robertson H.E., Kernohan J.W. Мышечно-кишечное сплетение в врожденном мегаколоне // *Proc. Mayo Clin*. 1938. Vol. 13. P. 123–125.
7. Swenson O., Rheinlander H.F., Diamond I. Болезнь Гиршпрунга; новая концепция этиологии; оперативные результаты у 34 пациентов // *New Engl. J. Med*. 1949. Vol. 241. P. 551–556.
8. Soave F. Новое хирургическое лечение болезни Гиршпрунга // *Хирургия*. 1964. Vol. 56. P. 1007–1014.

## АКТУАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ С АТИПИЧНОЙ ЭТИОЛОГИЕЙ У ДЕТЕЙ

Шавази Н.М., Ибрагимова М.Ф., Закирова Б.И., Лим М.В., Атаева М.С.  
Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение: Своевременная диагностика и лечебная тактика при пневмонии является одной из наиболее актуальных проблем современной педиатрии. Пневмония является наиболее распространенным заболеванием детского возраста, госпитализируемых в стационар [2,5]. Актуальность проблемы воспаления легочной ткани объясняется высоким уровнем заболеваемости, летальностью от пневмонии среди детей раннего возраста, а также высокой стоимостью лечения [4]. Среди основных причин неблагоприятного исхода пневмонии у детей является поздняя диагностика и неадекватная терапия. Говоря об оптимизации лечения, следует помнить, что подбор антибиотиков для лечения внебольничной пневмонии оптимален при расшифровке ее этиологии, однако экспресс-методы оказываются не всегда надежными и доступными. [3,6]. Основными возбудителями, вызывающие атипичные течения пневмоний, — 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. Клиника пневмонии, вызванной атипичными патогенами проявляется острым началом, реже постепенным. Заболевание проявляется повышением температуры до фебрильных и субфебрильных цифр, кашля, продукции мокроты, общеинтоксикационный синдром, основными симптомами которого являются общая слабость, адинамия, головные боли, миалгии, снижение аппетита, тошнота, потливость. У некоторых больных отмечаются озноб, гипергидроз, дискомфорт и болезненность в грудной клетке (плевральная боль), одышка. К более редким симптомам можно отнести головную боль, слабость, мышечные боли, артралгии, синкопальные состояния, диарею, тошноту, рвоту. Перкуторно – укорочение перкуторного звука, появление бронхиального дыхания, усиление голосового дрожания. Крепитация является характерным феноменом, хотя наиболее часто при аускультации выявляются локальные мелкопузырчатые хрипы. Отмечается также повышение концентрации сывороточных цитокинов – ИЛ-1, ИЛ-4, ИЛ-6. От их уровня зависит степень выраженности воспаления. Они определяют выработку белков острой фазы – С-реактивного белка, фибриногена, уровня лейкоцитоза и СОЭ. Все эти иммунологические показатели являются патогенетически значимыми при пневмонии, определяющими тяжелое течение заболевания и более высокую летальность. Особенностью патогенеза атипичных пневмоний является внутриклеточное расположение возбудителя, что предполагает применение антибиотиков, которые легко проникают внутрь клетки и создают там высокие бактерицидные концентрации. [3,8]. В первую очередь это макролиды, фторхинолоны, тетрациклины. Основу терапии составляют бета-лактамы и макролиды. При неосложненной внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях антибиотикотерапию у детей следует проводить пероральными препаратами. [1,9,10]. Одним из таких препаратов является Кларитромицин. Предпосылками для применения Кларитромицина при пневмониях являются - спектр антимикробной активности, включающий почти всех возбудителей внебольничной пневмонии, в том числе атипичных; создание высоких концентраций в легочной ткани; хорошая переносимость; удобство применения. Всасывание Кларитромицина происходит быстро, максимальная концентрация в плазме крови достигается через 2–4 ч. Он легко проникает в ткани и биологические жидкости. В высоких концентрациях Кларитромицин выявляют в лёгких, бронхиальном секрете, альвеолярной жидкости. Через 24–96 ч после приёма Кларитромицина его концентрация в слизистой оболочке бронхов в 200 раз, а в бронхиальном секрете — в 80 раз превышает таковую в сыворотке крови. Концентрация Кларитромицина в легочной ткани, значительно превышала его концентрацию в плазме крови. [6]. Сохранение высокой концентрации препарата в жидкости, выстилающей эпителий, и альвеолярных макрофагах в течение длительного времени подтверждает возможность его применения в лечении инфекций респираторного тракта. Антимикробные препараты группы макролидов используются в клинической практике более 50 лет и за это время зарекомендовали себя как высокоэффективные и наиболее безопасные антибиотики.

Цель работы: Установить основные методы диагностики и изучить эффективность

применения антибактериального препарата Кларитромицин при пневмониях с атипичной этиологией у детей.

**Материалы и методы исследования.** В зависимости от назначенной терапии 68 пациентов в возрасте от 3 до 15 лет были разделены на 2 группы, которые находились на стационарном лечении в Самаркандском Филиале республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, в отделениях педиатрии №1,2. В основную группу включены 34 детей, у которых терапия пневмонии сопровождалась назначением Кларитромицина в возрастной дозировке. В контрольную группу вошли 34 больных, получавшие антибактериальный препарат Амоксициллин. Для уточнения атипичной флоры внебольничной пневмонии применяли методы ПЦР, который позволяет выявлять и идентифицировать бактерий без выделения чистых культур. Этот метод характеризуется высокой диагностической точностью для выявления атипичных бактерий. Для анализа выделяли мазки со слизистых оболочек, мокроту, кровь. Исследование мокроты более предпочтителен — положительный результат ПЦР на один из атипичных возбудителей позволяет считать этиологию установленной. Одновременное определение микоплазменной и хламидийной инфекции на основании выявления антител класса IgM (методом ИФА) и положительного результата ПЦР повышает надежность диагностики атипичных возбудителей инфекций и позволяют более точно определить возбудителя в случае серопозитивных вариантов одновременно на *M.pneumoniae* и *S.pneumoniae*. Кларитромицин назначался детям 7.5 мг/кг 2 раза в сутки, продолжительность курса лечения составляло 7-10 дней. Оценка эффективности терапии проводилась на основании изучения динамики общего состояния ребёнка, клинических симптомов, таких как кашель, одышка, физикальных изменений в легких, рентгенологических данных.

**Результаты работы:** После проведенного исследования были проанализированы и сопоставлены основные показатели больных сравниваемых групп при поступлении в стационар. Анализ показал, что отобранные в основную и контрольную группу пациенты были сравнимы по половым, возрастным показателям.

Среди больных преобладал мужской пол в обеих группах; больше болели пневмонией дети в возрасте от 3 до 5 лет.

Пневмония у 65% больных развивалась на 4, 1-1, 1 день от начала симптомов ОРИ. Результаты проведенных исследований до лечения показали, что у 26 (76.5%) больных 1-й группы и у 24 (70.5%) больных второй группы наблюдались гипертермия, признаки интоксикации. У 31 (91.1%) и у 29 (85.2%) больных 1-й и 2-й групп наблюдался кашель. У 6 (17.6%) и у 8 (23.5%) больных наблюдалась одышка. У 5% больных 1-й и 3% больных 2-й группы мышечные боли.

На 3-4 день от начала лечения заболевания у 28 (82.3%) детей 1-й группы и у 22 (64.7%) – 2-й группы отмечалась положительная клиническая динамика болезни: уменьшились проявления интоксикации, температура тела снизилась. У 26 (76.4%) детей 1-й группы и у 20 (58.8%) – 2-й группы уменьшился кашель, повысился аппетит, - антибиотикотерапия была продолжена.

К 5-6 дню лечения у 31 (91.2%) детей 1-й группы и у 27 (79.4%) – 2-й группы отмечалось исчезновение кашля, одышки, хрипов в легких. На 10 день лечения отмечалась положительная динамика гематологических показателей.

На 10-12 день терапии при рентгенологическом исследовании органов грудной клетки показало полное исчезновение очага пневмонической инфильтрации легких у 30 (88.2%) больных детей 1-й группы и у 26 (76.5%) – 2-й группы.

Физикальные изменения в легких, при сравнительном анализе не показали столь значимых достоверных различий, лишь в среднем на 0,3 суток быстрее нормализовались у пациентов получавших I группы в сравнении со стандартной терапией. В конечном итоге применение препаратов приводило к достоверному снижению длительности стационарного лечения, так пациенты I группы находились в клинике в среднем 1,1 койко-дня меньше в сравнении с пациентами II группы.

Как видно по результатам обследования и лечения внебольничных пневмоний с атипичной этиологией у детей применение антибактериального препарата Кларитромицин сопровождалось быстрой положительной динамикой; признаки интоксикации купировались на 3 сутки, кашель и одышка купировались в среднем на  $5,5 \pm 0,3$  сутки, перкуторные изменения в легких нормализовались на  $5,6 \pm 0,3$  сутки, рентгенологическая динамика наблюдалась на 10-12 сутки. Дети хорошо переносили комбинированное лечение, никаких побочных реакций не отмечалось.

Выводы. Таким образом применение антибактериального препарата Кларитромицин является эффективным при лечении внебольничных пневмоний с атипичной этиологией у детей. Удобство в применении, наличие питьевой формы препарата, высокая эффективность, отсутствие выраженных нежелательных явлений позволяют рекомендовать данное лечение для широкого применения его в педиатрии. Исходя из вышеизложенного использование Кларитромицина может быть рекомендован для лечения больных внебольничной пневмонией с атипичной этиологией.

#### Список литературы:

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. Куличенко Т.В. Респираторная синцитиальная вирусная инфекция у детей: новые исследования Педиатрическая фармакология. №6.2009.с70-76.
5. Майданник В.Г., Митин Ю.В. Диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний органов дыхания у детей. К.: ИЦ МедпромИнфо, 2006. 288 с.
6. Синопальников А.И., Андреева И.В., Стецюк О.У. Безопасность макролидных антибиотиков: критический анализ. Клиническая медицина. 2012.3:23-30.
7. Таточенко В. К. Болезни органов дыхания у детей. Практическое руководство. Под ред. В. К. Таточенко. М.: Педиатр. 2012. 480 с.
8. 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.
9. Шавази Н.М., Ибрагимова М.Ф., Лим М.В., Кадирова Ш., Карджавова Г.А. Применение препарата Макропен при внебольничных пневмониях у детей. Вопросы науки и образования. №36 (120),2020. С 19-22.
10. 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.

## КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОЗОНА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

Шамсиев А.М., Юсупов Ш.А., Шамсиев Ж.А., Атакулов Ж.О.  
Кафедра детской хирургии №1 Самаркандского  
государственного медицинского института  
Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Операции по поводу острого аппендицита занимают ведущее место в структуре экстренных абдоминальных хирургических вмешательств, выполняемых у детей, и составляют 70 % [2; 10]. Несмотря на достижения в диагностике острого аппендицита частота его деструктивных форм колеблется от 20 до 74 %. При остром аппендиците перитонит у детей развивается в 8 раз чаще, чем у взрослых, а его генерализованные формы развиваются в 2 раза чаще, чем местные [3; 8].

Число послеоперационных осложнений при распространенных формах аппендикулярного перитонита у детей сохраняется на уровне 30-45%, а летальность достигает до 20-30% [4; 6].

Несмотря на внедрение в клиническую практику новейших хирургических технологий, разработку новых антибактериальных препаратов распространенный аппендикулярный перитонит у детей остается одной из самых актуальных проблем хирургии детского возраста [5]. В последние годы в медицинской литературе все чаще стали появляться сообщения об успешном применении озона в клинической практике у различных групп больных хирургического и общетерапевтического профиля [7; 9].

Цель исследования: Изучить в эксперименте патоморфологические особенности брюшины при перитоните, а также влияние озона на течение и результаты хирургического лечения аппендикулярного перитонита у детей.

Материалы и методы исследования. Для моделирования экспериментального перитонита использовалась методика Байбекова И.М. и Хорошаева В.А. (1990) [1]. Экспериментальные исследования проведены на 41 белой крысе породы Вистар, массой 140-160 г. Животные были разделены на 2 группы. 23 крысам первой группы производилась только лишь (контрольной) осушение брюшной полости от гноя стерильными салфетками.

Животным второй группы (основной, n=18), после осушения брюшной полости от гноя производили озонирование брюшной полости с концентрацией озона 5-8 мг/л в течение 5 минут аппаратом ОТРИ-01 (Россия), затем оставляли дренажную трубку и ушивали лапаротомную рану. Конец дренажной трубки фиксировали так же как в контрольной группе. На 2-3 сутки после операции животным основной озонирование осуществляли через дренажную трубку.

На 3, 7 и 14 сутки после операции животных обеих групп выводили из эксперимента.

Светооптическому и электронно-микроскопическому исследованию подвергались образцы брыжейки, париетальной брюшины в её диафрагмальной части и стенки кишок в зоне образования спаек.

Под нашим наблюдением на базе 2-й клиники Самаркандского государственного медицинского института на обследовании и лечении находились 402 ребенка с распространенным аппендикулярным перитонитом (РАП). Основную группу – составили 264 (65,7%) ребенка. Группу сравнения были включены 138 (34,3%) детей, которые были оперированы и получали лечение согласно традиционным общепринятым подходам (без озонотерапии). 264 больным, составляющие основную группу в комплекс хирургического лечения, была включена озонотерапия. Распределение больных по группам, возрасту, полу и распространенности аппендикулярного перитонита показаны на слайде.

В основной группе больных с РАП были существенно изменены подходы к ведению этой категории пациентов на всех трех этапов (до-, интра- и послеоперационном), одним из компонентов которых явилось применение озонотерапии.

Результаты исследования и их обсуждение. При светооптическом и электронно-микроскопическом исследовании выявлено, что характерной морфологической особенностью брюшины при перитоните была выраженная десквамация мезотелиоцитов, приводящая к существенным нарушениям барьерно-резорбционной функции брюшины, слипанию листков брюшины и стенок петель кишечника, а также образованию спаек. После озонотерапии морфологическая картина характеризовалась снижением синтетической активности фибробластов, что свидетельствует об уменьшении интенсивности процессов воспаления и спайкообразования.

Результаты проведенных экспериментальных исследований влияния озонотерапии на течение перитонита стали обоснованием для применения ее в клинической практике. Из 402



детей с распространенным аппендикулярным перитонитом 264 (65,7%) больных составили основную группу, в которой были существенно изменены подходы к ведению этой категории пациентов на всех трех этапов (до-, интра- и послеоперационном), одним из компонентов которых явилось применение в комплексе хирургического лечения озонотерапии.

Данной группе больных, кроме интраоперационного озонирования брюшной полости, проводили послеоперационную озонотерапию озono-кислородной газовой смесью через установленный интраабдоминальный микродренаж. Озонотерапия брюшной полости осуществлялась путем обдувания ее озono-кислородной смесью с концентрацией озона 5-8 мг/л/мин аппаратом ОТРИ-01 (Россия) в течение трех дней. Озонированные растворы для внутривенного введения получали барботированием озono-кислородной смесью физиологического раствора из расчета 5-8 мг/л/мин газовой смеси на 100 мл раствора в течение 10 минут. Аналогичными растворами проводилось промывание просвета тонкой кишки через аппендикоскопию в послеоперационном периоде.

Проводимая озонотерапия показала высокую эффективность не только в элиминации существующей, но и в профилактике ре- и суперинфекции синегнойной палочки - ни в одном наблюдении в основной группе мы не выявили наличие синегнойной палочки в отделяемом из нагноившихся ран и экссудата из брюшной полости (табл.1).

Таблица 1

### Характер микрофлоры в отделяемом из нагноившихся ран и экссудата из брюшной полости при РАП у детей до и после лечения

Микроорганизмы	Этапы лечения	Группа сравнения (n=138)		Основная группа (n=264)		$\chi^2$	P
		абс.	%	абс.	%		
Аэробы грамотрицательные							
Escherichia coli	До	130	94,2	201	76,1	20,34	<0,001
	После	22	15,9	18	6,8	8,42	<0,01
Pseudomonas aeruginosa	До	1	0,7	3	1,1	0,16	>0,05
	После	23	16,7	0	0	46,67	<0,001
Proteus	До	2	1,4	6	2,3	0,32	>0,05
	После	0	0	0	0	-	-
Klebsiella	До	0	0	3	1,1	1,58	<0,001
	После	0	0	0	0	-	-
Enterobacter	До	2	1,4	4	1,5	0,00	>0,05
	после	0	0	0	0	-	-
Аэробы грамположительные							
Staphylococcus	До	38	27,5	64	24,2	117,18	<0,001
	После	3	2,2	5	1,9	199,91	<0,001
Str. enterococcus	До	25	18,1	43	16,3	2,85	<0,001
	после	1	0,7	2	0,8	250,87	<0,001
Анаэробы грамотрицательные							
Bacteroides	До	36	26,1	63	23,9	17,14	<0,001
	После	3	2,2	7	2,7	36,88	<0,001
Fusobacterium	До	2	1,4	6	2,3	2,42	>0,05
	после	0	0	0	0	-	-
Специфическая микрофлора							
Str. pyogenes	До	15	10,9	27	10,2	12,55	<0,001
	После	1	0,7	2	0,8	20,92	<0,001
Mycobacterium tuberculosis	До	0	0	2	0,8	0,19	>0,05
	После	0	0	0	0	-	-
Роста нет	До	13	9,4	21	8,0	0,25	>0,05
	После	0	0	0	0	-	-
Ассоциации	До	26	18,8	44	16,7	0,30	>0,05
	После	0	0	0	0	-	-

Доказательством ликвидации синдрома эндогенной интоксикации и системного воспаления у детей основной группы явилась положительная динамика биохимических показателей. Уровень провоспалительных цитокинов был достоверно ниже у детей основной группы относительно группы сравнения, что указывает на восстановление адекватной иммунорегуляции. Концентрация МДА, СМП, ИЛ-1бета снизилась до уровня контроля, чего не отмечалось у детей группы сравнения (табл.2).

**Таблица 2**

**Параметры провоспалительных цитокинов до и после лечения при РАП у детей**

Показатель	Контрольная группа, n=40	Параметры до лечения		Параметры после лечения	
		Диффузный перитонит, n=64	Разлитой перитонит, n=70	Основная группа, n=78	Группа сравнения, n=56
МДА, нмоль/л	7,1±	12,8±	13,6±	8,1±0,2	11,1±0,5
СМП, УЕ	0,250±	0,501±	0,581±	0,261±0,030	0,401±0,019
СОД, Е/мг белка	4,20±0,04	0,71±0,05	0,68±0,01	1,11±0,04	0,83±0,04
КТ, мкат/л	23,5±1,6	12,9±0,7	13,9±0,2	26,8±0,16	17,2±0,8*
IL-1β пкг/мл	18,7±	46,2±0,95	45,8±1,1	21,6±	28,60,4
TNF-α	9,4±0,3	34,1±0,6	35,1±0,8	16,6 0,3	30,3±

Усовершенствование тактики ведения детей с РАП способствовало снижению частоты как специфических, так и общих послеоперационных осложнений. Так, в основной группе пациентов достоверно реже наблюдали нагноение послеоперационной раны (37,5 против 49,3%) и эвентрации (2,3 против 9,4%).

Наряду с этим у детей основной группы отмечалось значимое уменьшение случаев продолжающегося перитонита на 4,6% (с 8,0 до 3,4%) и ранней спаечной кишечной непроходимости на 4,9% (с 7,2 до 2,3%). Кроме того, в этой группе больных отмечалось более чем двукратное снижение частоты абсцессов брюшной полости (с 11,6 до 5,3%).

Существенное снижение частоты эвентрации и внутрибрюшных осложнений, отразилось на выполнении релапаротомий, так в группе сравнения они были проведены у 37,0% больных, а в основной группе в 16,3%.

Выводы: Таким образом, применение озона в комплексном лечении распространенного аппендикулярного перитонита у детей позволило в более ранние сроки улучшить клиническое состояние больного, предупредить тяжелые внутрибрюшные осложнения и, тем самым, значительно сократить сроки выздоровления.

### Список литературы

1. Байбеков И. М. Спайки брюшины и возможные механизмы их образования // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 1996. - №11. – С. 589-593. (16)
2. Разумовский А.Ю., Дронов А.Ф., Смирнов А.Н., Голованев М.А. Острый аппендицит у детей. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии, 2013; 3(4): 125-132. (177)
3. Соловьева Е.Р., Васильева М.Ф., Карасева О.В., Васильева И.В. Методика ДМВ-терапии в комплексном лечении деструктивного аппендицита и его осложнений у детей в послеоперационном периоде // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2015. Т. 14. № 3. С. 23-27.
4. Юсупов, Ш. А., Шамсиев, А. М., Атакулов, Ж. О., & Джалолов, Д. А. (2019). Оценка интенсивности синдрома эндогенной интоксикации у детей с распространенным аппендикулярным перитонитом. Медицинский альманах, (5-6 (61)).
5. Шамсиев, А. М., Юсупов, Ш. А., Ахмедов, Ю. М., Ахмедов, И. Ю., & Шамсиев, Ш. Ж. (2020). Спектр микрофлоры при распространенном аппендикулярном перитоните у детей. Детская хирургия, 24(S1), 94-94.
6. Шамсиев, А. М., Юсупов, Ш. А., Разин, М. П., & Шамсиев, Ж. А. (2020). Распространенный аппендикулярный перитонит у детей.
7. Щитинин В. Е. Хирургическая тактика при аппендикулярном перитоните у детей // Детская хирургия. – 2004. - №2. – С. 19-22. (265)
8. Bahodirovich, A. B., Batirovich, K. A., Abduvokhidovich, D. D., & Shavkatovna, Y. S. (2018). Approaches to intestinal decompression during different appendicular peritonitis in children. Достижения науки и образования, (18 (40)).
9. Bodnar V.M., Unguryan A.M., Sidorchuk I.Y., Bodnar O.B. Characteristics of abdominal microflora, ozonated physiological saline solution in children patients with peritonitis after appendicitis // Украинский журнал хирургии. 2013. № 1 (20). С. 101-106.
10. World Health Organization. Global hepatitis report. 2017. <http://www.who.int/hepatitis/publications/global-hepatitis-report-2017/en>.

## ОЦЕНКА МЕТОДОВ ЭКСТРОКОРПОРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ У ДЕТЕЙ С ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Шарипов И.Л., Жониев С.Ш. Акрамов Б.Р.

Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Введение. Несмотря на совершенствование методов лечения острой почечной недостаточности (ОПН), полученные результаты остаются во многом дискуссионными и требуют оптимального решения. Скудность сведений о комплексном использовании методов экстракорпоральной детоксикации (ЭКД) в детском возрасте при ОПН, является направительной для изучения патологии в целом и приоритетной в плане снижения летальности. Основное место среди патологических звеньев почечной недостаточности (ПН) занимают изменения в системе детоксикации и гемодинамики, формирующиеся под влиянием токсического агента (мочевина, креатинин), что во многом определяет характер течения и исход заболевания. До настоящего времени не решен вопрос об эффективном использовании разнообразных методов ЭКД в зависимости от формы и стадии ПН. Остается проблематичной методика индивидуализации показаний к комплексному использованию этих методов у детей.

Целью исследования явилось изучение влияния сочетанного использования метода гемодиализа (ГД), гемосорбции (ГС) и обменного плазмофереза (ПФ) на гемодинамику и эффективное снижение интоксикации у детей с ОПН.

Материалы и методы исследования: Исследования проведены у 63 детей (2-14 лет) с ОПН, развившейся вследствие преренальных (гиповолемия, септический шок) и ренальных (острый гломерулонефрит, пиелонефрит) факторов. В зависимости от разработанных методов детоксикации пациенты были разделены на контрольную группу (5), которым проводился только метод ГД и основную группу (58), с применением методов гравитационной хирургии: ГС, ГД, ПФ. Введение данных методов ЭКД вызвано было выраженностью интоксикационного синдрома, развивающейся полиорганной недостаточностью (ПОН). Вследствие этого пациенты основной группы были подразделены на 3 подгруппы, в зависимости от тяжести общего состояния и применяемого метода ЭКД: 1 – подгруппа (7) – с применением методов ГД и ГС; 2 подгруппа (25) – с применением ГД и ПФ; 3 подгруппа (27) – с применением ГД, ГС и ПФ.

Изучали показатели центральной гемодинамики на аппарате Аюса (Япония) с определением диастолического (АДд), систолического (АДс) давлений, частоты сердечных сокращений (ЧСС); уровень мочевины (Ur) и креатинина (Cr) в крови и моче уреазным методом с использованием реактивов фирмы La-Chema (Чехия); уровень калия и натрия определяли на аппарате «Микролит» (Венгрия) с использованием реактивов фирмы La-Chema (Чехия); по уровню креатина в крови и моче (проба Реберга) рассчитывали изменения уровня клубочковой фильтрации (КФ) и канальцевой реабсорбции (КР); ультразвуковое исследование (УЗИ) почек осуществляли на аппарате «Acuson-128 XP/10» (США), датчиком 3,5 МГц; метод эхокардиографии (ЭхоКГ) проводился стандартно на аппарате «ЕУ – 405» фирмы Chitachi (Япония) с использованием конвексного датчика частотой 3,5 МГц; центральное венозное давление (ЦВД) измерялось методом Вальдмана.

Результаты и обсуждения: Общеклиническая картина у всех пациентов при поступлении отмечалась выраженностью интоксикационного синдрома, проявлениями дыхательной, сердечно-сосудистой недостаточностью, в 84,2% случаях спутанностью сознания, в 72% - анемическим синдромом, в 78% - гипопроотеинемией, в 93% - анурией. В 63 случаях методы комплексного лечения детям проводились однократно, в зависимости от тяжести состояния, степени выраженности интоксикационного синдрома и уровня органических изменений.

Основной причиной развития ОПН у детей служила генерализация инфекции при бронхолегочных заболеваниях с развитием острого пиелонефрита (22,2%), острого гломерулонефрита (63,49%). Запоздалое лечение, скрытость клинической картины, отсутствие явных признаков поражения почек, ятрогенные ситуации, послужили поводом к развитию ОПН. Проводимые исследования определили изменения основных параметров центральной гемодинамики у детей с ОПН (табл.1) до ЭКД, сопровождающиеся сниженными результатами ЧСС на 8,2% в 1 подгруппе основной группы, на 0,37% - во 2 подгруппе, на 0,92% - в 3 подгруппе, относительно аналогичных значений в контрольной группе. Вместе с тем, средний показатель АДс в 1 подгруппе был снижен на 0,27%, во 2 подгруппе – на 1,46%, в 3 подгруппе – на 14,94% относительно данных в контрольной группе. Уровень АДд в 1

подгруппе равнялся аналогичному в контрольной, во 2 подгруппе отмечен снижением на 2,7%, в 3 подгруппе – на 16,1% относительно показателя в контрольной группе. Уточнение изменений ЦВД при поступлении у пациентов с ОПН установило, что в 1 подгруппе пациентов при ОПН данный показатель был незначительно повышен (на 0,9%), во 2 подгруппе – снижен на 1,8% , в 3 подгруппе – на 0,45%, относительно аналогичного показателя в контрольной группе. Выясняя изменения, связанные с регуляцией водно-электролитного обмена, можно отметить, что у пациентов с ОПН до осуществления ЭКД уровень натрия в 1 подгруппе основной группы был снижен на 8,3%, во 2 подгруппе – на 3,6%, в 3 подгруппе – на 10,2%, относительно аналогичного показателя в контрольной группе. В то же самое время, уровень калия определялся повышением 44,6% в 1 подгруппе, на 86,6% - во второй подгруппе, на 131,1% - в 3 подгруппе, относительно аналогичному показателю в контрольной группе. Таким образом, было выяснено, что электролитный обмен у пациентов с ОПН при обращении был значительно нарушен и в большей степени за счет повышения калия, что предопределяло состояние пациентов.

Несомненно, что изменение метаболизма не могло не повлиять на функциональное состояние почек у пациентов с ОПН, что отражалось снижением показателя КФ на 6,4% в 1 подгруппе, на 22,3% - во 2 подгруппе, на 38,6% - в 3 подгруппе, относительно данному показателю в контрольной группе. Неразрывно связанный с указанным показателем результат КР у пациентов 1 подгруппы основной группы характеризовался повышенным значением на 1,87%, во 2 подгруппе - 17,9%, в 3 подгруппе – на 28,8%, от такого же показателя в контрольной группе. Полученные результаты свидетельствуют о значительном ухудшении функции почек у детей с ОПН, более разительные в основной группе. Получены значительные изменения ЧСС в постсорбционном периоде у пациентов контрольной группы, отмеченные снижением на 10,22%; в 1 подгруппе - на 3,02%, во 2 подгруппе – на 13,6%, в 3 подгруппе – на 9,7%. Одновременно с этим выявлено снижение данного показателя в 1 подгруппе на 0,92% , во 2 подгруппе – на 4,2%, в 3 подгруппе – на 0,36% относительно аналогичного показателя в контрольной группе. Результативность АДс после проведенного лечения у пациентов с ОПН, также отмечена положительным уменьшением, когда в контрольной группе снижение достигнуто на 9,2%, в 1 подгруппе – на 15,4%, во 2 подгруппе – на 14,5%, в 3 подгруппе – на 6,30%. Относительно данных результатов в контрольной группе, в 1 подгруппе основной группы определено снижение АДс на 7,07%, во 2 подгруппе – на 7,30%, в 3 подгруппе – на 12,2%. Относительная стабилизация АДд в постсорбционном периоде у детей с ОПН определялась уменьшением на 14,9% в контрольной группе, на 20% - в 1 подгруппе, на 16,23% - во 2 подгруппе, на 10,8% в 3 подгруппе, относительно исходных значений. Анализ проведенных исследований показал эффективность ЭКД, когда в 1 подгруппе уровень АДд был снижен на 5,9%, во 2 подгруппе – на 4,2%, на 12,1%, относительно аналогичных данных в контрольной группе. Изменения ЦВД также носили определенный характер, отмеченный снижением показателя в постсорбционном периоде у пациентов с ОПН. В контрольной группе после проведенной терапии отмечено уменьшение ЦВД на 10,45%, в 1 подгруппе – на 17,9%, во 2 подгруппе – на 25,7%, в 3 подгруппе - на 34,5%. Анализ сопоставимости полученных результатов выявил, что в 1 подгруппе пациентов основной группы, уменьшение ЦВД составило на 7,6%, во 2 подгруппе – на 18,5%, в 3 подгруппе – на 25,9%, от аналогичного результата в контрольной группе.

Анализ результативности ЭКД показал, что в постсорбционном периоде у пациентов с ОПН значительно снижается интоксикационный синдром, обусловленный накоплением токсических продуктов в циркулирующей крови. Так уровень мочевины в контрольной группе пациентов с ОПН снизился после проведения ЭКД на 24,9%, в 1 подгруппе – на 58,4%, во 2 подгруппе – на 67,7%, в 3 подгруппе – на 58,8%. При сопоставлении эффективности ЭКД в исследуемых группах было выяснено, что уровень мочевины в 1 подгруппе основной группы пациентов с ОПН был снижен на 41,5%, во 2 подгруппе – на 21,4%, в 3 подгруппе – на 6,07%, относительно аналогичных результатов в контрольной группе. Достаточно важным обстоятельством было снижение уровня калия после применения методик ЭКД у детей с ОПН. Так, в контрольной группе снижение данного электролита составило 26,6%, в 1 подгруппе – 18,18%, во 2 подгруппе – на 69,4%, в 3 подгруппе – на 72,1% относительно исходных результатов. Но вместе с тем снижение также достигнуто в 1 подгруппе на 18,18%, во 2 подгруппе – на 21,21%, в 3 подгруппе – на 12,12% относительно контрольных значений данного электролита. Следовательно, сочетанное применение методик ЭКД определяется эффективным устранением интоксикационного синдрома с достаточно эффективным устранением из тока

крови токсических метаболитов. Рассматривая влияние методов ЭКД на восстановление функциональных расстройств почек, можно отметить, что в постсорбционном периоде уровень КФ значительно восстанавливается. Так в контрольной группе КФ повышается после сеанса ЭКД на 40,57%, в 1 подгруппе – на 58,34%, во 2 подгруппе – на 73,6%, в 3 подгруппе – на 87,13% от исходных значений. При сопоставлении эффективности ЭКД было отмечено, что относительно данных в контрольной группе у пациентов 1 подгруппы основной группы с ОПН уровень КФ снижен был на 5,3%, во 2 подгруппе – на 4,12%, на 18,32% - в 3 подгруппе.

Отличительными были показатели КР в постсорбционном периоде, когда в контрольной группе уровень восстановления данного показателя составил 103,7%, в 1 подгруппе - 131,23%, во 2 подгруппе – 88,2%, в 3 подгруппе – 58,1% относительно исходных значений. При выяснении эффективности методик ЭКД было установлено, что в 1 подгруппе повышение уровня КР составил 15,6%, во 2 подгруппе – 8,32%, в 3 подгруппе – было равноценным в сравнении значений аналогичного показателя в контрольной группе.

На основании полученных результатов можно констатировать, что сочетанные методы ЭКД определенно эффективнее только сеансов ГД у пациентов с ОПН.

**Заключение:** Влияние сорбционных методов детоксикации у пациентов с ОПН имеет значительное преимущество перед сеансами моногемодиализа. Корректирующее влияние комплексной терапии сказывается на восстановлении органных функций, снижении интоксикационного синдрома, улучшении клинического состояния пациентов. Несомненно, что методы ЭКД имеют определенную направленность и применение их возможно у детей с некорректируемыми состояниями только сеансами гемодиализа. Разработанные методики показали существенные положительные сдвиги на уровне метаболического обмена, снижении интоксикации за счет прогрессивного удаления продуктов остаточного обмена, калия, и других метаболитов. Принимая во внимание влияние на организм каждой методики ЭКД, реализуя их возможности, было обращено внимание на эффективность методик в группе наиболее тяжелых пациентов с ОПН. Таким образом, сочетанные методы ЭКД являются неотъемлемой частью комплексной терапии пациентов с ОПН и могут быть рекомендованы для лечения данной категории больных.

#### **Список литературы:**

1. Bhaskaran M., Radhakrishnan N., Patni H. SA Dialysis Membrane-Induced Oxidative Stress: Role of Heme Oxygenase-1. // *Nephron Exp Nephrol* .2007. -Vol. 105.-e. 24.-e.32.
2. Brophy P.D. Renal supportive therapy for pediatric acute kidney injury in the setting of multiorgan dysfunction syndrome /sepsis. *Semin Nephrol*, 2008. –Vol. 28 (5).-P.457-69.
3. Borrego Utiel F.J, Segura Torres P., Barrio M.P. How do disorders related to hospitalisation influence haemodialysis patients' nutrition.// *Nefrologia*, 2011. -Vol. 31(4). -P. 471-83.
3. Gülperi Ç., Silinou E., Cyril V.V., Guillaume J. Plasma BNP, a useful marker of fluid overload in hospitalized hemodialysis patients.//*Hemodialysis International* 2012.-Vol. 16, -P. 47–52.
4. Kawasaki Y., Suzuki J., Murai M., Takahashi A., Isome M., Nozawa R., Suzuki S., Suzuki H. Plasmapheresis therapy for rapidly progressive Henoch-Schönlein nephritis.// *Pediatr Nephrol*, 2004. –Vol.19 (8). -P. 920-3.
5. Kimmel PL, Patel SS. Quality of life in patients with chronic kidney disease: focus on end-stage renal disease treated with hemodialysis. // *Semin Nephrol*, 2006. –Vol. 26(1).-P.68-79.
6. Mesic E., Andreas B., Lajos M. Dialysate saving by automated control of flow rates: Comparison between individualized online hemodiafiltration and standard Hemodialysis. // *Hemodialysis International*. 2011.-Vol.5, - P. 522–529.
7. Robert M., Black M.D. Hemodialysis.// *Clinical Problems in Nephrology*.-New York, 2004.–Vol.55. – P. 527-537.
8. Swarnalatha G., Ram Rr, Prasad N., Venkata K. End-stage renal disease patients on hemodialysis: A study from a tertiary care center in a developing country. //*Hemodialysis International* . 2011.-Vol.15, - P. 312–319.
10. Chung Sungjin, Ho Cheol Song, Seok Joon Shin. Relationship between erythropoietin resistance index and left ventricular mass and function and cardiovascular events in patients on chronic Hemodialysis.// *Hemodialysis International*, 2011.-Vol. 16, -P. 181–187.

**ТЕРАПИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**Шарипов Р.Х., Расулова Н.А., Ирбутаева Л.Т.**  
Самаркандский государственный  
медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

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

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

Материалы и методы. Для достижения указанной цели был проведен анализ клинических данных у 48 больных. Дети были разделены на 2 группы в соответствии с применением небутамола 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 небутамола и эуфиллина.

Результаты и обсуждение. Общее состояние наблюдаемых больных было средне - 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 небутамол 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 небутамола 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 небутамол, 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 небутамола полное снятие бронхообструктивного синдрома отмечалось у 91% больных. Кашель с выделением мокроты у больных, получавших небутамол, 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 небутамола 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 желателно 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:

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., Болычевцева 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

## ЭНДОВИЗУАЛЬНЫЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТАХ ЛЕГКОГО И ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Элмуратов Ш.Х., Абдусаматов Б.З., Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш., Азизов Ш.Ф.

Республиканский научно-практический центр малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста. Ташкент. Узбекистан.

**Введение.** Публикуемые научные работы в периодической медицинской печати за последние десятилетия по эхинококкозам, свидетельствуют о том, что интерес к этой проблеме не угасает, а напротив принимает статус одной из актуальных проблем, как в детской, так и общей хирургии [3,4].

В последнее десятилетие отмечаются рост заболеваемости эхинококкозом, расширение географических границ болезни. Сложившаяся тенденция обусловлена рядом факторов, к которым, прежде всего, следует отнести увеличившуюся миграцию населения, ухудшение санитарно-эпидемиологической ситуации, в первую очередь в регионах, эндемичных по эхинококкозу [1,5].

Особенно сложным в лечебной тактике и прогностическом отношении является сочетанный эхинококкоз легких и печени [1,2,4,5]. Вопрос о том, когда, на каком органе, с какой последовательностью и с каким интервалом между операциями проводить хирургическое лечение больных сочетанным эхинококкозом легких и печени, остается открытым до настоящего времени [1,3].

На современном этапе развития медицины новые технологии в хирургии способствовали относительно широкому использованию лапаро – и торакоскопических методов удаления эхинококковых кист (ЭК) печени и легкого малых и средних диаметров.

Сразработкой новых видеотехнических инструментов возможности эндовидеохирургических операций с каждым годом расширяются.

**Цель исследования:** - улучшить результаты хирургического лечения больных с сочетанным эхинококкозом легких и печени путем применения эндовизуальных технологий.

**Материал и методы исследования.** В РНПЦМиЭХДВ в период с 2007 по 2021 гг. с диагнозом «сочетанный эхинококкоз легкого и печени» наблюдалось – 33 детей в возрасте от 3 до 18 лет.

Всем пациентам проводилась обзорная рентгенография грудной клетки, УЗИ органов грудной, брюшной полости и забрюшинного пространства, в сомнительных случаях в постановке диагноза, определении локализации, объема кисты проводилась компьютерная томография.

Основное количество детей с эхинококкозом легких оказалось в возрасте от 11 до 18 лет (45,5%-15). Мальчиков было 21 (63,6%), девочек 12 (36,4%). У 18 (54,5%) больных было сочетанное поражение правого легкого и печени, у 10 (30,3%) – левого легкого и печени, у 5 (15,1%) больных – обеих легких и печени (таблица № 1).

**Таблица №1**

**Топографическое соотношение эхинококковых кист легкого и печени**

Органы	Правая доля печени				Левая доля печени		Правая и левая доля печени		ВСЕГО
	VII-VIII сегмент	VI-VII сегмент	V-IV сегмент	IV-V сегмент	II-III сегмент	III-IV сегмент	V-VI и II-III сегмент	VI-VII и III сегмент	
Правое легкое	5 (15,1%)	3 (9,1%)	2 (6,1%)	3 (9,1%)	2 (6,1%)	1 (3%)	1 (3%)	1 (3%)	18 (54,5%)
Левое легкое	3 (6,1%)	3 (9,1%)	1 (3%)	-	1 (3%)	2 (6,1%)	-	-	10 (30,3%)
Правое и левое легкое	1 (3%)	1 (3%)	-	1 (3%)	1 (3%)	-	1 (3%)	-	5 (15,1%)



По расположению в ткани легкого чаще отмечалось периферическое расположение кист 19 (63,3%), это относилось в основном к большим и средним кистам.

К малым отнесены ЭК, локализующиеся от поверхности паренхимы легкого на глубине более 2 см и выступающие из-под паренхимы не более чем на 1/3. К периферическим относили малые кисты, покрытые легочной тканью толщиной менее 2 см, или фиброзная капсула которых видна на поверхности легкого, а также кисты, выступающие из-под паренхимы легкого более чем на 1/3 часть.

По расположению ЭК в печени солитарный эхинококкоз печени был установлен у 23 (76,7%) пациентов, множественный (две и более кисты) – у 7 пациентов (23,3%). Малые – 11 (14,8%), средние 39 (52,7%), большие 14 (18,9%) гигантские 3 (9,1%) (классификация Пулатова А.Т. 2004).

При неосложнённом эхинококкозе легкого – у 23 (76,6%) детей ЭК на рентгенограмме была представлена в виде овальной или округлой гомогенной, жидкостной тени, с правильными четкими контурами без перифокальной реакции. У 5 (16,6%) больных при рентгенологическом обследовании отмечалось серповидное просветление в верхнем полюсе в виде тени пузыря – «симптом полумесяца», при этом было подозрение на микроперфорацию хитиновой оболочки в перикистозном пространстве. При прорыве кисты в бронх – у 2 (6,6%) детей рентгенологически определялась округлая тень, с четкими границами и наличием газового пузыря с горизонтальным уровнем жидкости.

У всех детей при УЗИ печени визуализировалось округлое эхонегативное тонкостенное образование с хорошо выраженной плотной двухслойной капсулой с жидкостным содержимым.

У 4 (13,3%) детей при сочетанном эхинококкозе нижней доли правого легкого и VII-VIII сегмента печени была проведена компьютерная томография. При этом выявлена сегментарная локализация кист, их размеры, что позволило различить однокамерный и многокамерный эхинококкоз, а также по плотности содержимого дифференцировать непаразитарную и паразитарную кисту.

Результаты исследования и их обсуждение.

Оперативному вмешательству были подвергнуты все 33 больных. В 17 (51,5%) случаях была выполнена поэтапная хинококкэктомия легких, затем печени открытым методом. При сочетанном эхинококкозе отдавали предпочтение удалению паразитарных кист в первую очередь легкого. Разница между плановыми операциями торакотомии и лапаротомии была не менее 1-1,5 мес.

При открытой методике хирургического лечения ЭК печени мы применяли следующие доступы: верхне-срединная лапаротомия у 9 (27,3%), по С.П. Федорову у 8 (24,2%). У этих больных были выполнены: полузакрытая эхинококкэктомия (ЭЭ) с резекцией, выступающей из паренхимы фиброзной капсулы с дренированием остаточной полости (ОП) – у 4 (12,1%), закрытая ЭЭ с пластикой ОП путем капитонажа – у 8 (24,2%), ЭЭ с оментопластикой ОП – у 5 (15,1%). Из существующих традиционных способов капитонажа при эхинококкозе легких мы использовали способы по Дельбе у 11 (33,3%), А.В.Вишневному у 4 (12,1%) и А.Т. Пулатову у 2 (6,1%). Резекция доли легкого проведена у 1 (3%) пациента.

У 10 (30,3%) детей нами была выполнена одновременно торако- и лапароскопическая ЭЭ правого легкого и печени.

В 2 (6,7%) случаях проводилась торакоскопическая ЭЭ правого легкого, после удаления ЭК легкого была проведена лапароскопическая ЭЭ печени из висцеральных сегментов. У 3 (10%) детей была проведена торакоскопическая ЭЭ левого легкого, по завершении которой, выполнена лапароскопическая ЭЭ печени. В 4 (12,1%) случаях проведена поэтапная (интервал 1-1,5 мес) торакоскопическая ЭЭ в обеих легких, через 1,5 месяца была выполнена лапароскопическая ЭЭ печени. В 1 (3%) случае при двухстороннем поражении обеих легких в сочетании с поражением печени, благополучно удалось выполнить торакоскопическую ЭЭ правого легкого и ЭЭ с VIII сегмента печени посредством френикотомии. Через 1,5 месяца была выполнена эхинококкэктомия с левого легкого, из-за глубокого расположения кисты выполнена конверсия - ЭЭ с видеоассетированием, то есть миниторакотомным разрезом (длиной до 4,5см).

У 3 (10%) детей была сочетанное поражение правого легкого с поддиафрагмальных 7-8 сегментов печени. В этих случаях была проведена одноэтапная ЭЭ легкого, затем из поддиафрагмальных сегментов печени через френикотомию.

После пункции ЭК печени через диафрагму и удаления электроотсосом эхинококковой

жидкости, проводилась френикотомия, затем антипаразитарная обработка ОП кисты с удалением хитиновой оболочки, затем полость вновь обрабатывалась 100% раствором глицерина с экспозицией 10-минут. Следующим этапом проводился капитонаж ОП с ликвидацией желчных свищей методом коагуляции или ушивания. У одного больного провести капитонаж ОП через плевральную полость не удалось, и она была дренирована силиконовой трубкой и выведена через плевральную полость наружу.

Результаты одноэтапных эндовидеальных ЭЭ при сочетанном эхинококкозе легких и печени были вполне удовлетворительными. Осложнений во время оперативных вмешательств и летальных исходов не было.

Как правило, больных выписывали из стационара на 10-12-е ( $11,2 \pm 1,2$  к/д), сутки после хирургического вмешательства. Рецидивы после ЭЭ легкого, печени при правильном проведении химиотерапии препаратами на основе альбендозола как правило в отдаленном послеоперационном периоде не наблюдали.

В послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: у 6 (18,2%) больных: ОП — у 1 (3%), экссудативный плеврит — у 1 (3%), у 2 (6,1%) больных отмечалось подтекание желчи по дренажу, которое прекратилось на 12 сутки. Нагноение послеоперационной раны отмечалось у 1 (3%), которому была проведена открытая ЭЭ печени, нагноение ОП печени было у 1 (3%) больного. Больные, оперированные традиционным методом были выписаны в среднем на  $15 \pm 1,5$  сутки.

Вывод. При сравнительной оценке результатов традиционной эхинококэктомии при сочетанном поражении легкого и печени с одноэтапными эндовидеохирургическими вмешательствами, последние, обладая такой же радикальностью, но при этом минимальной травматичностью, позволяют увеличить объем оперативного вмешательства.

При этом сокращаются кратность оперативных вмешательств, сроки пребывания пациентов в стационаре и восстановления физической активности больного, получается хороший косметический эффект. Улучшается качество жизни детей. В лечении сочетанного эхинококкоза легких и печени одноэтапная эндовидеальная эхинококэктомия по показаниям, должна быть по возможности приоритетной.

### Список литературы

1. Каримов Ш.И., Кротов Н.Ф., Ким В.Л. К выбору этапности и доступа при сочетанном множественном эхинококкозе печени и легких// Проблема эхинококкоза: Тез.докл. науч.-практ. конф.- Махачкала, 2000. с. 66-67.
2. Пулатов А.Т. Эхинококкоз в детском возрасте. М: Медицина 2004; С.-224.
3. Пышкин С.А., Кулящов А.И., Аладдин А.С. и др. Множественное сочетание эхинококкоза. Хирургия 2006; 6: 64—66.
4. Разумовский А.Ю, Митупов З.Б. Эндохирургические операции в торакальной хирургии у детей. — М. : ГЭОТАР – Медиа. 2010. — 8с.
5. Aribas O.K., Kanat F., Turk E., Kalayci M.U.. Comparison between pulmonary and hepatopulmonary hydatidosis, Eur J Cardio-thorac Surg 2002; 21: 489—496.

## ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТАХ У ДЕТЕЙ

Эргашев А.Х., Юлдашев Б.А.

Самаркандский государственный  
медицинский институт, Самарканд, Узбекистан.

В многочисленных клинических исследованиях показано, что почечная дисфункция является независимым маркером риска сердечно-сосудистой патологии [1–3]. Именно сердечно-сосудистые события, а не прогрессирующее ухудшение функции почек – наиболее частая причина смерти больных хроническим гломерулонефритом (ХГН).

Цель исследования: Определить особенности функциональных нарушений сердца у детей с хроническим гломерулонефритом.

Материал и методы исследования: Нами обследовано 42 больных ребенка с хроническим гломерулонефритом, из них с нефротическим синдромом – 22, с гематурическим – 20. Клинико-функциональное исследование сердечно-сосудистой системы включало рентгенографию органов грудной клетки, запись ЭКГ и ФКГ на 6 канальном электрокардиографе «БИОСЕТ 600», ЭхоКГ на аппарате «TOSHIBA» (Япония).

Полученные результаты: С целью определения характера функциональных нарушений сердца нами проведено исследование некоторых клинико-функциональных показателей. Так, при аускультации I-тон над верхушкой сердца был ослаблен у 25 (59,2%), у 13 (30,9%) отмечалось усиление II-тона над легочной артерией, обусловленное, возможно, пассивной легочной гипертензией. У 19 (45,2%) отмечалась тахикардия, у 12 (28,5%) тахиаритмия, у 4 брадикардия, у 2 брадиаритмия. У 7 (16,6,9%) выслушивался систолический шум над верхушкой и в 4-межреберье слева. При инструментальных исследованиях установлены, что на рентгенограмме границы сердца увеличены у 15 (35,7%), преимущественно за счет левого желудочка, у 7 больных (16,6%) отмечается усиление сосудистого рисунка (таблица). Наиболее часто встречающимися патологическими признаками на ЭКГ являлись: гипертрофия миокарда левого желудочка (52,4%), правого желудочка (45,2%), удлинение интервала Q-T (33,3%), снижение вольтажа зубцов ЭКГ (54,8%), экстрасистолия (28,4%).

Таблица

**Частота некоторых функциональных показателей (%) у детей с хроническим гломерулонефритом**

Функциональные показатели	Абсолют.	%
Увеличение КТО	15	35,7
Усиление сосудистого рисунка	7	16,6
Уплотнение зубца Т	26	61,9
Инверсия зубца Т	23	54,8
Удлинение интервала Q-T	14	33,3
Экстрасистолия	12	28,5
Снижение вольтажа зубцов ЭКГ	23	54,8
Гипертрофия миокарда левого желудочка	22	52,4
Гипертрофия миокарда правого желудочка	19	45,2
Снижение амплитуды I-тона	25	59,2
Функциональный систолический шум	16	38,1
Расширение левого желудочка	19	45,2
Расширение правого желудочка	14	33,3
Расширение левого предсердия	5	11,9
Гипокинезия ЗСЛЖ	19	45,2
Гиперкинезия МЖП	25	59,2
Снижение фракции выброса	23	54,8

Нарушение процессов реполяризации проявлялись уплощением (61,9%) и инверсией (54,8%) зубца Т. При ФКГ исследовании у 25 больных (59,2%) установлено снижение амплитуды I-тона, у 16 (38,1%) отмечался систолический шум, короткий, низкоамплитудный, с чертами

функционального, реже – у 12 (28,5%) нисходящий, занимающий 2/3 систолы, среднечастотный. Ультразвуковой метод диагностики позволил нам выявить такие изменения как: увеличение полости левого желудочка (45,2 %) в систолу и диастолу, правого желудочка (33,3%).

Увеличение систолического (Ус) и диастолического (Уд) объемов левого желудочка у больных свидетельствовало о перегрузке сердца. Уменьшение сократительной способности миокарда, снижение фракции изгнания (ФИ) отражающий насосную функцию сердца отмечалось у 23 больных (54,8%). У 19 детей (45,2%) выявлялась гипокинезия задней стенки левого желудочка, у 25 (59,2%) гиперкинезия межжелудочковой перегородки, что свидетельствовала о роли его в поддержании гемодинамики.

Выводы: Таким образом, проведенные нами исследования свидетельствуют о некоторых клиничко-функциональных нарушениях сердечно-сосудистой системы при хронических гломерулонефритах у детей, которые еще более ухудшает общее состояние больных и требует введения эффективных кардиотропных препаратов.

### Литература:

1. Муркамилов И. Т. и др. Стратификация нефро-церебрального и сердечно-сосудистого риска при хронических гломерулонефритах (обзор литературы) //Архивь внутренней медицины. – 2018. – Т. 8. – №. 6 (44).
2. Мухин Н.А., Фомин В.В., Моисеев С.В. [и др]. Внезапная сердечная смерть у больных хронической болезнью почек // Клиническая нефрология. 2014. № 3. С. 43–47.
3. Конюх Е. А., Парамонова Н. С. Клинические особенности течения острого и хронического гломерулонефритов у детей с дисфункцией эндотелия //Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2010. – №. 2 (30).
4. Levin A. The clinical epidemiology of cardiovascular diseases in chronic kidney disease: clinical epidemiology of cardiovascular disease in chronic kidney disease prior to dialysis //Seminars in dialysis. – Oxford, UK : Blackwell Science Inc, 2003. – Т. 16. – №. 2. – С. 101-105.
5. Hernandez G.T., Sippel M., Mukherjee D. Interrelationship between chronic kidney disease and risk of cardiovascular diseases // Cardiovascular Hematological Agents in Medicinal Chemistry. 2013. Vol. 11. P. 38–43.
6. Menon V., Gul A., Sarnak M. J. Cardiovascular risk factors in chronic kidney disease //Kidney international. – 2005. – Т. 68. – №. 4. – С. 1413-1418.
7. Mases A., Sabaté S., Guilera N. Preoperative estimated glomerularfiltration rate and the risk of major adverse cardiovascular andcerebrovascular events in non-cardiac surgery // Br. J. Anaesth. 2014. Vol. 113, No. 4. P. 644–651.

## ЭНТЕРОБИОЗ ВА ГИМЕНОЛЕПИДОЗНИНГ СОЛИШТИРМА ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ

Расулов Ш.М., Матякубов М.Б.

Тошкент тиббиёт академияси.

Тошкент педиатрия тиббёт институти. Тошкент, Ўзбекистон

Ҳозирги кунда дунё бўйлаб гельминтларнинг 300 га яқин турлари тарқалган. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг хабарига кўра геогельминтлар аҳолининг ижтимоий қалоқ ва камбағал жамиятида учрайдиган гельминт касалликларнинг асосий қисмини ташкил қилар экан [1,2]. Россия ҳудудида 70 га яқин гельминт турлари мавжуд, уларнинг 20 та тури мамлакат ҳудудида кенг тарқалган. Ҳар йили 2 млн га яқин инсонларда гельминтлар билан касалланиш ҳолатлари қайд қилинади [3,5]. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти бутун дунё аҳолисининг 4 дан 1 қисмида хазм қилиш системасида гельминтозлар билан зарарланганлиги маълум қилинган [6].

Расмий маълумотларга кўра, болаларда учрайдиган ўткир юқумли касалликлар орасида паразитозлар, нафас йўли юқумли касалликларидан сўнг 2-ўринни эгаллайди.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ВОЗ) ҳамда интернет материалларига кўра, аҳолининг ўртача 3 нафардан биттаси гельминтоз касаллиги билан касалланган бўлар экан. Энг тараққий этган Европа мамлакатларида аҳолининг 95% и гельминтоз касаллиги билан касалланган [4,7]. Энтеробиоз ва гименолипедоз касаллиги билан асосан мактабгача таълим муассасаси ва кичик мактаб ёшидаги болалар энг кўп зарарланади.

Тадқиқотнинг мақсади: Ўзбекистон Республикасида 2009-2019 йиллар давомида энтеробиоз ва гименолипедоз билан касалланишнинг эпидемиологик таҳлили.

Тадқиқот материали ва услублари. Санитария эпидемиологик осойишталик ва жамоат саломатлик хизматининг энтеробиоз ва гименолипедоз билан касалланиши бўйича 2009-2019 йиллардаги ҳисоботлари. Ушбу тадқиқотни амалга оширишда эпидемиологик ва статистик тадқиқот услубларидан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари. Энтеробиоз ва гименолипедоз контакт гельминтозларнинг дунёда кенг тарқалган гельминтлардан ҳисобланиб, Ўзбекистонда ҳам бу гельминтлар кенг учрамоқда.

Сўнги йилларда Ўзбекистонда гельминтлар билан касалланишни таҳлил қилганимизда, касалланишнинг интенсив кўрсаткичи нисбий тушиб боришини кузатишимиз мумкин.



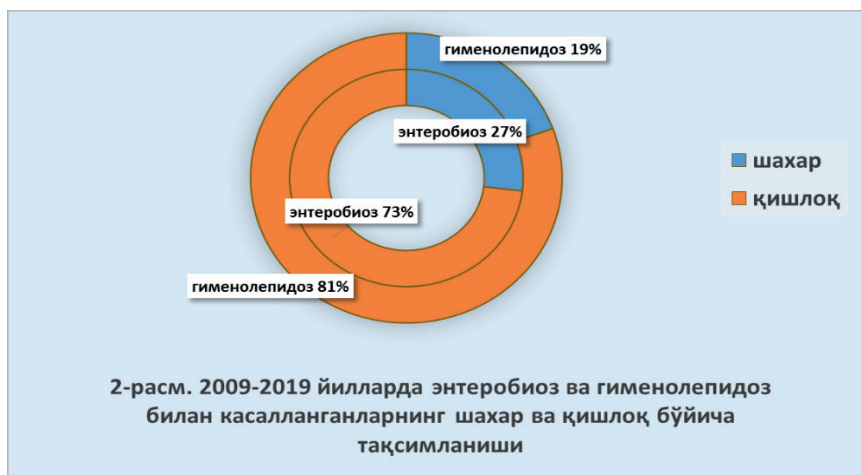
Тадқиқотимизнинг бошланғич йилида энтеробиоз билан касалланишнинг интенсив кўрсаткичи Республикада 751,2 ни ташкил қилди, касалланиш кўрсаткичи 2011-йилгача камайиб бориб, 2012-йилда юқори кўрсаткичда касалланиш қайд қилинди. Шунга қарамадан сўнги йилларда энтеробиоз билан касалланиш интенсив кўрсаткичларда камайиб бораётгани қайд қилинмоқда. Касалланиш ҳам юқори кўрсаткичларда учраши бу гельминтоз

тиббётимизнинг хали хануз долзарб муаммолардан бири сифатида қолмоқда (1-расм).

Республикамизда гименолипедоз сўнги 11 йиллик қайд қилинаётган кўрсаткичларни таҳлил қилганимизда, бу гельминтоз йил сайин интенсив кўрсаткичи камайиб бораётганлиги намён бўлди. Сўнги 11 йил ичида салкам 2 баробарга камайган бўлсада 2019-йилда касалланишнинг интенсив кўрсаткичи 82,3 ни ташкил қилиб, тиббётимизда ўз долзарблигини сақлаб қолган. Иккала гельминтозни йиллар давомида тарқалганлиги таҳлил қилганимизда энтеробиоз гименолепидозга нисбатан кенг учраши ва касалланишнинг кўп қайд қилиниши билан ажралиб турмоқда.

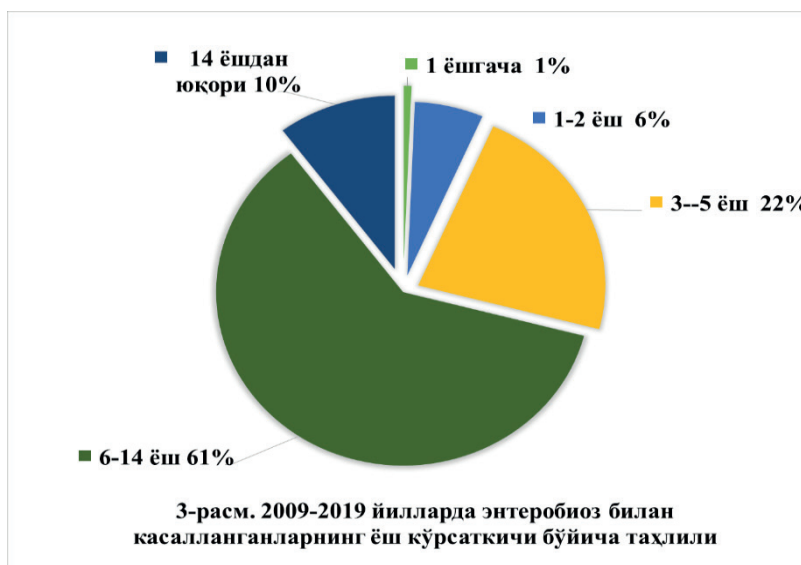
Таҳлилимизни давом эттириб гельминтозларнинг худудий тарқалганлигидан битта мисол сифатида касалланганларнинг қишлоқ ёки шаҳар яшаши бўйича солиштирдик.

Энтеробиоз билан сўнги 11 йил ичида касалланганларнинг 27% шаҳарда яшовчи инсонларга, қолган 73% қишлоқда яшовчи инсонларга тўғри келган. Бундан кўриниб турибдики қишлоқ аҳолиси шаҳар аҳолисига қараганда энтеробиозни юктириб олиши 2,7 баробардан кўпроқ учраши мумкин экан (2-расм).

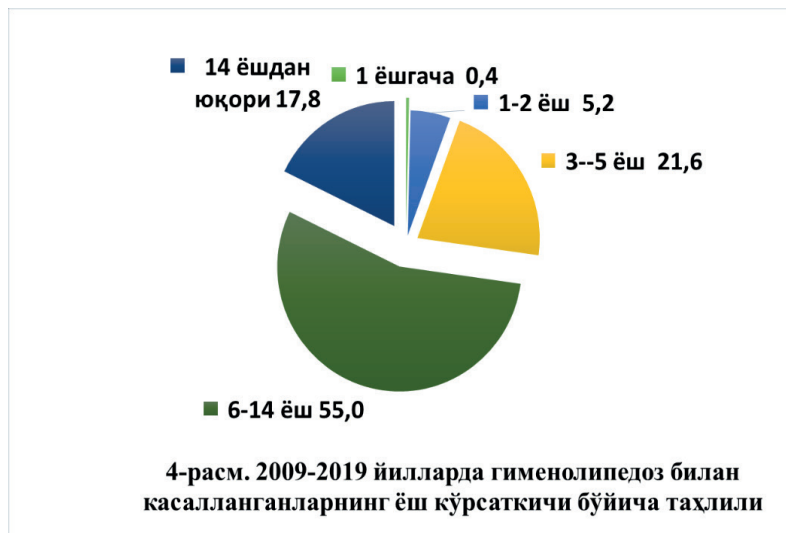


Гименолепидоз билан сўнги 11 йил ичида эса касалланганларнинг 19% шаҳарда яшовчи инсонларга, қолган 81% қишлоқда яшовчи инсонларга тўғри келган. Бу таҳлилимиздан ҳам кўриниб турибдики қишлоқ аҳолиси шаҳар аҳолисига қараганда энтеробиозни юктириб олиши эҳтимоли 4 баробардан кўпроқ учраши мумкин экан. Бу таҳлилларимиз гельминтозларнинг тарқалишига ёки маълум бир жойда кўпайишига сабабчи бўлаётган омиллар мавжудлигидан дарак беради.

Иккала гельминтозни ёш гуруҳлари ўртасида учраш эҳтимолигини ўрганиш учун, сўнги 11 йиллик маълумотларда касалланганларни ёш гуруҳларга ажратиб чиқдик.



Сўнги 11 йил ичида энтеробиоз билан касалланганларнинг асосий қисмини 14 ёшгача бўлган болалар ташкил қилган. Бунда энг юқори кўрсаткични 6-14 ёшдаги болалар яъни 61% ни қайд қилган. Бу таҳлилимиздан шу маълум бўлдики бошланғич ва ўрта таълимда тахсил оладиган ёшдаги болалар энтеробиоз билан касалланиш эҳтимоли юқорилигини англатди. Касалланганлар орасида 3-5 ёшлилар 22% ни ташкил қилган бўлса демак боғча ёшидаги болалар ҳам бу гельминтоз билан зарарланиши юқори кўрсаткичларда қайд қилмоқдалигини англатади (3-расм).



Гименолепидоз билан касалланишнинг сўнги 11 йиллик таҳлилида касалланганларнинг асосий қисмини бу гельминтозда ҳам 14 ёшгача бўлган болалар ташкил қилиши аниқланди.

Таҳлилимиз давомида гельминтозлар билан касалланган 3 ёшдан 14 ёшгача бўлган болалар 76,6% ни қайд қилди. Кўриниб турибдики бу гельминтозда ҳам касалланганларнинг асосий қисмини боғча ва мактаб ёшидаги болалар ташкил қилмоқда (4-расм).

Хулоса. Юқорида келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики энтеробиоз ва гименолепидоз билан касалланиш ҳолатлари юқори кўрсаткичларда қайд этилмоқда. Шунинг учун энтеробиоз ва гименолепидоз касалликларнинг замонавий эпидемиологик хусусиятларини тўлиқ ўрганиб чиқишни, ушбу касалликнинг профилактикаси ва эпидемиологик назоратини такомиллаштириш лозимлигини тақозо этади.

#### Адабиётлар:

1. ВОЗ: Информационный бюллетень № 366. Июнь 2012. Электронный ресурс <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs366/ru/index.html>.
2. Электронный ресурс [http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503129\\_eng](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503129_eng).
3. Антонов М.М., Антыкова Л.П., Бабаченко И.В., Лаврова В.П. Тканевые гельминтозы у взрослых и детей. Методические рекомендации. СПб., 2004. 30 с.
4. Электронный ресурс <http://www.minzdravao.ru/site-page/ostorozhno-gelminty>.
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.05. 2003 г. № 105 «Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации. СанПин 3.2.1333-03».
6. Расулов Ш.М., Матназарова Г.С. Ўзбекистонда эхинококкознинг тарқалганлиги ва унинг профилактикасини такомиллаштириш. // Инфекция, иммунитет и фармакология.- Тошкент.-2019.-№5.-С. 192-198.
7. Rasulov Sh.M., Matnazarova G.S., Mirtazayev A., Xamzayeva N.T. Improving the epidemiology, epizootology, and prevention of echinococcosis in Uzbekistan. //European Journal of Molecular & Clinical Medicine, 2020, Volume 7, Issue 2, Pages 3029-3052 (ejmcm.com)

## MATERNAL DISEASES AND RISK OF HYPERTENSIVE DISORDERS OF PREGNANCY ACROSS GESTATIONAL AGE GROUPS

Agababyan L.R., Makhmudova S.E.  
Samarkand State Medical Institute

**Introduction.** Hypertensive disorders of pregnancy represent major causes of maternal and fetal mortality and morbidity world-wide, also affecting long-term health in the survivors [1]. As the time of onset is most often less reliably recorded than time of delivery, preeclampsia “onset” is for simplicity often dichotomized according to preterm and term delivery (delivery prior to or from gestational week 37) or into a very preterm delivery (delivery prior to gestational week 34) or not [2–4]. Early-onset preeclampsia is generally defined as occurring before 34 weeks gestational age [5]. Previous models of preeclampsia have suggested that early-onset preeclampsia may arise predominantly from placental dysfunction, whereas late-onset preeclampsia may be due to exaggerated maternal response to inflammatory or metabolic stress from underlying disorders such as diabetes, chronic hypertension and obesity with or without poor placentation [6–8].

Despite the annual progress of obstetric science and practice, attempts to find out the causes and methods of early diagnosis and treatment of PE, allowing with a sufficient degree of confidence to determine the severity and prognosis of this terrible complication of pregnancy still do not lead to the expected results. Preeclampsia (PE) remains an important medical and social problem. The importance of this problem is primarily due to the fact that PE, which is a syndrome of multiple organ failure that occurs during pregnancy, continues to be one of the main causes of perinatal and maternal morbidity and mortality worldwide. According to the World Health Organization (WHO), hypertensive complications that cause maternal mortality account for up to 30 % of all factors in developed countries [7,9,12].

Every year, about 8.5 million cases of preeclampsia are recorded in the world, which is 2-8% of all pregnancies (14% of women die every year) and this figure does not tend to decrease [11]. Approximately 72,000 women die each year from severe preeclampsia / eclampsia. This is about 200 women daily. Thus, preeclampsia / eclampsia is most often the second leading cause of maternal mortality after obstetric bleeding. At the same time, the risk of death for women in developing countries is approximately 300 times higher than in developed countries [5,8].

Eclampsia during pregnancy occurs in 76.78% of cases, but 13.72% cases of postpartum eclampsia are also described [].

In various countries preeclampsia and complications associated with it occupy 2-4 places in the structure of maternal mortality every year. In Uzbekistan, PE occurs in approximately 11-16% of pregnant women and ranks 3rd among the causes of maternal mortality [2, 11]. According to various data, PE is found in 5-30% of all pregnancies in Russia. It is associated with more than one third of severe obstetric pathology .

The effect of PE on the fetal condition is significant. Among children born alive from mothers who suffered PE, every fourth child lags behind in physical development [7]. PE remains one of the main causes of perinatal mortality (18-30%) and morbidity (64-78%) [11].

It should be noted that together with obstetric bleeding and infectious complications, PE composes the so-called “fatal triad”, which becomes the cause of the overwhelming number of maternal deaths. At the same time, preeclampsia remains one of the main causes of neonatal morbidity and perinatal mortality []. Finally, preeclampsia is associated with stress and subsequent postpartum depression [7,12].

In some developed countries, in particular in the United States, an increase in the frequency of PE has been noted in recent years. Experts believe that this is due to an increase in the frequency of such conditions as diabetes mellitus (DM), obesity, and chronic arterial hypertension (HАH). The increase in the frequency of preeclampsia has been especially noted since 90s, this may be associated with an increase in the frequency of obesity [9].

Risk factors for this maternal pregnancy complication include: age over 40, previous pregnancies with PE, first labor, multiple pregnancies, antiphospholipid syndrome (AFS), chronic arterial hypertension, autoimmune diseases, diabetes, kidney diseases , dyslipidemia, and obesity []. The main clinical risk parameters for the implementation of PE include the following factors: race, body mass index, bad habits (smoking), contraceptive methods, the presence of chronic arterial hypertension,



diabetes, AFS, and thrombophilia, burdened obstetric-gynecological (habitual miscarriage, PE during previous pregnancy) and hereditary (PE in the mother or sister, PE in the husband's previous wives) anamnesis'. Risk factors for developing PE, in addition to those listed above, include: a history of PE, an intergravidity interval of 5 years or more, age >35 years, overweight/obesity (BMI >25 kg / m<sup>2</sup>), family history (PE in the mother or sister), and a DAP of 80 mm Hg. and above, proteinuria when registering for pregnancy, multiple pregnancy, extragenital diseases such as HAG, kidney diseases, systemic diseases, vascular diseases, diabetes mellitus, AFS.

It was found that the risk of preeclampsia developing correlates with the severity of somatic disease. Thus, women with a history of hypertension have a 10-25% higher risk of preeclampsia developing compared to the general population and a 31% higher risk for long-term hypertension. In gestational diabetes, the overall risk of preeclampsia developing increases by 21%. With a history of diabetes lasting less than 10 years, the risk is 11-12%, and among women with longer diabetes increases from 36 to 54%. Minor renal dysfunction (serum creatinine less than 1.5 mg/dl) increases the risk of preeclampsia by 20-25%, and for pregnant women with severe renal insufficiency - by more than 50% [1]. Obesity increases the overall risk of preeclampsia about 2-3 times. It can also be noted that preeclampsia is more common in pregnant women with autoimmune conditions such as systemic lupus erythematosus and antiphospholipid syndrome. Even more than 300 years ago, attention was paid to the high incidence of preeclampsia in primapregnant women [10,12]. B.M. Sibai and co-authors (2012) found that the rate of preeclampsia varied from 4% to 11% in primapara mothers, while the rate of preeclampsia was lower in women who already had labors, although it also varied widely [2,9]. In women with an upcoming repeat birth, the risk of preeclampsia is only 1.4-4% [2,4], but they have an increased risk of antenatal fetal death in PE [9]. Multiple pregnancies are also a risk factor for preeclampsia. Thus, in women with twins, the frequency of preeclampsia is 2.5 times higher, reaching 6-31% [2,5].

In the UK, the national Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) has established criteria for assessing the high risk of developing pre-eclampsia. High-risk factors include: hypertension in previous pregnancies, chronic kidney disease, autoimmune diseases, diabetes mellitus, and hypertension. Moderate risk factors include: first pregnancy, age 40 years or more, interval between pregnancies more than 10 years, body mass index at the first visit of 35 kg / m<sup>2</sup>, presence of preeclampsia in the family history [2,3,6]. Maternal factors also include smoking and race. In the United States, according to the recommendations of the American College of obstetricians and gynecologists (ACOG), consideration of life history and disease to assess risk factors for PE is currently the best and only recommended screening approach for assessing risk factors for preeclampsia.

The classic triad of symptoms of PE (increased blood pressure, edema and proteinuria) is the result of a number of pathogenic factors that are closely related with each other. Edema occurs as a result of oncotic pressure decreasing, increasing of capillary permeability, which leads to the exit of fluid from the vascular bed into interstitial space, and arterial hypertension – due to vascular spasm and hyper dynamic systolic function of the heart [8,12]. PE is characterized by blood pressure lability. When evaluating arterial hypertension at patients with PE, dynamic changes of blood pressure are taken into account, but not absolute figures. Pregnant women with PE often have blood pressure assimilation. The difference in figures on the hands can be from 15 to 50 mm Hg, the greater the degree of assimilation, the more severe the flow of PE [3]. Among all hemodynamic factors, special attention is paid to simple methods of diagnosing PE — in particular, the dynamics of blood pressure figures, starting from the first trimester of pregnancy, using daily blood pressure monitoring (DBPM). This method allows us to verify the initial deviations in the daily rhythm and blood pressure figures, to specify the degree and stability of its increasing, which helps to identify women at risk of developing PE in the early stages of gestation and determine the further tactics of pregnancy management [6, 10]. Special attention should be paid to the average arterial pressure (MAP – Mean Arterial Pressure), calculated by the following formula: (diastolic pressure x 2) + systolic pressure) :3. MAP is significantly increased in pregnant women with PE. According to L. Roop et al., K. Harrington et al., mean blood pressure (MBP), pulse index (PI) in uterine artery (MA) in the first and second trimesters of pregnancy in the group of patients with PE of various severity is significantly higher than in patients with physiologically occurring pregnancy (p < 0.0001). Combined PE screening, including mother's risk factors, dopplerometry in UA, taking into account the measurement of blood pressure, has a higher sensitivity (89.2% - for early PE, 57% - for late PE) at a frequency of 10% false positive results (FPR).

Proteinuria occurs as a result of renal glomeruli damage with increasing permeability of the basal membrane of their capillaries. During pregnancy, proteinuria may occur in the absence of arterial hypertension, edema, and previous infectious or systemic kidney disease [2]. Although preeclampsia is usually accompanied by proteinuria, the American College of obstetricians and gynecologists (ACOG) announced in 2017 that the presence of proteinuria is no longer required for the diagnosis of preeclampsia. High blood pressure, accompanied by other signs and symptoms, is sufficient to diagnose preeclampsia. These other signs are also included in the new terminology proposed by ACOG for detecting cases of preeclampsia. The percentage of women who develop preeclampsia without proteinuria, or who presents proteinuria without hypertension preceding preeclampsia, is unknown. Definitions of these atypical phenomena are contradictory. Very few studies are devoted to the study of these clinical conditions. According to G. M. Saveleva et al. [2,4,8] when analyzing the initial blood pressure (IBP) figures, out of 33 patients with moderate arterial hypertension (AH) or normotension the increased mean blood pressure (MBP) by 60 mm Hg or more was found in 1/3 of cases. Edema was significantly more frequent in patients of groups 2 and 3. In the structure of complaints, headache is in the first place [64 (42.1%) patients,  $p < 0.01$ ]. In 46% of patients, PE was atypical. All patients have a combination of various additional symptoms, complaints, laboratory changes indicating evidence of vital organ dysfunction. According to magnetic resonance imaging (MRI) data, 47.2% of pregnant women with PE and complaints of headache and/or visual impairment showed changes in the brain, 88% of them were caused by hypertension: posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) (13.9%), acute violation of cerebral circulation (AVCC) (5.6%), foci of vascular genesis (22.2%). PRES and AVCC developed at women with atypical form of the disease. In this regard, the authors recommend to reduce the frequency of complications of PE by considering normal for the patient figures of blood pressure to assess the degree of arterial hypertension (AH), any quantitative measurement of protein in the urine, to distinguish atypical form and a critical phase of PE, and MRI of the brain for objective assessment of central nervous system [1,5].

Critical forms of preeclampsia include: eclampsia (acute brain edema, high intracranial hypertension, violation of cerebral circulation, ischemic and hemorrhagic damage to brain structures) and post eclamptic coma; severe liver damage (HELLP syndrome, acute fatty hepatosis, acute renal-hepatic insufficiency, rupture of the liver capsule); premature abruption of the normally located placenta, developed as a result of preeclampsia, complications of severe eye hypertension (hemorrhage, retinal detachment).

Despite a large number of studies devoted to the problem of PE, there is still a lot of uncertainty about its etiology and pathogenesis. There is no coherent etiologically based tactics for prevention and treatment of this pregnancy complication [3,8,12].

The scientific works which are possible to assume the development of PE in a patient before pregnancy or in its early stages are of particular interest. Currently there is an intensive search for PE prediction markers [5,8]. In this regard, the immunological changes at pregnant women and the genetic aspects of the development of this disease deserve special attention, as well as the function of the vascular endothelium.

### References.

1. Agababyan L. R. et al. Features of Pure Progestostin Contraception in Women with Preeclampsia/Eclapmia // Polls of Science and Education. - - 2019. - - №. 26 (75).
2. Kerley RN, McCarthy C, Kell DB, Kenny LC. The Potential Therapeutic Effects of Ergothioneine in Pre-eclampsia. *Free Radic Biol Med.* 2017 Dec 25. pii: S0891-5849(17)31282-0. doi: 10.1016/j.freeradbiomed.2017.12.030.
3. Laganà AS, Vitale SG, Sapia F, Valenti G, Corrado F, Padula F, Rapisarda AMC, D'Anna R. miRNA expression for early diagnosis of preeclampsia onset: hope or hype? *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2018 Mar;31(6):817-821.
4. Luo X, Li X. Long Non-Coding RNAs Serve as Diagnostic Biomarkers of Preeclampsia and Modulate Migration and Invasiveness of Trophoblast Cells. *Med Sci Monit.* 2018 Jan 5;24:84-91.
5. Makhmudova S. E., Agababyan L. R. The rehabilitation of patients, suffering vulvovaginal candidiasis (vvk), taking combined oral contraceptives (COCS) // Национальная Ассоциация Ученых. - 2016. - №. 5. - С. 32-32.
6. Makhmudova S. E., Agababyan L. R. Effectiveness and acceptability of the prolonged combined oral contraceptives in women with anemia // Новый вектор развития научной деятельности. Вызо-

вы и решения. – 2016. – С. 35-37.

7. Makhmudova S. E., Ataeva F. N. Evolutionary views on hypertensive disorders in pregnancy (literature review) // *Advanced science*. – 2019. – С. 183-187.

8. Mohammadpour-Gharehbagh A, Teimoori B, Narooei-Nejad M, Mehrabani M, Saravani R, Salimi S. The association of the placental MTHFR 3'-UTR polymorphisms, promoter methylation, and MTHFR expression with preeclampsia. *J Cell Biochem*. 2018 Feb;119(2):1346-1354. doi: 10.1002/jcb.26290. Epub 2017 Oct 27.

9. Okby R, Harlev A, Sacks KN, Sergienko R, Sheiner E. Preeclampsia acts differently in in vitro fertilization versus spontaneous twins. *Arch Gynecol Obstet*. 2018 Jan 4. doi: 10.1007/s00404-017-4635-y.

10. Rahimi Z, Zangeneh M, Rezaeyan A, Shakiba E, Rahimi Z. MMP-8 C-799T and MMP-8 C+17G polymorphisms in mild and severe preeclampsia: Association between MMP-8 C-799T with susceptibility to severe preeclampsia

11. Timofeeva AV, Gusar VA, Kan NE, Prozorovskaya KN, Karapetyan AO, Bayev OR, Chagovets VV, Kliver SF, Iakovishina DY, Frankevich VE, Sukhikh GT. Identification of potential early biomarkers of preeclampsia. *Placenta*. 2018 Jan;61:61-71. doi: 10.1016/j.placenta.2017.11.011. Epub 2017 Nov 21.

**ROLE OF THE PEDIATRIC DOCTOR IN THE PRIMARY LINK MEDICAL SUPPORT**

**Ganiev A.G., Gafurova Sh.M., Sanakulov A.B.**  
Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan  
Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

Relevance. The pediatric service, as an integral part of maternal and adolescent health services, has generally remained effective for many decades in offering primary health care to children. The decline in the productivity of the pediatric service in recent years is associated with the depletion of material and technical and human resources, the costs of training pediatricians. The consequence of this was a decrease in the pathos of the profession, a change in the social status of pediatricians, an outflow of trained staff from the original link of the pediatric service. In the outpatient service, medical personnel, and even more so, pediatricians are considered the most important and most valuable part of the resources of institutions that provide primary health care to children, for example, they are the ones who ensure the effectiveness of their work.

The main properties of the system for protecting the well-being of children in the Republic of Uzbekistan are formed by the laws of the social, financial and cultural formation of the state. A feature of this system was the fact that the initial medical support began to be provided by general practitioners (GPs) who were purposely prepared at the special faculties of "General Medicine" of the Medical Institute. In these criteria, the question of adequate staffing of the pediatric service, which provides outpatient and polyclinic support to the child population, buys a special meaning. Increasing wages does not have the ability to fundamentally replace the situation for the best.

The pediatric service, as an integral part of maternal and adolescent health services, has usually been effective in offering primary health care to children for many decades. The decline in the productivity of the pediatric service in recent years is associated with the depletion of material and technical and human resources, the costs of training pediatricians.

The consequence of this was a decrease in the pathos of the profession, a change in the social status of pediatricians, an outflow of trained staff from the initial link of the pediatric service. In the outpatient service, medical personnel and, especially, pediatricians are considered the most important and most valuable part of the resources of institutions that provide primary health care to children, for example, they are the ones who ensure the effectiveness of their work. At the same time, it is the doctor's functional status position, his behavioral attitudes and real influences that are considered, in the end result, to determine the properties of the medical proposals provided and ensure the functioning of the health care system in the new criteria for the formation of Russian health care (Sadykov I.V., 2017).

Intact. On the basis of an all-encompassing sociological study of the social status of a pediatrician in a large metropolis, create a council to optimize his professional role.

Materials and methods. The object of study was the pediatric service of large settlements (Andijan, Fergana, Samarkand). The subject of the study was the social characteristics of the professional role. Pediatrician of a large metropolis. Based on an all-encompassing sociological study, the author identifies moments that affect the status of a pediatrician in a large metropolis, and presents opportunities for improving his professional role.

Results and Discussions. In the course of the study, it was found, in fact, that it is more difficult for a doctor of joint practice to own a business in his own work with the child's guardians, for example, (94.9%) of respondents gave an answer, only 5.1% of pediatricians in their own work feel problems in communicating with a child. The overwhelming majority of pediatricians who took a role in the study do not doubt the missing amount of time allotted for the method of the 1st baby (63.2%), however, 32.6% believe, in fact, that at times there is enough time, and only 1.2% do not doubt, in fact, that there is enough time every time.

In the question of the optimality of the existing system of training pediatric staff, the concept of pediatricians was divided 46.0% of the respondents gave the answer, in fact, that the training system for pediatric staff is optimal, however, the bulk of medical workers (50.4%) do not consider it good, while 3.6% of respondents found it difficult to answer this question. Recently, the proposal to replace the district pediatric service with a doctor of joint practice is widely perceived in the medical environment. 97.7% of pediatricians did not agree with the idea of eliminating the pediatric service in favor of the formation of home medicine, in fact, which is consistent with the literature data and the data obtained as a result of a selective survey of metropolitan pediatricians in 2012 (Chicherin

L.P., Lashkevich I. BUT., 2013) The bulk (97.7%) of pediatricians do not agree, in fact, that a general practitioner in 6 months of specialization has the opportunity to master a whole ensemble of advanced knowledge in pediatrics, and freeze from the “clinic” as a good pediatrician. In our opinion, this has the ability to name itself not only on the quality of outpatient support for children, but also reduce the effectiveness of pediatric education in the country. The fact that material and economic incentives are considered to be an important motivating factor in the work of a district pediatrician, says the bulk (83.6%) of the respondents who spoke in favor of an increase in wages. 36.9% of the respondents accepted the problems common to their own profession the same as in other professions. More than a quarter of pediatricians (26.2%) consider cases with the administration of a medical organization to be their usual professional problems. Problems in relations with health authorities are felt by 16.7% of respondents. Pediatricians did not accept problems in relations with colleagues as usual for their own profession (no one showed this answer option), in fact, which speaks of a suitable mental climate in the professional team. In the column “Other difficulties” 12.1% of the surveyed pediatricians showed a tremendous number of completed reporting forms, the discrepancy between low wages and the highest physiological and moral tension, the inaccessibility of effective laws to defend the doctor’s rights. When answering the question “What is needed for this in order to make the circumstances of your work better?” 92.0% of pediatricians in the 1st space put the improvement of the material and technical support of their own workspace. Only in the second space is the increase in wages (89.8%), in fact, which determines the need for its correlation between the level of responsibility and the intensity of work of medical workers. In the third space, pediatricians put the increase in time for the method of the 1st patient (66.1%). From which it is possible to conclude that, in fact, for a pediatrician in his professional work, it is considered necessary to have sufficient time for a high-quality examination of the baby and the embodiment of therapeutic and prophylactic events.

On the 4th space, pediatricians put the improvement of the system for increasing the qualifications of medical staff (61.8%), in fact, which correlates with the recognition by the majority of pediatricians (53.1%) that the existing system of training medical staff is not optimal. In the question of whether it is necessary to receive the child’s encouragement for the treatment carried out, the concepts of pediatricians were divided, undoubtedly, 40.5% of respondents agreed, 44.0% of respondents gave a negative answer, 15.5% found it difficult to answer, in fact, which suggests that, in fact, that on the current day the issues of informed harmony in the professional environment of pediatricians remains controversial. If the guardians refused from the healing that is important from the point of view of the pediatrician, the bulk of the medical workers (65.5%) would have left normal therapy and accepted the written refusal of the guardians, 15.5% of the respondents supported the doctor’s right to autonomously take opinions, 14.2% considered important to lure the guardianship authorities. In the “Other” column, 2.4% of pediatricians indicated the need to reassure their guardians, and also to lure a lawyer into similar situations. Thus, taking into account the answers of pediatricians to the block of questions concerning the ethical and legal tasks of offering primary health care to children, it is possible to make a conclusion about the inaccessibility in real time of legal stereotypes that allow taking into account the interests of all parties involved in the healing process. that meets the moral and ethical foundations of the profession of a pediatrician.

The local pediatrician, as a priority of our health care, is emphasized by the answers of the guardians, who literally eliminate the chance of choosing a doctor. Not paying attention. Despite all the critical remarks about medical workers, 80.5% of the surveyed guardians of patients were completely satisfied with their own doctor. What is not the least, in fact, is that the majority of guardians are satisfied with their own doctor, 72.4% would like to choose a doctor for their own baby themselves, 11.9% denied this probability, 3.4% showed apathy, 12.3% found it difficult to answer.

In the course of a sociological study, we found, in fact, that 82.6% of respondents follow the doctor’s advice, 16.1% do not always adhere to appointments, and 1.3% cure from their point of view. The above data speak for the most part about the trust of the guardians of patients with the professional competence of their own attending doctor. However, it cannot but worry, in fact, that an important share (16.1%) of the respondents do not always consider it important to adhere to the prescriptions of the attending doctor. Intensive consideration of the issues of healthcare reform in the global media could not forget about the people who chose the thorny road of buying the profession of a pediatric doctor. There is no doubt, in fact, that the future pediatrician is interested in the possibility of his own profession, since the reforms taking place in health care absolutely affect the initial period of his development as a specialist. In connection with this, we see it as natural, in fact, that 98.4%

of respondents did not agree with the idea of liquidating the pediatric service, 1.6% found it difficult to answer. The fact that material incentives are considered to be an important motivating moment in future professional work is indicated by the bulk of the respondents (76.5%), who consider it important to increase the salaries of pediatricians.

Conclusion. Taking into account the reforms taking place in recent years, in what amount within the framework of the state program "Soglom Uzbekistan", we saw it fascinating to find out the motivation of the graduates of the medical institute for professional work in the ambulatory-polyclinic service. To the question "Would you like to work as a district pediatrician?", 35.5% answered "Yes", and 66.8% answered "No". Based on this, it is possible to conclude that, regardless of the increase in the salary of the district service, the authority of the profession of the district pediatrician in the eyes of the graduates of the medical institute remains at a low level. A comprehensive sociological study to study the social status and determine the professional capabilities of a pediatrician in a large industrial metropolis allows us to make the appropriate conclusions:

A local pediatrician is considered the most needed doctor of first contact (72.5% of guardians turn to a doctor due to the fact, in fact, that he is a district) With this, 82.4% of guardians are completely satisfied with the doctor treating their own baby, 73.1% do not doubt, in fact, that their baby is not afraid of the doctor and 84.2% of them always follow the advice of the attending doctor. The acquired data speaks of the authority and the highest social status of a pediatrician.

A more significant factor determining the social status of a pediatrician who provides primary health care to children is his affairs with guardians, in fact, which in its own turn depends on the amount of time allotted to the pediatrician for examining the baby and talking with the guardians.

Substantial incentives largely determine the motivation of a worker to work as a pediatrician (84.2% of medical workers and 77.7% of students decided, in fact, that the salary of a pediatrician should be increased) However, not the least significant moment the circumstances of work and the material and technical support of the working space are considered (this is the opinion of 95.4% of medical workers and 86.6% of students), the increase in time for the method of 1 patient (66.6% and 61.4%, respectively)

#### References.

1. Volkova L.I., Shteyngardt Yu.N. Medicine and society, doctor and patient in the 21st century // Russian medical journal. - 2003. - No. 6. - P. 9-10.
2. Baranov A.A., Albitsky V.Yu. Should primary pediatric care be retained for children? // Pediatrics. -2005- № 5. - P. 4 - 7.
3. Baranov A.A., Scheplyagina J.I.A., Ilyin A.G., Kuchma V.P. Children's health status as a factor of national security // Russian Pediatric Journal. - 2005 No. 2. p.4-8
4. Vodopyanova N.E., Starchenkova E.S. Burnout syndrome: diagnosis and prevention. Peter. 2005 with 114.
5. Sharapova OV Medical and social assistance to families, women and children in modern conditions // Healthcare. - 2005. No. 12 - P.24-32.
- 6 Bensing J.M., Verhaak P.E., van Dulmen A.M., Visser A.P. Communication the royal pathway to patient-centered medicine {editorial}. Patient Educ Couns 2000; 39: 1-3.
- 7.Dawes P.J., Davison P. Informed consent: What do patients want know? Sunderland royal infirmary. - London: 1994. - P.18.
8. Crawley F.P. Ethics committees and informed consent: Locating responsibility in clinical trials // Tokai J. Exp. and Clin. Med. - 1997. - Vol.22. - No. 6. - P. 259-265.

## THE QUESTION OF ACCESSIBILITY OF AMBULATORY AND POLYCLINICAL SUPPORT FOR CHILDREN

**Gafurov A.A., Ganiev A.G. Sanakulov A.B.**

Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan

Samarkand State Medical Institute Samarkand, Uzbekistan

Relevance. In the criteria for the implementation of the Concept of the formation of health care and medical science in Uzbekistan, social and hygienic studies, timed to study the state of the issue and the development of measures for the upcoming improvement of the proposal for medical support to the younger generation, are of obvious relevance [4,5,7].

Numerous strategies, concepts, intentions of social formation, preventive programs, including the Presidential Program “Children of Uzbekistan” with the subprogram “2021 declared as the Year of Supporting Youth and Strengthening the Health of the Population” from 2021, as at the federal, for example, and at the territorial levels, the embodiment of the ensemble of events in the field of protecting the well-being of the child population is taken into account, in accordance with the existing economic, personnel and material and technical probabilities [6,10].

The National Plan “Health” implies increasing the property and availability of medical support, improving the criteria for the work of medical staff. In the center of his interest is the tightening of the initial link in medical support, the establishment of prophylaxis and clinical examination, and the increase in the availability of high-tech forms of medical support. As part of the plan, it is expected to tighten primary health care, improve prevention, and early detection of diseases. In these criteria, the question of the quality of the work of the pediatric service that provides outpatient and polyclinic support to the children’s community buys a special meaning [4,5].

However, the effectiveness of measures taken in the given direction is very low, which, according to the opinion of professionals, is guided by a decrease in the prestige of a doctor’s work; weakening interest in primary health care - children’s hospitals and outpatient clinics; to the tasks of prevention; the role of the family in maintaining and strengthening the well-being of the child; slow implementation of scientifically based organizational technologies accumulated in the spaces of skill [6,8].

Recently, there has been an increase in morbidity for all classes of diseases that create acquired pathology: for diseases of the respiratory system by 33.8%; for diseases of the digestive system by 75.6%; for diseases of the nervous system by 15%. There is an increase in oncological morbidity, in the structure of which the main space is occupied by malignant neoplasms of the blood. The number of children with diabetes mellitus has increased by 82.0% over 10 years [2]. It should be noted, in fact, that the incidence in the presenter is due to the children of the first 6 years of life, because they account for 65.0-70.0% of all registered appeals [3,9,10].

Outpatient polyclinic institutions (AAP) are considered to be the main link in the system of events aimed at offering treatment and prophylactic support to the children’s community. However, these are often low-power institutions that are not always able to provide the necessary size of special medical support. The number of independent children’s polyclinics, capable of highly professional, at the modern level, to meet the needs of the baby in treatment-and-prophylactic and medico-social support is gradually decreasing. At the same time, the middle of them operates in 2 cities - the Capital and Andijan [7]. This guides the urgency of improving the organization of outpatient support for children.

Materials and methods of research. Below are the results of processing, generalization and analysis, data of medical and sociological study, acquired by the method of questionnaire selective survey of the guardians of children receiving outpatient and polyclinic support in medical institutions of the metropolis of Andijan.

We have developed a questionnaire consisting of 30 questions, allowing guardians to assess the availability of outpatient and polyclinic support for children and the degree of satisfaction with it.

The practice of sociological sample surveys is absolutely consistent with the progressive advice of the WHO - to use more extensively the method of sociological research in the guise of questioning the population to assess the state of health and determine the strategy for the formation of a branch [1].

In Uzbekistan, sample surveys of people are still being made in an easily accessible unified way of researching and assessing the well-being of the population, and as a result, they are increasingly used in practice to assess the state of well-being and performance of health programs, primarily preventive ones [8].

A total of 500 guardians were interviewed who expressed a desire to take part in the survey. The bulk of the respondents were women (87.0%) aged 20-29 and 30-39 years (49.2% and 44.6%, respectively).

Study results and consideration. As recommended by a sample survey, 95.3% of respondents are considered residents of the Andijan megalopolis, 3.7% live in villages and working places in the Andijan region, and 1.0% are residents of adjoining areas. 52.0% of respondents have one baby in families, 35.4% of families have 2 children, 3 and more children have families 12.5% of respondents.

One of the significant characteristics, determining the well-being of the baby, including the energy of the guardians is considered honey. When analyzing the frequency of hospital visits, it was revealed that in fact, 40.8% of guardians seek medical support more than 10 times, 8.6% 8-10 times, 20.5% from 4 to 7 one and 36.0% from 1- th up to 3 one per year.

Of these, 55.5% of respondents preferred to heal their own baby in a hospital, 33.5% to a home, 9.5% found it difficult to answer this question, and only an insignificant share chose inpatient and day care as a space for offering medical support to a child. hospital (1.5% and 4.5%, respectively).

We found that only 52.0% of guardians usually seek medical support for children immediately, 38.0% - after two or three days from the onset of the disease, 0.5% - a week after the onset of the baby's illness, 8.5% will try not to apply, for example, how they get along in ethnic ways and 1.0% do not go to medical institutions, for example, how they do not trust the doctor. Despite the fact that the majority of respondents quite often apply for outpatient and polyclinic support for children, 17.8% of them found it difficult to name the baby's illness.

The questionnaire provided for the personal assessment of the baby's state of health by the guardians: 60.5 % of respondents, assessed the baby's state of health as faster not bad than bad; 34.0% called it good, 5.0% showed, in fact, that the baby's state of health is faster than good; 0.8% that the state of health is not good.

The relationship between guardians and the attending doctor has a significant meaning in the study of the medical energy of guardians: 73.5% of respondents described them as good, 20.0% - good, and 7.5% found it difficult to answer this question.

In real time the situation remains alarming with the provision of the child population as pediatricians, for example, and narrow specialists, as well as the inaccessibility of young medical workers in outpatient clinics. This precedent entails serious difficulties when offering medical support to children, incl. many hours and many days queues for the way to the doctor. Almost the middle of the surveyed guardians (47.0%) wait for the pediatrician's method from 30 to 60 minutes, 32% - from 15 to 30 minutes, and 21% - more than 1 hour. 15.0% of respondents are likely to receive medical support from a narrow expert on the day of the appeal, 36.5% - on the coming day, and 48.5% have no chance of getting a method in the direction of several days.

In the course of the study, there were the main, in the opinion of the respondents, difficulties were found that reduce the contentment of outpatient-polyclinic support: problems in obtaining a voucher for a way to a doctor, obtaining a procedure, examination (31.6%); waiting list for a way to see a doctor (28.4%); unavailability of an important expert in the hospital (29.5%). 13.8% of caregivers did not experience any inconvenience in obtaining medical support.

In our opinion, great attention is given by the opinion of respondents about the need to pay for consultations, healing and research procedures: 66.4% of respondents have never paid for medical offers in the hospital, 24.6% from time to time did it officially, making money to the cashier of the medical institution, 9.0% give small gifts to the doctor or nurse or pay every day for medical support, and 0.8% did not pay themselves, but "most likely they know that others are actually doing it".

The guardians were asked to provide a joint assessment of the work of the children's outpatient clinic. Most of the respondents rated the work of the hospital as "good" - 66.6%, most often this assessment was highlighted in the questionnaire by employees (24.0%); 28.0% of the respondents believe that the hospital, where their babies receive medical support, works "satisfactorily", it is the leading office workers (7.7%) and workers (7.5%); 8.0% of respondents assessed the hospital's work as "excellent", more often these answers were highlighted by trade employees and adherents of other professions (3.4%). Those who rated the work of the hospital as unsatisfactory, and there were no guardians who found it difficult to answer this question (Table 1).



Table 1

**Evaluation of the work of children's outpatient clinics in Andijan  
(according to a survey of parents, % of respondents)**

Assessment of the work of the polyclinic	Parents profession (%)							Total %
	working	Agriculture worker	Employee	Private entrepreneur	unemployed,	Health worker	Employee of trade, etc.	
Excellent	1,0	0,5	1,5	0,5	1,0	0	2,0	6,5
Good	13,0	0,5	22,0	1,0	11,5	6,0	13,5	67,5
Satisfied Good	6,0	0	6,5	1,0	4,0	3,5	5,0	26,0
Total	20,0	1,0	30,0	2,5	16,5	9,5	20,5	100

Conclusions. According to the results of a medical and sociological study of the satisfaction of guardians with medical support provided by city children's outpatient clinics to their children, the following was revealed:

- a low degree of medical energy of parents;
- organizational defects technologies in children's clinics;
- defect of children's experts, as well as young experts in the initial link;
- deficiency of the material and technical base of children's medical and preventive institutions (medical equipment, transport).

We need a complete alignment in the organization of medical support for children at the outpatient level of primary medical and social support.

#### References.

1. Baranov A.A., Namazova-Baranova L.S., Al'bickij V.YU. Profilakticheskaya pediatriya - novye vyzovy. Voprosy sovremennoj pediatrii. 2012. № 2. S. 7-11.
2. Ilyin A.G. Development of a system of measures to improve the organization of medical support for adolescent children in modern conditions: dis. Dr. med. sciences / A.G. Ilyin. - M., 2015. - 401 p.
3. Lazurenko S.B., Namazova-Baranova L.S., Konova S.R. i dr. Mediko-psihologo-pedagogicheskaya pomoshch' detyam s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya: puti sovershenstvovaniya. Rossijskij pediatricheskij zhurnal. 2013. № 2. S. 39-43.
4. Krasavina N.A. The state of health of children and ways to improve outpatient care at the regional level: dis. Dr. med. sciences / N.A. Krasavina. - Perm, 2016. - 340 p.
5. Scientific bases of child health protection: (session of the Russian Academy of Medical Sciences) // Doctor. - 2015. - № 2. - P. 3.
6. Starodubov V.I. Clinical management: theory and practice / V.I. Starodubov, T.K. Lugovkin. - M.: Medicine, 2016. - 192 p.
7. Chicherin L.P. [and others] // Probl. social. health hygiene and medical history. - 2006. - № 3. - P. 21 - 28.
8. Shutov D.V. Optimization of specialized outpatient medical care for children at the regional level: abstract dis. Dr. med. sciences / D.V. Shutov. - Ryazan, 2006. - 46 pp.
9. Shchepin O.P., Ovcharov V.K. // Probl. social. health hygiene and medical history. - 2013. - No. 6. - From 3-7.
10. Tulenkova T.E., Han M.A. Programmy i tehnologii rannej profilaktiki narushenij nervno-psihicheskogo razvitiya detej grupp perinatal'nogo riska. Vestnik vosstanovitel'noj mediciny. 2012. № 3. S. 23-26.

**BOLALARDA O'TKIR GEMATOGEN OSTEOMIELITNI TASHXISLASH VA DAVOLASH TAMOYILI.****Baratov F.T., Chuliev M.S., O'glonov I.M.**

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, Toshkent, O'zbekiston

Gematogen osteomiyelit eng og'ir yiringli-septik kasalliklardan biri bo'lib, kech tashxis qo'yilganligi va etarli darajada davolanmaganligi tufayli ko'plab organ etishmovchiligi, septik shok va o'lim bilan og'ir sepsis rivojlanishiga olib keladi. Kasallikning dastlabki bosqichida bolalarda o'tkir gematogen osteomiyelitning diagnostikasi muayyan qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi, shuning uchun umumiy qabul qilingan tashxis bilan bir qatorda zamonaviy invaziv bo'lmagan diagnostika usullarini (ultratovush, KT) qo'llash juda muhimdir.

Tadqiqotning maqsadi: bolalarda o'tkir gematogen osteomiyelitni eng muhim diagnostik mezonlarni aniqlash va kompleks davolash samaradorligini baholash.

Materiallar va tadqiqot usullari: Ish ToshPTI klinikasining bolalarxirurgik infeksiya bo'limida davolangan 2015-2020 yillar oralig'ida 2 oydan 12 yoshgacha bo'lgan o'tkir gematogen osteomiyelit bilan og'rigan 94 bolani diagnostikasi, klinik ko'rinishi va davolash natijalarini tahlil qilishga asoslangan. Barcha bolalar klinik tekshiruvdan, laboratoriya, ultratovush va radiologik tadqiqot usullaridan o'tdilar. Murakkab davolash jarrohlik va intensiv terapiyani o'z ichiga olgan.

Tadqiqot natijalari va munozara: 2 oydan 3 yoshgacha 53 bemor davolangan, shu jumladan 4 tasi 30 kunlik chaqaloq; 3 yoshdan 15 yoshgacha - 41 bola.

O'tkir gematogen osteomiyelitda jarayonning lokalizatsiyasi:

- son suyagi - 31 bola;
- boldir - 27 bola;
- elka - 24 bola;
- bilak suyaklari - 6 bola;
- o'mrovsuyagi - 2
- oyoq kaft usti suyaklari - 4 bola;

Neonatal davrdagi o'tkir gematogen osteomiyelitli bolalarda uzun naysimon suyaklarning epifiz zonasiga ( 2 tasi elka va 2 tasi son suyagi) ta'sir ko'rsatdi. 2 oydan 3 yoshgacha bo'lgan bemorlarda uzun naysimon suyaklarning epimetafiz zonasi 40 ta, diafizar-8ta, total-5tabemorda kurzatildi. Ushbu yosh guruhidagi bolalarda asosan klinik ko'rinishi bu tana haroratini ko'tarilishi 39-41°, kuchli intoksikasiya, bo'g'imlar sohasida shish, qizarish, bezovtalik, ovqatlanishdan bosh tortish, teri osti venoz tarmog'ining kengayishi ustun bo'lgan.

Laboratoriya ishida, 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda umumiy qon tekshiruvda, formulaning chap tomonga siljishi bilan leykotsitoz ( $20 \times 10^9$  g / l gacha) qayd etilgan; biokimyoviy qon tekshiruvi C reaktiv oqsil ning o'rtacha o'sishini, gemaglobin ( $90 \times 10^{12}$  g / l gacha kamayishi) ko'rsatdi. Ushbu yosh guruhidagi zararlangan uzun naysimon suyaklarning epifiz va epimetafiz 21 bolada zararlangan bo'g'imlarning ultratovush tekshiruvi natijasida kasallikning dastlabki 3-4 kunida yumshoq to'qimalarning qalinlashishi, periost qalinlashishi va bo'g'imoralig'ikengayishi, suyuqlikaniqlandi. Ushbu guruhning barcha bolalarida rentgenologik tekshiruv o'tkazildi. Metafizar zonasi va bo'g'imlari hududida o'zgarishlar aniqlangan 16 bemorda kasallikning 3-5-kunida bo'g'im oralig'i kengayishi, ikkita erta tug'ilgan chaqaloqlar metafizar destruktiv o'choq aniqlandi. 3 yoshdan 15 yoshgacha bo'lgan bolalar zararlangan oyoq-qo'llarining og'rig'i va harakatchanlikning cheklanishi, isitma febril qiymatlarga qadar oshishi ( $38-39^\circ$  S gacha), umumiy holsizlik, charchoqdan shikoyat qildilar.

Uzun naysimon suyaklari shikastlangan bolalarda klinik tekshiruvda oyoq-qo'lning majburiy holati qayd etildi; 24 bolada (ekstramedullar fazasi) yumshoq to'qimalar flegmonasi belgilari (shish, giperemiya, palpatsiya paytida og'riq, mahalliy gipertermiya, fluktuasiya) kuzatildi; 17 ta holatda (intramedullar fazasi) yumshoq to'qimalarning ozgina shishishi, yuza venalarning kengayishi, perkussiya paytida og'riq, harakatchanligi cheklangan va passiv harakatlarga harakat qilganda oyoq-qo'lidagi og'riq kuchaygan.

Laboratoriya ma'lumotlari aniq yallig'lanish belgilarini ko'rsatdi (leykotsitoz  $19 \times 10^9$  g / l gacha, C-reaktiv oqsilning 100 mg / l gacha ko'payishi).

Suyak rentgenogrammasidagi o'zgarishlar faqat kasallik boshlanganidan 12-18 kun o'tgach aniqlandi (periostit, destruktiv o'choqlari) va shuning uchun erta tashxis qo'yish mezonlari bo'lib xizmat qila olmaydi. Intramedullar fazasi bo'lgan 24 ta bemorlarda o'tkazilgan ultratovush tekshiruvi

kasallikning boshlanishidan 3-5 kun o'tgach, uzun naysimon suyaklarida mushaklarning hajmining ko'payishini va mushaklarning exogenligini pasayishini, suyak to'qimasini akustik zichligi pasayishi, periost qalinlashishi aniqlandi. 10 ta bemorda kasallikning boshlanishidan 10-12 kun o'tgach ultratovush tekshiruvda yumshoq to'qimalarda infiltrat va flegmona, bo'g'im oralig'ining kengayishi, bo'g'im bo'shlig'ida yiringli suyuqlik to'planishi, kapsula va sinoviyumning qalinlashishi aniqlandi. 3 yoshdan 15 yoshgacha bo'lgan o'tkir gematogen osteomiyelit bilan kasallangan 12 bemorda o'tkazilgan kompyuter tomografiyasi (KT) kasallik boshlanganidan 3-4 kun o'tgach zararlangan hududda yumshoq to'qimalarining shishishi va periostning qalinlashishini aniqladi.

O'tkir gematogen osteomiyelit bilan og'rikan 75 bolada tizimli yallig'lanish reaksiyasi sindromi, 19 holatda - sepsis (T.P. Krasnobaevga ko'ra septikopemik shakl) aniqlandi.

O'tkir gematogen osteomiyelitli bolalarni davolash murakkab bo'lib, unga jarrohlik, immobilizatsiya, antibiotik terapiyasi, etarli patogenetik ta'sir, simptomatik davolash kiradi. 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda jarrohlik davolashda bo'g'im punksiyasi va immobilizatsiya qilish - 10 ta bemor. Ushbu yosh guruhidagi 29 ta bemorga flegmonani ochish, 14 ta osteoperforatsiyasi va immobilizatsiya qilindi. 3 yoshdan 15 yoshgacha uzun naysimon suyaklarning o'tkir gematogen osteomiyelit bilan og'rikan 28 ta bemorda (osteomiyelitning intramedullar fazasi bo'lgan bemorlar) antibiotiklarni yuborish uchun suyak iligi kanaliga suyak ichi ignalarini kiritish bilan osteoperforatsiyani boshdan kechirdilar.

Jarayonning ekstramedullar bosqichida (13 bola) yumshoq to'qimalar flegmonasi ochildi va drenajlandi, suyak ichi ignalari kiritilishi bilan osteoperforatsiya qilindi. Boshqa hollarda, jarayonning lokalizatsiyasi (quymich, tizza qopqog'i, tovon suyaklari) yiringli bo'liqlarni ochish va drenajlash amalga oshirildi. Jarrohlikdan so'ng, barcha bolalar immobilizatsiya maqsadida zamonaviy fiksaj materiallaridan foydalanildi.

Operatsiya paytida olingan yiring, ponksiyon suyuqlikni mikrobyal florani aniqlash va uning antibiotiklarga sezgirligini aniqlash maqsadida bakteriologik tekshiruvga olindi. Neonatal davrdagi bolalarda barcha holatlarda patologik floradan patogen *Staphylococcus aureus* aniqlandi. Kattaroq bolalarda *Staphylococcus aureus* ustunligi qayd etilgan (26 holat), 6 bemorda epidermal stafilokokk floradan ajratilgan, 12 tasida pyogenik streptokokk, 19 da grammanfiy flora (*Proteus*, *Escherichia coli*, enterobakteriya, asinetobakter), 27 ta mikrofloraning o'sishi olinmagan.

Antibiotiklarning birinchi kursini tayinlashda empirik printsiptan foydalanilgan holda II va III avlod sefalosporinlar va aminoglikozidlar guruhiga mansub dorilar tayinlandi, antibakterial davoning keyingi kurslarini belgilashda olingan bakteriologik tekshiruv natijalari asoslangan holda berildi.

Patogenetik ta'sir ko'rsatish uchun o'tkir gematogen osteomiyelit bilan kasallangan bolalarni kompleks davolashda antikoagulyantlar, antitrombotsitlar, proteolitik fermentlar va immunopreparatlar qo'llanildi. Simptomatik terapiya og'riq qoldiruvchi vositalar va yallig'lanishga qarshi preparatlarni buyurishdan iborat bo'ldi.

O'tkir gematogen osteomiyelit bilan og'rikan barcha bemorlar qon aylanishi va detoksifikatsiyani to'ldirishga qaratilgan etarli infuzion terapiya o'tkazildi. Sepsisli bemorlarda gemo-, plazmo-, albumin terapiya, antistafilokokkli gammaglobulin muolajalari otkazildi. Vaziyat barqarorlashganda, bemorlarga fizioterapiya buyurildi: UVCH, lazeroterapiya, elektroforez kaltsiy xlorid.

Barcha bolalar qoniqli holatda chiqarildi.

O'limga olib keladigan natijalar kuzatilmadi. Bitta holatda jarayon surunkali bosqichga o'tdi. Barcha bemorlar uchun ikki yilgacha dispanser kuzatuv tavsia etiladi.

Xulosa

1. O'tkir gematogen osteomiyelit - bu barcha yoshdagi bolalarda uchraydigan og'ir yiringli-septik kasallik bo'lib, ko'pincha uzun naysimon suyaklarda uchraydi.

3. Erta yoshdagi bolalardagi kasallikni kechishida o'ziga xos xususiyatlariga ega.

4. O'tkir gematogen osteomiyelitni erda tashxislashda minimal invaziv usullar - ultratovush va KT muhim rol o'ynaydi.

5. O'tkir gematogen osteomiyelitni muvaffaqiyatli davolashning kaliti o'z vaqtida tashxis qo'yish va patogenetik jihatdan asosli davolashdir.

#### Adabiyotlar.

1. Grana V.N., Sapov G.A., Vesely S.V. va bolalarda o'tkir gematogen osteomiyelitning boshqa klinik ko'rinishlari, diagnostikasi va davolash. Bolalar salomatligi. 2008 yil;

2. Zavadovskaya V.D., Polkovnikova S.A. Perova T.B. Bolalardagi o'tkir gematogen osteomiyelit diagnostikasida ultratovush tekshiruvining imkoniyatlari. Ultratovush va funktsional diagnostika.

2006 yil; 4: 67-75.

3. Meltsin I.I., Kotlubaev R.S., Afukov I.V., Ares-tova S.V. Yosh bolalarda o'tkir gematogen osteomiyelit diagnostikasida rentgen va ultratovush tekshiruvlarining o'rni. Yosh ilmiy almanax. 2014 yil; 3: 34-39.

4. Bondar O.B., Bondar B.M., Kazanskiy A. Yu. Bolalarda quvurli suyaklarning o'tkir gematogen osteomiyelitini davolashning yangi usuli // Vestn. Vinnitsk. nat

5. Morozova OL, Chesnokova NP, Morozov DA Bolalardagi o'tkir gematogen osteomiyelitning patofiziologik va klinik jihatlari.- Saratov, 2005.

6. Chuliev M.S., Xotamov H.N., Xolmetov Sh.Sh., Bayaxmedov F.F. Chagaloqlarda o'tkir hematogen epifiz osteomiyelit diagnostikasi va davosi. Nazariy va klinik tibbiyot. 2019 yil; 5: 201-204

## БОЛАЛАРДА ИЧАКДАГИ ДИСБИОТИК ЎЗГАРИШЛАРИДА ЛИМФОАДЕНОИД ТЎҚИМАСИНИНГ ЗАРАРЛАНИШИ ВА УНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Абдурахмонов И.Р., Бегнаева М.У.

Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Долзарблиги. Пирогов-Вальдейер ҳалқум лимфоаденоид ҳалқаси сурункали яллиғланиш касалликлари нафақат болалар оториноларингологиясининг, балки педиатриянинг долзарб муаммоси ҳисобланиб, охириги йилларда кўплаб шифокорлар орасида конференциялар ва кизиқарли мулоҳазалар мавзуси бўлиб келмоқда. Ҳозирги кунда болаларда касалланиши орасида юқори нафас йўллари касалликлари 68-82 фоизни, жумладан шундан лимфоаденоид ҳалқанинг зарарланиши деярли ярмини ташкил қилади [1]. Пальчун В.Т. (1994) келтирган маълумотларда касалликлари ЛОР касалликлари ичида ҳалқум касалликлари доимий 1 ўринда туради.

Ҳалқум лимфоаденоид тўқимасининг (бурун ҳалқум ва танглай муртаклари) гипертрофияси ҳалқум патологиялари ичида 25 фоиздан 45 фоизгача учрайди. Сурункали тонзиллит болалар орасида ўртача 12-16 фоизни, айрим муаллифларнинг фикрича 43,8 фоизни ташкил қилади [5]. Лимфоаденоид тўқимасининг (бурун ҳалқум ва танглай муртаклари) гипертрофияси болаларнинг руҳий ва жисмоний ривожланишига салбий таъсир кўрсатади ва кўпгина асоратларга олиб келади [2,4]. Ҳалқум лимфоид тўқималари гипертрофиясининг ривожланиб бориши болаларнинг тет тез шамоллаши, ичакдаги дисбиотик бузилишлар, инфекциян касалликлар билан касалланиши, қисқаси иммунитетнинг пасайиши ва организм реактивлигини пасайиши билан боғлиқ ҳолат ҳисобланади [3].

Болаларда ичакнинг дисбиотик бузилишлари учраши бўйича 75-80 фоизни эгаллаб, педиатриянинг долзарб муаммоларидан бўлиб келмоқда. Бундан ташқари, охириги йилларда болаларда ичак бузилишлари фонида лимфоаденоид ҳалқанинг зарарланиши кўп учрайди, бу эса ўз навбатида касалликнинг давомли, ҳамда оғир кечишига ва турли хил асоратларга сабабчи бўлиб келмоқда [6].

Тадқиқотнинг мақсади: Болаларда ичакдаги дисбиотик ўзгаришларда лимфоаденоид тўқимаси ҳолатини аниқлаш ва коррекция қилиш усуллари ишлаб чиқиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Самарқанд вилоят болалар кўптармоқли тиббиёт маркази ЛОР поликлиникаси ва булимида 2015-2020 йил оралигида ичакдаги дисбиотик бузилишлар фонида лимфоаденоид тўқимасининг зарарланишига гумон қилиниб 4 ёшдан 12 ёшгача бўлган 48 та бола текширилди. Беморларнинг бирламчи текширувдан ўтказиш ва даволаш амбулатор ва стационар шароитда олиб борилди. Олдимизга қўйган мақсадни амалга ошириш учун назоратдаги 78 та беморни икки гуруҳга бўлдиқ: 1. Асосий гуруҳ – 25 та бемор. 2. Назорат гуруҳ – 23 та бемор. Беморларни текшириш умумий ва ЛОР аъзоларни объектив текширишни ўз ичига олди. Умумий текширишга анамнез йиғиш, шикоят, ЛОР аъзолари объектив текширувига: олдинги риноскопия, орқа риноскопия, фарингоскопия, ҳалқум қисмларини оптик эндоскоп ёрдамида текшириш. Барча беморлар ахлати дисбактериозга текширилди. Бунинг учун стерил контейнерга 30 мл ҳажмдаги нажас олиниб, 8 соат ичида бактериологик лабораторияга олиб борилди. Материал лабораторияда рўйхатдан ўтиб, ундан сўнг суртма тайёрланиб, Грамм усулида бўйлиб микроскопия қилинади. Кейинчалик эса олинган материалдан  $10^1$  дан  $10^{11}$  гача сериали тиртрли эритма 0,1 % ли редуцирланган агарли фосфат буфериди тайёрланган.

Тадқиқот натижалари ва уларни муҳокамаси.

1. Ичакдаги дисбиотик бузилиш фонида лимфоаденоид тўқимаси зарарланиши бор болаларнинг клиник-лаборатор текшириш натижалари таҳлили

Беморлар шикоятлари, анамнез маълумотлари ва ЛОР аъзоларининг объектив текширув (ме зофарингоскопия, риноскопия, орқа риноскопия, оғиз-ҳалқум ва бурун-ҳалқум эндоскопияси) натижаларига асосланиб қуйидаги касалликларни аниқладик. 16 та беморда аденоид вегитацияси билан (асосий гуруҳда 9 та, назорат гуруҳида 7 та), 8 та бемор танглай муртаклари гипертрофияси билан (асосий гуруҳда 4 та, назорат гуруҳида 4 та), аденоид вегитацияси ва танглай муртаклари гипертрофияси биргаликда учраши билан (асосий гуруҳда 6 та, назорат гуруҳида 4 та), сурункали тонзиллит билан (асосий гуруҳда 6 та, назорат гуруҳида 8 та) (1-жадвал).

1-жадвал

Касалликлар	Асосий гуруҳ 25 та бемор	Назорат гуруҳи 23 та бемор
Аденоид вегетацияси	9	7
Танглай муртаклари гипертрофияси	4	4
Аденоид вегетацияси ва танглай муртаклари гипертрофияси	6	4
Сурункали тонзиллит	6	8

Аденоид вегетацияси аниқланган беморларнинг 12 тасида аденоид вегетацияси II-даражаси (асосий гуруҳда 7 та, назорат гуруҳида 5 та), 4 тасида аденоид вегетацияси III-даражаси (асосий гуруҳда 2 та, назорат гуруҳида 2 та) аниқланди.

Танглай муртаклари гипертрофияси аниқланган беморларнинг 6 тасида танглай муртаклари гипертрофияси II-даражаси (асосий гуруҳда 3 та, назорат гуруҳида 3 та), танглай муртаклари гипертрофияси III-даражаси (асосий гуруҳда 2 та, назорат гуруҳида 2 та) аниқланди.

Аденоид вегетацияси ва танглай муртаклари гипертрофияси биргаликда учраган беморларнинг 8 тасида аденоид вегетацияси II- даражаси, танглай муртаклари гипертрофияси II-даражаси (асосий гуруҳда 5 та, назорат гуруҳида 3 та), аденоид вегетацияси III-даражаси, танглай муртаклари гипертрофияси II-даражаси (асосий гуруҳда 1 та, назорат гуруҳида 1 та) аниқланди.

Сурункали тонзиллити аниқланган беморларнинг 7 тасида сурункали тонзиллит, оддий шакли (асосий гуруҳда 3 та, назорат гуруҳида 4 та), сурункали тонзиллит, токсико-аллергик шакли (ТАШ) I-даражаси (асосий гуруҳда 2 та, назорат гуруҳида 3 та), сурункали тонзиллит, ТАШ II- даражаси (асосий гуруҳда 1 та, назорат гуруҳида 1 та) аниқланди (2-жадвал).

2-жадвал

Касалликлар	Асосий гуруҳ (25 та бемор)	Назорат гуруҳи (23 та бемор)	Жами бемор сони
Аденоид вегетацияси II -даражаси	7	5	12
Аденоид вегетацияси III- даражаси	2	2	4
Танглай муртаклари гипертрофияси II- даражаси	2	2	4
Танглай муртаклари гипертрофияси III -даражаси	2	2	4
Аденоид вегетацияси II-даражаси, танглай муртаклари гипертрофияси II -даражаси	5	3	8
Аденоид вегетацияси III-даражаси, танглай муртаклари гипертрофияси II-даражаси	1	1	2
Сурункали тонзиллит, оддий шакли	3	4	7
Сурункали тонзиллит, ТАШ I-даражаси	2	3	5
Сурункали тонзиллит, ТАШII-даражаси	1	1	2

2. Ичакдаги дисбиотик бузилиш фонида лимфоаденоид тўқимаси зарарланиши бор болаларда ичак ва халқум микрофлорасини таҳлил қилиш

Ичак микробиоценозини текшириш натижалари бизга қуйдагиларни берди.Барча беморларимизда нажас бактериологик таҳлилида бифидобактериялар ва лактобактериялар миқдори турли даражаларда камайган бўлиб чиқди.Ичактаёқчалари миқдори асосий гуруҳда 13 та беморда, назорат гуруҳида 12 та беморда ошган.Бактериоидлар асосий гуруҳда 11 та беморда, назорат гуруҳида 8 та беморда ошган. Пептострептококклар асосий гуруҳда 10 та беморда, назорат гуруҳида 7 та беморда ошган. Энтерококклар асосий гуруҳда 10 та беморда, назорат гуруҳида 7 та беморда ошган.Пептококклар асосий гуруҳда 12 та беморда, назорат гуруҳида 12 та беморда ошган. Стафилококклар асосий гуруҳда 4 та беморда, назорат гуруҳида 3 та беморда ошган. Кандидалар асосий гуруҳда 7 та беморда, назорат гуруҳида 5 та беморда ошган.Текширувдаги беморларда шигеллалар,кlostридиялар,салмонеллалар ва бошқа патоген микрофлоралар аниқланмади (3 жадвал).

3-жадвал

Микроорганизмлар номлари	Нормадаги миқдори Болаларда	Асосий гуруҳ	Назорат гуруҳи
Бифидобактерия	10 <sup>10</sup> – 10 <sup>11</sup> АМБ/г.	25 та беморда ҳам миқдори камайган	23 та беморда ҳам миқдори камайган
Лактобактерия	10 <sup>6</sup> -10 <sup>9</sup> АМБ/г	25 та беморда ҳам миқдори камайган	23 та беморда ҳам миқдори камайган
Ичак таёқчаси	10 <sup>7</sup> -10 <sup>8</sup> АМБ/г гача	13 та беморда ҳам миқдори ошган	12 та беморда ҳам миқдори ошган
Бактероидлар	10 <sup>7</sup> -10 <sup>8</sup> АМБ/г гача	11 та беморда ҳам миқдори ошган	8 та беморда ҳам миқдори ошган
Пептострептококк-лар	10 <sup>5</sup> - 10 <sup>6</sup> АМБ/г гача	10 та беморда ҳам миқдори ошган	7 та беморда ҳам миқдори камайган ошган
Энтерококклар	10 <sup>5</sup> -10 <sup>8</sup> АМБ/г гача	10 та беморда ҳам миқдори ошган	7 та беморда ҳам миқдори ошган
Пептококклар	10 <sup>5</sup> -10 <sup>6</sup> АМБ/г гача	12 та беморда ҳам миқдори ошган	12 та беморда ҳам миқдори ошган
Стафилококклар	Сапрофитстафилококклар	4 та беморда ҳам миқдори ошган	3 та беморда ҳам миқдори ошган
Клостридиялар	10 <sup>5</sup> АМБ/г гача	-	-
Ачиткисимон замбуруғлар(кандидалар ва бошқалар	10 <sup>3</sup> АМБ/г гача	7 та беморда ҳам миқдори ошган	5 та беморда ҳам миқдори н ошган

Ичак микробиоценозини текшириш натижаларини дисбактериоз даражалари бўйича таҳлил қилганимизда қуйдаги натижалар келиб чиқди.

I-даражали дисбактериоз 11 та беморда кузатилди, шундан асосий гуруҳда 5 та, назорат гуруҳида 6 та.

II -даражали дисбактериоз 25 та беморда кузатилди, шундан асосий гуруҳда 13 та, назорат гуруҳида 12 та.

III -даражали дисбактериоз 12 та беморда кузатилди, шундан асосий гуруҳда 7 та, назорат гуруҳида 5 та.

IV -даражали дисбактериоз беморларда кузатилмади (3- жадвал).

3- жадвал

Дисбактериоз даражалари	Асосий гуруҳ	Назорат гуруҳи	Жами беморлар сони
I-даражали	5 (10,4%)	6 (12,5%)	11 (22,9%)
II -даражали	13 (27,1%)	12 (25%)	25 (52,1%)
III-даражали	7 (14,6%)	5 (10,4%)	12 (25%)
IV -даражали	----	----	----

Дисбактериоз I-даражаси аденоид вегетацияси II-даражаси бор беморларда асосий гуруҳда 2 та беморда, назорат гуруҳида 2 та беморда, танглай муртаклари гипертрофияси II-даражаси бор беморларда асосий гуруҳда 2 та беморда, назорат гуруҳида 1 та беморда, танглай муртаклари гипертрофияси III-даражаси бор беморларда асосий гуруҳда аниқланмади, назорат гуруҳида 1 та беморда, аденоид вегетацияси II даражаси, танглай муртаклари гипертрофияси II-даражаси бирга учраган беморларда асосий гуруҳда 1 та беморда, назорат гуруҳида 2 та беморда аниқланди.

Дисбактериоз II-даражаси аденоид вегетацияси II-даражаси бор беморларда дисбактериоз II-даражаси асосий гуруҳда 5 та беморда, назорат гуруҳида 3 та беморда, аденоид вегетацияси II-даражаси бор беморларда асосий гуруҳда 2 та беморда, назорат гуруҳида 2 та беморда, танглай муртаклари гипертрофияси II-даражаси бор беморларда асосий гуруҳда аниқланмади, назорат гуруҳида 2 та беморда, танглай муртаклари гипертрофияси III-даражаси бор беморларда асосий гуруҳда 2 та беморда, назорат гуруҳида 1 та беморда, аденоид вегетацияси II-даражаси, танглай муртаклари гипертрофияси II-даражаси бирга учраган беморларда асосий гуруҳда 4 та беморда, назорат гуруҳида аниқланмади, сурункали тонзиллит, оддий шакли беморларда асосий гуруҳда аниқланмади, назорат гуруҳида 3 та беморда аниқланди.

Дисбактериоз II-даражаси сурункали тонзиллит, оддий шакли бор беморларда асосий гуруҳда 3 та беморда, назорат гуруҳида 1 та беморда, сурункали тонзиллит, ТАШ I-даражаси бор беморларда асосий гуруҳда 2 та беморда, назорат гуруҳида 2 та беморда, сурункали тонзиллит, ТАШ II-даражаси бор беморларда асосий гуруҳда 1 та беморда, назорат гуруҳида 1 та беморда аниқланди.

Бурун-халқумватанглай муртақлари шиллик қаватидан олинган суртманининг бактериологик текширувлари бизга куйдаги натижаларни берди. *Stafilococcus aureus* 25% беморларда (асосий гуруҳда 12,5%, назорат гуруҳида 12,5%), *Streptococcus pneumoniae* 29,2% беморларда (асосий гуруҳда 12,5%, назорат гуруҳида 16,7%), *Haemophilus influenzae* 31,3% беморларда (асосий гуруҳда 14,6%, назорат гуруҳида 16,7%), *St. piogenes* 72,9% беморларда (асосий гуруҳда 35,4%, назорат гуруҳида 37,5%), *Moraxella catarrhalis* 12,5% беморларда (асосий гуруҳда 6,25%, назорат гуруҳида 6,25%), *St. epidermidis* 43,75% беморларда (асосий гуруҳда 25%, назорат гуруҳида 18,75%), *Candida albicans* 37,5% беморларда (асосий гуруҳда 20,8% назорат гуруҳида 16,7%) аниқланди.

3. Ичакдаги дисбиотик бузилиш фонида лимфоаденоид тўқимаси зарарланиши бор болаларни индивидуал даволаш-реабилитацион алгоритмини ишлаб чиқиш

Барча назоратимиздаги (асосий ва назорат гуруҳидаги) беморларга аънанавий усулда 7-10 кун давомида лимфоаденоид тўқимаси зарарланишларига куйдаги даво муолажалар қилинди:

- бактериологик текширув натижаларига асосланиб индивидуал антибиотикотерапия;
- маҳаллий яллиғланишга қарши, шиллик қаватни буруштировчи ва қон томирларни торайтировчи дори воситалар;
- маҳаллий ва умумий иммунитетни оширувчи дори воситалар;
- калций препаратлари ва витаминлар;
- бактериологик текширув натижаларига асосланиб замбуруғга қарши дори воситалар;
- сурункали тонзиллити бор беморлар танглай муртақлари лакуналари антисептик эритмалар билан ювилди.

Аденоид вегетацияси III-даражаси бўлган 4 та беморларга режали равишда аденотомия (асосий гуруҳдан 2 та ва назорат гуруҳидан 2 та бемор), танглай муртақлари гипертрофияси III- даражаси бўлган 4 та беморларга режали равишда тонзиллотомия (асосий гуруҳдан 2 та ва назорат гуруҳидан 2 та бемор), аденоид вегетацияси III-даражаси, танглай муртақлари гипертрофияси II-даражаси бор 2 та беморларга режали равишда аденотонзиллотомия (асосий гуруҳдан 1 та ва назорат гуруҳидан 1 та бемор), сурункали тонзиллит, ТАШ II-даражаси бор 2 та беморларга кўрсатмаларга асосланиб режали равишда тонзиллоэктомия (асосий гуруҳдан 1 та ва назорат гуруҳидан 1 та бемор) жарроҳлик амаллари қилинди. Асосий гуруҳдаги беморларга юқоридаги муолажаларга кўшимча қилиб ичакдаги дисбиотик бузилишларни тиклаш мақсадида хилак форте дори воситаси берилди.

Даволангандан 2 ойдан кейин барча беморларимизда қайта нажасни бактериологик таҳлилини ўтказдик. Бунинг натижаларига кўра бифидобактериялар ва лактобактериялар миқдори асосий гуруҳда 5 та беморда, назорат гуруҳида 20 та беморда камайган бўлиб чиқди. Ичак таёқчалари миқдори асосий гуруҳ беморларда нормада, назорат гуруҳида 10 та беморда ошган. Бактериоидлар асосий гуруҳ беморларда нормада, назорат гуруҳида 7 та беморда ошган. Пептострептококклар асосий гуруҳ беморларда нормада, назорат гуруҳида 6 та беморда ошган. Энтерококклар асосий гуруҳ беморларда нормада, назорат гуруҳида 8 та беморда ошган. Пептококклар асосий гуруҳ беморларда нормада, назорат гуруҳида 10 та беморда ошган. Стафилококклар асосий гуруҳ беморларда нормада, назорат гуруҳида 5 та беморда ошган. Кандидалар асосий гуруҳ беморларда нормада, назорат гуруҳида 6 та беморда ошган. Текширувдаги беморларда шигеллалар, клостридиялар, салмонеллалар ва бошқа патоген микрофлоралар аниқланмади.

Даволанишдан олдин: Бурун-халқум ва танглай муртақлари шиллик қаватидан олинган суртманининг бактериологик текширувлари даволашдан олдин ва даволашдан 2 ойдан сўнг бизга куйдаги натижаларни берди. *Stafilococcus aureus* 25% беморларда (асосий гуруҳда 12,5%, назорат гуруҳида 12,5%), *Streptococcus pneumoniae* 29,2% беморларда (асосий гуруҳда 12,5%, назорат гуруҳида 16,7%), *Haemophilus influenzae* 31,3% беморларда (асосий гуруҳда 14,6%, назорат гуруҳида 16,7%), *St. piogenes* 72,9% беморларда (асосий гуруҳда 35,4%, назорат гуруҳида 37,5%), *Moraxella catarrhalis* 12,5% беморларда (асосий гуруҳда 6,25%, назорат гуруҳида 6,25%), *St. epidermidis* 43,75% беморларда (асосий гуруҳда 25%, назорат гуруҳида



18,75%), *Candida albicans* 37,5% беморларда (асосий гуруҳда 20,8% назорат гуруҳида 16,7%) аниқланди.

Даволанишдан кейин: *Stafilococcus aureus* иккала гуруҳ беморларда ҳам аниқланмади, *Streptococcus pneumoniae* 4,2% беморларда (асосий гуруҳда 2,1%, назорат гуруҳида 2,1%), *Haemophilus influenzae* 6,25% беморларда (асосий гуруҳда 2,1%, назорат гуруҳида 4,15%), *St. piogenes* 27,1% беморларда (асосий гуруҳда 8,3%, назорат гуруҳида 18,8%), *Moraxella catarrhalis* 4,2% беморларда (асосий гуруҳда 2,1%, назорат гуруҳида 2,1%), *St. epidermidis* 16,7% беморларда (асосий гуруҳда 6,25%, назорат гуруҳида 10,45%), *Candida albicans* 4,2% беморларда (асосий гуруҳда аниқланмади, назорат гуруҳида 4,2%) аниқланди.

Хулосалар. Болаларда ичакдаги микробиоценознинг ўзгариши натижасида озик моддалар, витаминлар ва биоген элементларнинг конга сўрилиши бузилади, бу эса организмнинг кучсизланишига олиб келади. Организмнинг кучсизланиши организмнинг химоя механизмининг биринчи звеносига қирувчи ҳалқум лимфоид тўқимасининг ички ва ташқи омиллар таъсирига сезувчанлигини ошишига олиб келади. Болаларда ичакдаги дисбиотик бузилишлар даражаси қанча юқори бўлса, бу ҳолат лимфоаденоид тўқимаси шиллик қавати микрофлорасининг ўзгаришига ва клинко-функционал ҳолатининг бузилишига сабаб бўлади. Болаларда ичакдаги дисбиотик бузилишлар билан лимфоаденоид тўқимаси зарарланиши бирга кечган ҳолатда лимфоаденоид тўқимаси зарарланишини даволаш билан бирга ичакдаги дисбиотик бузилишларни коррекциялаш даволаш самарадорлигининг ошишига ва ҳалқум касалликлари қайталанишини камайишига олиб келади.

#### **Адабиётлар:**

1. Архангельская И.И. Особенности течения хронического аденоидита в различных возрастных группах. Материалы XVII съезда оториноларингологов России. СПб., 2006; 418–9.
2. Бережная Н.М. Иммунологические исследования в клинике: состояние вопроса // Иммунология 2006 - N 1 - С. 18-23.
3. Бердникова Н.Г., Мальцева Н.А., Цой Н.А. Место фенспирида в фармакотерапии респираторных заболеваний. *Cons. Med.* 10 (12): 64–9.
4. Брюханова А.В., Вахрушев В.Г., Бычкова С.В. Исходы эндоскопической аденотомии: проблема решена? Материалы XVII съезда оториноларингологов России. СПб., 2006; 425.
5. Вавилова В.П. Научное обоснование системы здоровьесберегающих технологий у детей в учреждениях образования. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Кемерово, 2003.
6. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. Издательство: ГЭОТАР-Медиа. 2012 г.

**МИЛЛАТИМ РАВНАКИ ДАВЛАТИМ ТАРАККИЁТИ.****Бобоева<sup>1</sup> Н.Т., Собирова<sup>2</sup> Д.С.**

1-Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

2-Самарқанд Вилоятболалар куп тармоклитиббиётмаркази, Самарқанд, Ўзбекистон

Долзарблиги. Мамлакатимизда умумэтироф этилган шиор «Соғлом она- соғлом бола» тамойили, ўз моҳиятига кўра, аҳолини жипслаштирувчи ва сафарбар этувчи даъват бўлиб, давлат ва жамият даражасига кўтарилган устувор вазифага айланди. Бу устувор шиорни Ўзбекистон Республикаси норматив-ҳуқуқий ҳужжатлар лойиҳаларида ва Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан тайёрланган «Ўзбекистон Республикаси Оила кодексининг 16-моддасига кўшимча киритиш тўғрисида»ги Ўзбекистон Республикасининг Қонуни лойиҳасида ҳам аниқ ва равшан қилиб баён қилинган қариндошлик никохи тақиқланишидир. Аммо норматив-ҳуқуқий ҳужжатларда баён қилинган ҳолатга халқимизнинг ижобий ёндашуви кўринмаяпти. Яъни, ушбу меъёрни қўллаб-қувватлаётганларнинг аксарияти қариндошлар ўртасидаги никоҳни қўллаб-қувватлашларидир. Зеро бунинг оқибатида бир жиҳат кўзга ташланади, яъни оиладаги парокандалик, ғам- ғусса, жамиятдаги ижтимоий иқтисодий танназул ва ўз навбатида генофондимиз келажагимиз давомчиларини талофати ила яқунлажак.

Тадқиқот мақсади: қариндошлар ўртасидаги никоҳдан туғиладиган фарзандларда наслий касалликларни учраш частотасини статистик таҳлили.

Тадқиқот материаллари ва усуллар қариндошлар ўртасидаги никоҳдан туғиладиган фарзандларда наслий касалликларни клиник-анамнестик хусусиятлари ўрганиш.

Кўйилган вазифани бажариш мақсадида Вилоят болалар кўп тармоккли тиббиёт марказининг неврология ва қатор бошқа бўлимига мурожаат қилган турли ёшдаги ва турли ташхисдаги болаларни статистик таҳлили.

Кузатувдаги беморлар икки гуруҳга бўлинди. I-гуруҳга 100 нафар МНСнинг туғма ва ортирилган ривожланиш нуқсонлари мавжуд беморлар; 2- гуруҳ 60 нафар турли хил ирсий, моддалар алмашинуви ва гемостаз тизимида ўзгаришлар сабаб юзага келган патология мавжуд беморлар. Шулардан 70 нафари ўғил бола 90 нафари қиз жинсига таалуқли. Барча бемор болалар вилоят кўп тармоккли тиббиёт марказида мавжуд барча клиник –лаборатор ва тор мутахасислар кўригидан ўтишди.

Кузатувдаги чақалоқлар оналарининг ҳомиладорлигида кузатилган оғирлашаган акушерлик анамнези қариндошлар ўртасидаги никоҳдан туғиладиган фарзандларда наслий касалликларни учраш частотасини оширди (1-жадвал).

**1-жадвал****Оналарининг ҳомиладорлигида кузатилган ҳолатлар**

Назоратдаги гуруҳлар(n)	Ҳомиладорлигини кечиши(%)		
	ЎРК	TORCH	ОАА
I-100	10	70	20
II-60	5	45	10

Қариндошлар ўртасидаги никоҳдан туғилган фарзандларда наслий касалликларни учраш частотасинийиллир кесимида бош миядаги ногиронликга сабаб булган нуқсонларни кўплиги кайд этилди (2-жадвал).

**2-жадвал****Қариндошлар ўртасидаги никоҳдан туғилган фарзандларда наслий касалликларни учраш частотаси.**

Йил	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Касалланиш (%)	0,031	0,018	0,011	0,010	0,012	0,015	0,017

Қариндошлар ўртасидаги никоҳдан туғилган фарзандларда наслий касалликларни учраш частотасини нозология ва туманлар кесимида қуйидигича маълумот олинди (3-жадвал).

### Қариндошлар ўртасидаги никоҳдан туғилган фарзандларда наслий касалликларни учраш частотаси.

Самарқанд вилояти туманлари	Ташхис							
	МНС патологияси	Суяк бугим тизимидаги касалликлар	Наслий касалликлар	Офтальмологик ривожланиш уксонлари	Гемастаз тизимидаги туғма патологиялар	Лор патология	Эндокрин тизими патологияси	Юрак қон томир тизими патологияси
Оқдарё тумани				4				
Самарқанд тумани	8	2	5	9	2	4	2	2
Пахтачи тумани		2						
Нарпай тумани	1			2	1		1	
Нуробод тумани		1	3		1	4		
Пайарик тумани	2							
Каттақўрғон шаҳар				2				
Булунгур тумани	7	10	2					
Қўшрабoт тумани	4	1	1	1	2		1	
Пастдарғом тумани	6	1	1	1	1	3	1	
Ургут тумани	17	9	10	2	10	3	10	1
Пахтачи тумани		2						
Нарпай тумани	3		2			2	1	
Иштихон тумани	1		1			2		

Тадқиқот муҳокамаси: Кузатувда шу нарса аниқландики, туманлар кесимида энг кўп кўрсаткич билан Ургут туманидан қайд этилган қариндошлик никоҳларидан туғилган болаларда 40% МНС патологиясининг устуворлиги иккинчи жойда кучайиб борувчи мушаклар дистрофияси 30% ва ирсий моддалар алмашинуви 30 % ташкил этилиши маълум булди. Мазкур жараёнларнинг барчасига ирсий бериладиган касалликларни айнан биринчи авлод фарзандларида болалар церебрал фалажи, кучайиб борувчи мушаклар дистрофияси, Мияча аномалияси, Даун каби ирсий касалликларни устуворлиги кузатилди.

Хулоса. Юкоридаги маълумотлардан шу нарса аниқландики, қариндошлар ўртасидаги никоҳдан туғилган фарзандларда наслий касалликларни учраш частотаси уларни хар кандай авлодида қўпол туғма ривожланиш нуксонларидан то ирсий касалликларгача намоён булди.

#### Адабиётлар:

1. Шабалов. Н. П. «Детские болезни» Питер 2006. 81-107 стр 2-том
2. Алимов. А. В. «Болалар кардиологияси» Тошкент 2004. 9-50 стр
3. Н. А. Белаконь. М. Б. Кубергер «Болезни сердца и сосудов у детей» Москва 1987 1-том
4. У. Шаропов. Ф. Гаффарова. «Ички касалликлар» Тошкент 2006. 156-181 стр
5. М. Я. Студеникина «Справочник педиатрия» 1984г Тошкент. 6. А. В. Мазурин «Пропедивтика детских болезни» Москва
7. А. Ф. Тур. «Детские болезни» 1979г Москва
8. Ю. И. Зудбинов. С. Погвизд «Азбука алгоритмы диагностика ЭКГ» Феникс 110-123 стр

## БОЛАЛАРДА ДИЗМЕТАБОЛИК НЕФРОПАТИЯЛАРДА (УРАТУРИЯ) БУЙРАКЛАРНИНГ ФУНКЦИОНАЛ ЗАХИРА ҲОЛАТИНИНГ ЎЗГАРИШИ

Ишкабулова Г.Дж. Холмуродова З.Э. Раджабова С.О.  
Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Кириш: Олиб борилган сунгги йиллардаги тадқиқотлар уратли нефропатияларда буйрақларнинг зарарланиш механизмларини англаш имконини янада кенгайтди [1,3,5]. Сийдик кислотаси таъсири остида юкстогломеруляр аппарат хужайралари томонидан ренин ишлаб чиқарилишининг кучайиши, ренин-ангиотензин-алдостерон (РААТ) тизимининг фаоллашуви ва бу эса тубулоинтерстициал туқима структурасида фиброз узгаришлар ва яллиғланиш жараёнлар индукциясига олиб келади. РААТ нинг фаоллашуви АНГ II ишлаб чиқарилишининг кучайишига, бу эса артериолаларнинг тизимли спазмига, гломеруляр гиперфелтрацияга ва протеинурияга олиб келади. Юқоридагиларни инобатга олган ҳолда, шунингдек сийдик кислотасини (СК) кучли тарқалган эндотелиал дисфункция индуктори эканлигини инобатга олиб, сийдик кислотаси (СК) алмашинувини бузилишини эрта коррекция қилишни талаб этади. Шу билан бирга ҳозирда фиброз жараёнларини камайтириш учун ангиотензинни айлантирувчи фермент ингибиторлари (ААФИ) ишлатилмоқда [2,5,6].

Гиперурикемия (ГУ) ва гиперурикозурия (ГУУ)да сийдик йуллари аъзоларининг зарарланиши болаларда купинча сийдик кислотали деатез, интерстициал нефрит (ИН), иккиламчи пейлонефрит (ИПН), сийдик кислотали тош касаллиги қуринишларида яшириниб кечади.

Обструктив иккиламчи сурункали пейлонефрит купинча алмашинув бузилишлари фонида келиб чиқади.

Болаларда буйрак касалликлари назологик структурасининг узгариши, сийдик йуллари обструктив касалликларини яширин, атипик турларининг учраш частотасининг ошиши, уларни эрта, туғри ташхислаш, дефференциал ташхисот утказиш, қийинлашуви ва шунга мос нотуғри ва баъзан ортикча даволашга йул қўйилишига олиб келмоқда. Уратли нефропатияларни клиник ташхисотининг қийинлиги туфайли, беморлар купинча гломерулонефрит ва пейлонефрит ташхислари билан ноадекват, керагидан ортик антибактериал, гормонал даво олишига олиб келмоқда [3,4,5]. Шу билан бирга ҳозирда эрта ёшли болаларда уратли нефропатияни этиотроп олдини олиш учун уратурияни ва урекемияни назорат қилиш имкониятлари кенг очиб берилмоқда.

Тадқиқот мақсади: болаларда уратли нефропатияда буйрақларнинг функционал резервини урганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Бизнинг кузатувимиз остида 87 та ДЗМН ташхиси билан бемор булди. ДЗМН ташхиси ирсий мойиллик, сийдик ва кондаги сийдик кислотаси (СК) микдори, алохидалашган сийдик синдроми- микрогематурия, протеинурия ва тубуляр дисфункцияга асосланиб қуйилди. Бемор болалар буйрақларда жараён фаоллигига қараб 2 гуруҳга ажратилди. 1 гуруҳни 34 та бола ташкил этган булиб, буларда дизметаболик нефропатия (ДЗМН) асоратларсиз эди.

2 чи гуруҳга 53 та бемор бола кириб, буларда гиперурикемия ва уратурия сурункали пейлонефрит, гематурия, билан асоратланган булса, шулардан 21 та болага эса уратурия ва алохидалашган сийдик синдроми ташхиси қуйилган эди. Қиёсий гуруҳни эса 27 та оғирлашган буйрак анамнезига эга булмаган клиник соғлом болалар ташкил этди.

Тадқиқот натижалари: Диагностик хатоликларга йўл қўймаслик учун, агар буйрак касаллигига шубҳа қилинган бўлса, беморларни кўп киррали текширувдан ўтказиш, энди аниқланиб, ташхис қўйилган барча беморларни ихтисослаштирилган касалхонада ёки йирик кўп тармоқли шифохоналарда жойлашган бир кунлик ихтисослаштирилган касалхонада текширувдан ўтказиш мумкин. Бу жуда муҳим, чунки терапевтик тактикани туғри танлаш учун урат нефропатиясининг ривожланиш босқичини ва буйрак фаолиятини туғри баҳолашни белгилаш зарур.

Шундай қилиб, диагностик хатолар кўпинча бир томондан, маҳаллий шифокорларда сийдик микросемптомларини аниқлашда нефрологик тажриба ва эътиборнинг йўқлиги бўлса, иккинчи томондан, беморларни уй шароитида нотуғри даволаниши натижасида юзага келади. Туғри тўпланган анамнез ДЗМН диагностикаси учун, хусусан урат нефропатияси учун жуда

муҳимдир.

Биз урат нефропатияси кўзатилган 60 пробанднинг насл-насабини таҳлил қилдик. Улар орасида нефропатияларнинг улуши 20,5% ни ташкил этди. Урат нефропатияси билан оғриган беморларнинг насл-насабида, юрак-қон томир касалликларининг, шу жумладан гипертензия (43,3%), гастродуоденал патология (19,7%), гепатобилиар тизим (39,6%) ва туз йиғилишига мойиллик билан касалланган беморлар (26,7%) ни ташкил этди. Насл насабидаги экстраренал патологиянинг бундай спектри, албатта, диагностик кидирувни метаболик ҳолатни ўрганишга ва биринчи навбатда, диспуринозни истисно қилишга йўналтириши керак. Микробли-яллийланиш жараёни кўшилганда, интоксикатсия белгилари, тана ҳароратининг кўтарилиши, оғриқнинг кучайиши, дизурия ва бошқа белгилар пайдо бўлади. Иккиламчи пиелонефрит кўзатимаса, лейкоцитурияга нисбатан гематуриянинг устунлигини кўриш мумкин (1-жадвал).

Уратли нефропатиянинг моҳиятан алоҳида учрамаслиги характерлидир, одатда у кўпинча бир қатор виссеропатиялар билан бирга кўзатилади. Бундай беморларни турли хил мутахассислар: неврологлар, аллергологлар, гельминтологлар, гастроэнтерологларга янглиш мурожаат қилишига ва улар назоратида нотўғри даволанишига сабаб бўлмоқда. Бунинг энг кенг тарқалган сабабларидан бири бу беморни этарлича текширилмаслигидир.

1-жадвал.

**Уратли нефропатияси бўлган болаларда турли хил касалликлар ва синдромларнинг учраш частотаси (n=86)**

Нозология	учраш частотаси	
	абс	%
Аллергик касалликлар	26	30,2
Сурункали тонзиллит	27	31,4
Кўп сонли тиш кариеслари	12	13,9
Йирингли отит	8	9,3
Гастро-дуоденал патология	36	41,8
Ультратовуш текширувида билиар тизимнинг бузилиши	74	86,0
Ўпка ва бронхларнинг сурункали ўзига хос бўлмаган касалликлари	7	8,1
Буйрак ва сийдик йўлларида тошлар	4	4,6
Туб. бронхоаденит	8	9,3
Сийдик чиқариш тизимининг аномалияси	7	8,1
Дизембриогенезнинг ташқи стигмалари	36	41,8
Ультратовушда аникланадиган буйрак паренхимасида тошлар	84	97,6
Нейростеник синдром	80	93,0
Ацетонемик қусиш	17	19,7
Гипотензия	16	18,6

Ушбу болаларда бошқа механизмларга иммунитет танқислиги ва оксидловчи стрессни ҳам киритиш мумкин. Бириктирувчи тўқима дизембриогенезининг ташқи стигмаларининг учраш частотаси (83%) айниқса диққатга сазовордир. Уларнинг 41 фоизида эса хатто бир вақтда 7 та дан ортиқ стигмалар кўзатилган.

Буйракларнинг порсиал функсиясини ва сийдик таркибини ўрганиш орқали ҳам аниқ маълумот олиш мумкин. Ҳақиқий гестози бўлган оналардан туғилган чақалоқларда ҳаётнинг 2-кунида гломеруляр филтратсия соғлом гуруҳга қараганда анча пастлиги кўзатилади ( $16,4 \pm 0,78$  мл / мин /  $1,73 \text{ м}^2$ ,  $P < 0,001$ ), қўшма гестозли оналардан туғилган чақалоқлар гуруҳида эса биринчи гуруҳ билан таққослаганда ( $P < 0,001$ )  $C_{\text{cp}}$  ва  $C_{\text{Ha}}$  сезиларли даражада камайганлиги аниқланди. Сийдик кислотасининг контсентратсияси қонда ва сийдикда ошганлиги кўзатилди (мос равишда  $0,221 \pm 0,06$ ,  $7,46 \pm 0,57$  ммол / л,  $P < 0,001$ ). Ҳаётнинг 7-кунига бориб, қон ва сийдикнинг барча ўрганилган параметрлари, сийдик кислотаси даражаси бундан мустасно ( $P < 0,005$ ), соғлом туғилган чақалоқларникиданда кам фарқ қилди. Пиелонефрит билан касалланган оналардан туғилган чақалоқлар гуруҳидаги болалар сийдиги ҳар доим қонига нисбатан кўпроқ гиперосмоляр бўлиб: хомиладорлик вақтида сурункали пиелонефрит билан касалланган аёлларда сийдик кислотаси даражаси  $1,141 \pm 0,06$  (соғлом одамларда  $1,060 \pm 0,07$ , ЎБГ I даражаси мавжуд бўлганда-  $1,062 \pm 0,07$ ), II ва III даражаларда эса  $1,314 \pm 0,012$ ) га тенг эди. Бу эса сурункали гипоксия шароитида хомила буйракларнинг контсентратсион

механизмининг анча эрта фаоллашишини кўрсатади.

Ҳомиласи сурункали пиелонефрит билан биргаликда ҳомиладорлик гестози фониди давом этган оналардан туғилган чақалоқларда аммиак-атсидогенезнинг паст кўрсаткичлари эрта неонатал даврдаги асоратларнинг юқори даражасига (метаболик атсидоз, шиш синдроми, тана вазнининг кеч тикланиши) тўғри келади. Буйрак каналчаларида филтрлаш ва реабсорбтсия жараёнлари, шунингдек осморегулятсия ва аммиак атсидогенези асосан хужайра мембраналарининг структуравий ва функционал ҳолати билан белгиланади.

Эрта неонатал даврда қоннинг липид спектри динамик: ҳаётнинг 5-кунида умумий липидлар даражаси туғилиш кўрсаткичларига нисбатан сезиларли даражада ошади ва монодиглисеридлар ва эстерификатсияланмаган ёғ кислоталарининг таркиби сезиларли даражада ўзгармаганлиги кўзатилади. ДЗМН нинг бирламчи профилактикасини наслий мойиллик (диатез) нуқтаи назаридан такомиллаштириш нозологик шаклланиш босқичларини фарқлашни таъминлайди: таҳдид қилинган даврни компенсатсия қилинган босқич сифатида (барча мумкин бўлган хавф омилларини йўқ қилиш - парҳезнинг ҳаддан ташқари юкланиши, иқлим, оксидловчи стресс ва бошқалар), касаллик нозологиясига хос аломатлар ва синдромлар пайдо бўлмасдан хужайра ва хужайралар даражасида чегара ҳолатларини ривожланишини олдини олиш лозим.

Хулоса: болаларда дизметаболик нефропатияларнинг бирламчи профилактикасининг устувор йўналиши ихтисослашган мутахассислар томонидан бирламчи тиббий-санитария ёрдамлари, шунингдек, мойилликнинг патогенетик белгиларини аниқлаш бўйича лаборатория хизматларини сезиларли даражада кучайтириш зарурлигига қаратилади.

Нефропатия ривожланишининг омилларини ҳисобга олган ҳолда болаларни кузатиш бўйича дифференциал профилактика дастурлари махсус кўзатувга муҳтож: диатезнинг табиати, буйрак касалликлари билан касалланган онадан туғилган болалар, пери- ва неонатал оғир шароитида туғилган болаларга ўтказилиши лозим.

Гиперурикемия ва гиперурикозурия доимий равишда ривожланиб боришга мойил омиллар бўлганлиги сабабли, ушбу контингентга қирадиган болалар доимий кузатувда бўлиши, сўнгра назоратни тухтатмасдан босқичма-босқич кейинги этапга ўтказилишини талаб қилади.

#### Адабиётлар:

1. Бондаренко В.А., Бондар Т.П., Иванова В.Н., // Метаболик нефропатия, кристал-калтсий кристалурияси бўлган болаларда сийдикдаги оксил контсентратсиясини аниқлаш. // Урологий журнали, 2005, № 2, 64-66-бетлар.
2. Велтисчев Ю.Е., Юриева Э.А. Профилактик (профилактика) педиатрия учун лаборатория диагностикаси усуллариининг аҳамияти тўғрисида. // Россия Перинатология ва педиатрия бюллетени журнали.2000, № 5, П.6-14.
3. Игнатова М.С., Приходина Л.С. Европа педиатрия нефрологлари ассотсиатсиясининг 40-йиллик конгрессида нефрологиянинг долзарб муаммолари. // Россия перинатология ва педиатрия бюллетени журнали. 2007., № 2, П.65-67.
4. Резник Б.Я., Дмитриева Л.И., Никулова С.Б. Асетилтрансфераза фаоллиги бўлган болаларда урикозурик нефропатия. // Илмий ишлар тўплами: «Болалардаги кўплаб орган мембраналари патологияси». Ю.Е. Велтисчева. 2009 йил. МС 101-105.
5. Жонхурозовна И. Г., Эргашевна К. З. CLINICAL SIGNIFICANCE OF FUNCTIONAL RESERVING OF THE KIDNEYS IN DISMETABOLIC NEPHROPATHY AND CHILDREN // Proceedings of Global Technovation 5 th International Multidisciplinary Scientific Conference Hosted from Berlin, Germany. 2021. – Т. 17. – №. 1. – С. 60-65.
6. Тўхватуллина Р.Р. Болаларда урат нефропатияларининг клиник ва биокимёвий хусусиятлари ва оилавий тиббий кўрик самарадорлиги. // Диссертатсия реферати ... шам. асал Фанлар, Москва. 1991 йил
7. Шулуток Б.И., Макаренко С.В. Сурункали пиелонефрит: афсоналар ва ҳақиқат // Нефрология журнали. 2002. 6-жилд, № 4, П.101-107.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Абдуллаев С.А., Джалолов Д.А.

Самаркандский государственный  
медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Несмотря на развития медицинской науки проблема хирургической инфекции при сахарном диабете остается актуальной проблемой. В настоящее время в мире насчитывается около 500 млн. больных сахарным диабетом (ВОЗ, 2017).

Больные с гнойно-септическими заболеваниями мягких тканей, осложнившимися инфекциями, составляют 12-62%. Инфекционные заболевания на фоне сахарного диабета не редко протекают молниеносно, требуя диагностической настороженности со стороны врачей любых специальностей.

Цель исследования: Усовершенствование комплексных методов хирургического лечения гнойно-септических ран осложнений у больных сахарным диабетом.

Материалы и методы исследования: В гнойно-септическом центре Самаркандского городского медицинского объединения находились на стационарном лечении 76 больных с гнойно-септическими воспалительными процессами мягких тканей, сахарного диабета осложненными некротическими фасциитами. Мужчин было 44, женщин 32. Возраст больных были от 24 до 78 лет.

Диабетический анамнез у этих больных составил в среднем 12,3 лет. 30 больных страдало сахарным диабетом от 5 до 15 лет, что составило 39%. У 39 больных диабетический анамнез было отмечено 16-20 лет, что составило 51%. У остальных 7 больных диабетический анамнез были более 21 года, что составляло 10%. Однако, несмотря на длительного диабетического анамнеза эти группы больных очень поздно обратились к врачу.

При вскрытии флегмоны, абсцесса далеко от инфильтрата мягких тканей в глубине раны выявлены вязкого характера, желтовато-серого цвета гнойные массы со специфическим ихорозным запахом. У 31 больных обнаружены сепсис. У 45 больных наблюдалось обычное течение гнойно-воспалительных процессов мягких тканей без явления сепсиса. После соответствующей предоперационной подготовки в срочном порядке вскрывались широкими разрезами. При наличии анаэробной флегмоны мы производили несколько разрезов «лампасного» характера. В послеоперационном периоде произведена этапная некрэктомия.

Результаты исследования: Местные клинические признаки некротических фасциитов имеют свои особенности, на коже специфические местные признаки визуально не определялись. Особенностью течения некротических фасциитов является гнойный процесс подкожной клетчатки, распространяется по фасциям и развивается гнилостно – некротический процесс в фасции и переходит в подлежащим мышцам (мионекрозы). Мы наблюдали группу больных, которые поступили в стационар поздно, их состояния были тяжелыми и выявлены клинические признаки сепсиса.

В наших наблюдениях выяснилось, что больные с острыми парапроктитами, осложненными фасциитами промежности, большими флегмонами передней брюшной стенки, гнойно-некротическими флегмонами пальцев и стоп обращались в стационар поздно. Именно в этой группе больных часто развивалось сепсис. В лечении некротических фасциитов необходимо своевременного, раннего радикального оперативного вмешательства: полноценный хирургический разрез, санация раны, адекватное дренирование.

В лечении некротических фасциитов необходимо своевременного, раннего радикального оперативного вмешательства: полноценный хирургический разрез, санация раны, адекватное дренирование.

Все наши больные своевременно подверглись оперативному лечению, то есть широкими разрезами вскрывались парапроктиты, длинными разрезами флегмоны бедра, голени с удалением некротических тканей. В отдельных случаях из за тяжести состояния больных сделать полную некрэктомию невозможно. Поэтому в послеоперационном периоде произведена этапная некрэктомия. Тяжелым больным от 3х до 8 раз нами проведены этапные некрэктомии с адекватным дренированием. При наличии осложнения анаэробной флегмоны производились разрезы «лампасного» характера. Раны обрабатывались раствором перекиси водорода, проводили тщательную санацию, по мере возможности некрэктомию и дренирование раны.

Выводы: В лечении гнойно – некротических фасциитов мягких тканей при сахарном диабете, ранняя диагностика и комплексное адекватное хирургическое лечение с этапной некрэктомией считается самым оптимальным способом лечения.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЗАКРЫТИЯ ЭНТЕРОСТОМЫ ПРИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Абдусаматов Б.З., Абдурахманов А.А.,  
Вахидов А.Ш., Умаров К.М., Файзиева Ш.М.  
Республиканский научно-практический центр  
малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского  
возраста (РНПЦМиЭХДВ), Ташкент. Узбекистан

**Введение.** Вопрос определения сроков закрытия энтеростомы у новорожденных с некротическим энтероколитом (НЭК) остается неопределенным. Большинство авторов предлагают закрывать энтеростомы – на 3-4 неделе после ее наложения при осложненных случаях НЭК у новорожденных.

Цель работы определить результаты раннего и позднего закрытия энтеростом при НЭК у новорожденных.

**Материалы и методы.** За период с сентября 2014 по декабрь 2019г в детском хирургическом отделении на лечении находилось 37 новорожденных, которым была наложена энтеростома при осложненных формах НЭК, из них 25 была наложена илеостома, 12 наложена высокая стома - еюностома. При определении сроков закрытия кишечных стом - наряду с общим состоянием больного руководствовались такими факторами, как динамика увеличения массы тела, уровень наложения стомы, усвояемость энтерального питания, и другими результатами гемодинамики степени недоношенности.

**Результаты.** В после операционном периоде чаще на 4-5 сутки 23 (62,2%) больным было назначено дробное энтеральное кормление, 2 (5,4%) больным энтеральное кормление было начато более поздние сроки - на 10 сутки после операции из-за тяжелого пареза кишечника. 3 (8,1%) детей с глубокой недоношенностью экзетировали на 2-сутки после операции. В среднем для перевода на полное энтеральное питание потребовалось не менее 10-12 суток. При высоких стомах потеря химуса была значительная, поэтому у 7 (18,9%) новорожденных еюностома была закрыта на 3-4 неделе после операции, только у 1 (2,7%) новорожденного с высокой стомой из-за крайне тяжелого состояния, связанного с тяжелым сепсисом, стома была закрыта на 8 недели после операции.

Осложнения - у 1 (2,7%) пациента было повторно выведена стома, из-за несостоятельности анастомоза. 2 (5,4%) больные экзетировали после раннего закрытия стомы, из-за септицемии. Остальным 25 (67,6%) новорожденным закрытие илеостомы было проведено на 10-12 недели после операции.

**Выводы.** Таким образом, для закрытия высоких стом оптимальным сроком считаем 3-4 неделя после наложения еюностомы, для низких - энтеростом 10-12 неделя после операции. Между тем эти сроки относительные и в большинстве случаев индивидуальны т.к. зависят от множества других объективных факторов, которые влияют на определения сроков закрытия тонкокишечных стом.



**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ****Абдусаматов Б.З., Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш., Оллоназаров Ж.О.**

Республиканский научно-практический центр малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста. Узбекистан, г.Ташкент

Введение. В хирургии и интенсивной терапии новорожденных, результаты лечения младенцев с врожденной диафрагмальной грыжей (ВДГ), на сегодняшний день остаются неутешительными. При высокой частоте встречаемости данного порока 1:2000 – 1:4000, летальность колеблется в широких пределах – 46-89%, что объясняется, прежде всего, отсутствием эффективной тактики лечения. Также остается открытым вопросом о сроках операции и методике проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ), применении вазоактивных и инотропных препаратов.

Цель работы. Изучить результаты лечения детей с ВДГ в РНПЦМиЭХДВ за период с 20016 по 2021 гг.

Материалы и методы исследования. Были проанализированы 29 истории болезни детей в возрасте от 0 до 1 года, с диагнозом ВДГ, поступавших в отделение интенсивной терапии и реанимации РНПЦМиЭХДВ за период с 2006 по 2021гг. необходимо отметить, что в анамнезе 3 (10,3%) больных поступили после ранее проведенной открытой торакотомии и 2 (7%) детей после ранее проведенной лапаротомии.

Результаты исследования и их обсуждение. Мальчиков –11(37,9%), девочек – 18 (62,1%). 12 (41,2%) из них в анамнезе родились недоношенными. У 27 (93,1%) детей диагноз ВДГ выставлен на основании рентген-контрастного исследования желудочно-кишечного тракта. Из них диагноз ВДГ в течение первых часов поставлен 8 (27,6%) детям, в возрасте от 1-до 1мес14 (48,3%) –и 7 (24,1%) детям в возрасте старше 1 месяца. На основании данных УЗИ антенатально диагноз выставлен 3 (10,3%) больным. Виды ВДГ: 1) грыжи собственно диафрагмальные – у 26 (89,7%) детей, из них истинные – у 10 (34,5%), ложные – у 16 (55,2%), правосторонние – у 5 (17,2%), левосторонние – у 19 (65,5%); 2) истинные грыжи переднего отдела диафрагмы – у 3 (10,3%). Оперативное лечение было проведено всем больным, 12 (41,4%) больным проведена операция открытым – традиционным методом, в остальных 15 (58,6%) посредством эндовизуальных технологий. 27 (93,1%) больных были выписаны с выздоровлением, из них в половине случаев проводилась отсроченная операция с летальным исходом после операции у 2 (7%) детей. В послеоперационном периоде наблюдались такие осложнения как: пневмония – у 14 (48,3%) детей, пневмоторакс – у 3 (10,3%), сепсис – у 4 (13,4%), ДВС-синдром – у 2 (7%) детей. Основные причины летального исхода были: сочетание множественных врожденных пороков развития с врожденными пороками сердца, осложнившихся острой сердечно-легочной недостаточностью, полиорганной недостаточностью у 2 (7%) детей. В отдаленном периоде рецидив диафрагмальной грыжи наблюдался в 1 (3,4%) случае, ребенок был прооперирован повторной выписан с выздоровлением.

Выводы: Таким образом, ВДГ является достаточно частым пороком развития; Наиболее благоприятный исход лечения наблюдается в группе детей, которым проводилась отсроченная торакоскопическая операция, позволяющая повысить выживаемость и снизить риск интраоперационной травмы и послеоперационных осложнений.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВИЗУАЛЬНЫХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ У ДЕТЕЙ

Абдусаматов Б.З., Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш.

Республиканский научно-практический центр малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста.

Введение Основное значение в камнеобразовании у детей придается наследственным факторам в сочетании с общими обменными нарушениями и аномалиями развития желчевыводящих путей.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования явились клинические наблюдения за 43 детьми с холелитиазом, в возрасте от 2 до 18 лет находившихся в период с 2015 по 2021 г.г., в отделении детской хирургии РНПЦМиЭХДВ. Мальчиков было 16, девочек - 27. На диагностическом этапе проводили клинические и инструментальные методы исследования: УЗИ, эндоскопическая ретроградная холецистопанкреатография (ЭРХПГ), фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС). Анализ клинической картины показал, что наиболее часто у наблюдаемых нами больных наблюдались симптомы Вольского-Ортнера, Джордано, Керра, Федорова.

При УЗИ определяли длину, ширину, толщину стенки желчного пузыря, количество, размеры конкремента, визуализировали фазы сокращения желчного пузыря. После проведенного комплексного клинического обследования, включая ФЭГДС, было установлено, что все дети с холелитиазом имели сопутствующую патологию желудочно-кишечного тракта.

Оперативному лечению были подвергнуты все 43 больных детей. В 9 (20.9%) случаях была выполнена трансдуоденальная папиллосфинтеротомия. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) выполнена остальным 32 больным. Из-за технических трудностей в 1 (2.3%) случае была выполнена конверсия и больная – прооперирована традиционным «открытым» способом (ТХЭ).

Результаты и обсуждение. Трансдуоденальная папиллосфинктеротомия, лапароскопическая холецистэктомия и традиционная «открытая» холецистэктомия (после конверсии) выполнялись по стандартной методике.

Боли после трансдуоденальной папиллосфинтеротомии и ЛХЭ обычно беспокоили в течение первых суток и носили умеренный характер, минитравматичность оперативного вмешательства позволяла купировать болевой синдром назначением обычных анальгетиков в первые сутки после операции.

Продолжительность стационарного лечения после трансдуоденальной папиллосфинтеротомии составила  $3,9 \pm 0,7$  к/дня, после ЛХЭ  $2,8 \pm 0,5$  к/дня и традиционной ХЭ  $7,2 \pm 1,2$  к/дня. В период реабилитации больным была назначена и проводилась базисная литотомическая терапия.

Вывод. После трансдуоденальной папиллосфинтеротомии и лапароскопической холецистэктомии у детей, значительно лучше протекает ранний послеоперационный период, скорей восстанавливается физическая активность и улучшается качество жизни больного, получается хороший косметический эффект.

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ У ДЕТЕЙ

Азизов М.К., Курбонов Д.Д, Ибрагимов К.Н., Джуракулов Ж.Д.

Областной детский многопрофильный медицинский центр, Самарканд, Узбекистан

**Введение:** В детской хирургии накоплен значительный практический и научный опыт по различным методам эндохирургических оперативных вмешательств. Между тем, работ по специфическим проблемам детской хирургии недостаточно. Не изучены вопросы тактики хирургического лечения детей с абдоминальной и торакальной патологией в целом, с использованием эндохирургических технологий. Отдельные труды в этом направлении носят не систематизированный, а часто и противоречивый характер.

**Материалы и методы исследования:** Проведен анализ результатов хирургического лечения 277 больных в возрастном диапазоне от 1 года до 18 лет, с острым аппендицитом, находившихся на обследовании и лечении в отделении хирургии Самаркандского областного детского многопрофильного медицинского центра за период с 2017 по 2021 годы.

Проводились общеклинические и биохимические исследования, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза, морфологические исследования интраоперационного материала.

**Результаты исследования:** Лапароскопическая аппендэктомия при лечении детей с острыми заболеваниями червеобразного отростка была выполнена 277 детям в возрасте от 1 года до 18 лет. Проведено морфологическое исследование удаленных червеобразных отростков. Острый катаральный аппендицит был у 8 больных (2,8%), флегмонозный - у 207 больных (74,7%), гангренозный – 16 больных (5,8%) гангренозно-перфоративный аппендицит с перитонитом – у 46 больных, который составил 16,7 %. При выполнении аппендэктомии лапароскопическим доступом в 208 случаев (86,7%) использована петля Редера из нерассасывающегося шовного материала, в остальных случаях (32) применено клипирование основания червеобразного отростка титановой клипсой

Общее количество случаев конверсии составило 37 (13,3 %). Причины конверсий: интраоперационные осложнения при аппендикулярном абсцессе – у 6 больных, при «прорезывании» лигатуры, наложенной на основание отростка при выраженных явлениях тифлита – у 3 больных. Остальные случаи конверсии (28 пациента) были следствием обоснованно принятого хирургом решения о переходе на открытую операцию в условиях не совсем понятной анатомической ситуации или при недостаточном опыте выполнения лапароскопических операций.

Средняя продолжительность госпитализации больных после лапароскопических операций сократилась до 1,5 суток.

**Заключение:** таким образом, широкое использование эндовидеохирургической технологии в лечении больных острым воспалением червеобразного отростка является велением времени и показывает, что лапароскопическая аппендэктомия — разумная альтернатива традиционному способу операции – становится «золотым стандартом» лечения практически всех форм острого аппендицита. При должном техническом оснащении и хорошей подготовке хирургического персонала открытые оперативные вмешательства при остром аппендиците должны использоваться в исключительных случаях.

## МИНИИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ У ДЕТЕЙ

Азизов М.К., Курбонов Д.Д, Ибрагимов К.Н., Джуракулов Ж.Д.  
Областной детский многопрофильный медицинский центр, Самарканд, Узбекистан

**Введение:** Современный этап развития хирургии, в том числе детской, характеризуется широким внедрением разнообразных минимально инвазивных эндохирургических технологий в повседневную практику лечения пациентов с различно хирургической патологией.

В современных условиях не менее важным, но при этом практически не освещенным в литературе, представляется вопрос обоснованности не только внедрения отдельных новых методик, но и эффективности полного перехода экстренных и плановых хирургических служб детского стационара на новые эндохирургические технологии.

**Материал и методы исследования:** Проведен анализ результатов диагностики и хирургического лечения 650 больных в возрастном диапазоне от 1 года до 18 лет, с хирургической патологией, находившихся на обследовании и лечении в отделении хирургии Самаркандского областного детского многопрофильного медицинского центра за период с 2017 по 2021 годы, с использованием методов эндохирургии.

Для оценки эффективности методики проводимого оперативного вмешательства оценивали следующие показатели: длительность оперативного вмешательства; нормализацию температуры тела; необходимость медикаментозной стимуляции кишечника; время восстановления перистальтики кишечника; время активизации больного; объем интраоперационной кровопотери; сроки госпитализации; необходимость и сроки пребывания в отделении интенсивной терапии; необходимость и длительность применения анальгетиков; число и тяжесть интра- и послеоперационных осложнений; косметический дефект после оперативного вмешательства; необходимость повторных оперативных вмешательств; число конверсий.

**Результаты исследования:** Лапароскопическая аппендэктомия при лечении детей с острыми заболеваниями червеобразного отростка была выполнена 277 детям в возрасте от 1 года до 18 лет. Проведено морфологическое исследование удаленных червеобразных отростков. Острый катаральный аппендицит был у 8 больных (2,8%), флегмонозный - у 207 больных (74,7%), гангренозный – 16 больных (5,8%) гангренозно-перфоративный аппендицит с перитонитом – у 46 больных, который составил 16,7 %.

Больным с варикоцеле проведена лапароскопическая перевязка яичковых вен слева (243 случаев). Средняя длительность оперативного вмешательства составила 15-20 минут. Через 3-4 часа после операции больные могли самостоятельно вставать и в 92,2 % случаев (224 пациента) не понадобилось обезболивание. Больные были выписаны в тот же день после операции. Рецидив заболевания и послеоперационная водянка не наблюдалась ни у одного больного.

Больным с эхинококковой кистой печени (37 случаев) произведена лапароскопическая эхинококкэктомия. В 3 случаях эхинококкэктомия печени произведена после конверсии при расположении кисты в VIII сегменте печени или при внутрипаренхиматозном его расположении. Из 14 больным с эхинококковой кистой легких конверсия произведена 8 больным в связи с наличием больших бронхиальных свищей. Эхинококкэктомия легкого произведена торакоскопически, а ушивание свищей с миниторакотомией.

**Заключение:**

1. Таким образом, эндоскопическая хирургия является новым, малоинвазивным, эффективным и перспективным методом лечения хирургических заболеваний у детей.

2. Преимуществами эндоскопической хирургии являются раннее восстановление нормального самочувствия, уменьшение болевого синдрома, отличный косметический результат и меньшая частота послеоперационных осложнений.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.****Азизов М.К.<sup>1</sup>, Мавлянов Ф.Ш.<sup>2</sup>, Мавлянов Ш.Х.<sup>2</sup>, Баратов У.<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Самаркандский областной детский многопрофильный медицинский центр.<sup>2</sup>Самаркандский государственный медицинский институт

**Введение.** В последние годы регистрируется увеличение количества случаев врожденных пороков развития и болезней новорожденных, которые вырисовывают проблемную ситуацию, складывающуюся в современной неонатологии и детской хирургии.

**Цель.** Изучить у новорожденных детей причины врожденной кишечной непроходимости.

**Материал и методы.** В основу работы положен анализ 215 случаев непроходимости желудочно-кишечного тракта у новорожденных, находившихся на обследовании и лечении в Самаркандском областном детском многопрофильном медицинском центре. Клиническое обследование новорожденных и комплекс лабораторно-инструментальных методов исследования осуществлялись согласно общепринятым подходам.

**Результаты.** Руководствуясь понятием об отличительном признаке непроходимости, как нарушении продвижения содержимого в естественном направлении, а для пищеварительного тракта проявляющемся достоверными симптомами – рвотой при отсутствии стула, с различными их вариациями (в зависимости от выраженности фаз компенсаторной реакции), были выявлены следующие заболевания. Атрезия пищевода – 34, дуоденальная непроходимость – 16, атрезия тонкой кишки – 11, атрезия прямой кишки и заднего прохода – 29, мекониальная непроходимость – 3, болезнь Гишпрунга – 23, синдром Ледда – 6, врожденный пилоростеноз – 93. Всем новорожденным и грудным детям выполнены радикальные операции, за исключением пороков развития прямой кишки и заднего прохода, болезни Гишпрунга, которым создано противоестественное заднепроходное отверстие (соответственно, 12 и 9 случаев). Из особенностей отметим сочетание атрезии пищевода с атрезией 12-перстной кишки (диагностирована последовательно в связи с особенностями течения послеоперационного периода) и с атрезией прямой кишки и заднего прохода (последовательное оперативное лечение). У одного больного на первой неделе жизни ошибочно была диагностирована дуоденальная непроходимость, во время операции – врожденный пилоростеноз.

В основном выполняли срочные хирургические вмешательства после одно- трехдневной предоперационной подготовки. В 31 случае не удалось избежать наложения разгрузочных анастомозов при осложненных формах заболевания или ранних послеоперационных осложнениях. Умерли 9 больных: атрезия пищевода – 4, дуоденальная непроходимость – 3, мекониальная кишечная непроходимость – 1, болезнь Гишпрунга – 1. Послеоперационная летальность составила 4,2%.

**Заключение.** Внедрение современных методов обследования, оптимизация лечебной тактики, хирургических и реанимационных технологий в условиях центров неонатальной хирургии позволяет уменьшить общую летальность при пороках развития до 4%, послеоперационную – до 3,8%. Оптимизация результатов лечения кишечной непроходимости у детей связана с внедрением современных лечебно-диагностических технологий и лечебно-тактических установок. Внедрение рациональных мировых подходов к лечению врожденных пороков развития возможно при организации в системе детской хирургической службы в отделениях неонатальной хирургии.

## РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА

Азизов М.К., Курбонов Д.Д., Хушбаков Х.М., Азизова З.М.

Областной детский многопрофильный медицинский центр, Самарканд, Узбекистан

**Введение:** Гипертрофический пилоростеноз – наиболее часто встречающаяся хирургическая патология, которая является причиной желудочной непроходимости у детей первых месяцев жизни. Применение ультразвукового исследования призвано уменьшить количество диагностических рентгенограмм и фиброгастродуоденоскопий у новорожденных, являющихся более инвазивными методами исследования.

**Методы исследования:** В исследование вошли 125 детей (89 мальчиков, 36 девочек), которые были госпитализированы в неонатальное хирургическое отделение ОДММЦ с 2015 по 2021 гг. с подозрением на врожденный пилоростеноз. Возраст пациентов был от 2 нед. до 2,5 мес. Давность заболевания варьировала от 3 дней до 4 нед.

Детям проводились клиническое и лабораторное обследование. Из дополнительных методов для подтверждения диагноза применялась рентгенография желудка с барием у 86 детей, у 15 из них дополнена фиброгастроскопией.

Ультразвуковое исследование желудка проводилось в комплексе с вышеуказанными дополнительными методами у 59 детей на этапе освоения методики. У 39 детей (31,2%) сонография явилась единственным дополнительным методом для подтверждения врожденного гипертрофического пилоростеноза.

При сканировании в продольном направлении определялись основные эхо-признаки для выявления пилоростеноза: толщина мышечной стенки привратника (более 4 мм), протяженность пилорического отдела (более 20 мм)

и сужение его просвета.

**Результаты исследования:** У детей с врожденным пилоростенозом при начале ультразвукового сканирования характерным является визуализация выражено расширенного желудка, порой достигающего до мочевого пузыря, с наличием в нем на фоне гипоехогенного содержимого гиперэхогенных включений – створоженного молока. Толщина мышечной стенки привратника у детей с пилоростенозом составила  $5,2 \pm 1,2$  мм, протяженность пилорического отдела желудка  $20,4 \pm 1,7$  мм и сужение его просвета  $1,3 \pm 0,2$  мм.

У пациентов с пилоростенозом при оценке состояния мышечного слоя может проследиваться поперечная исчерченность в виде чередования гипоехогенных и среднеэхогенных полосок или его общая гипоехогенность. Перистальтика четко определяется, усилена и идет от антрального отдела с полным угасанием в пилорической части, при этом эвакуации содержимого двенадцатиперстную кишку не отмечается.

**Заключение:** Таким образом, развитие ультразвуковых технологий и накопленный в этом плане опыт позволяют предложить ультразвуковое исследование в качестве первичного метода диагностики, в ряде случаев заменяющего остальные методы и являющегося достаточным для постановки диагноза.

К преимуществам метода можно отнести точность диагностики, быстроту исследования, отсутствие противопоказаний и лучевой нагрузки. Для детей с синдромом рвоты, который появляется в типичном для пилоростеноза возрасте 2-4 нед. жизни, можно рекомендовать первичное ультразвуковое исследование для подтверждения диагноза.

## РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ГЕРПЕС АССОЦИИРОВАННЫХ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

Акалаев Р.Н.<sup>1,3</sup>, Ахмедова М.А.<sup>1</sup>, Арипходжаева Г.З.<sup>1</sup>, Эгамбердиев С.Б.<sup>2</sup>  
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников<sup>1</sup>  
Многопрофильная клиника Ташкентской медицинской академии<sup>2</sup>  
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи<sup>3</sup>  
Ташкент, Узбекистан

**Введение.** На сегодняшний день в большинстве стран мира многочисленными исследовательскими группами отмечается прогрессивное увеличение частоты заболеваний мочевой системы у детей. И на первый взгляд, это происходит, без каких либо этиопатогенетических предшествующих факторов. На этом фоне привлекают к себе внимание герпесвирусные инфекции. В связи с этим, в настоящее время начато активное изучение значения и роли персистирующей герпесвирусной инфекции в этиопатогенезе нефротического синдрома и гломерулонефрита у детей (Кускова Т.К. Белова Е.Г., 2004; Сучкова С.В., 2007). При этом большинство исследователей глубоко убеждены, что инфицированность населения Земли, хотя бы одним представителем семейства *Herpesviridae* очень высокая и составляет примерно 90-95% среди взрослого населения планеты. А по данным ВОЗ, смертность от заболеваний, обусловленных герпесвирусами, занимает второе место после гриппа (Самсыгина Г.А., 2016; Каражас Н.В., 2012).

Важными факторами, указывающими на этиологическую и патогенетическую роль герпесвирусов у детей, служат ассоциация дебюта и обострений гломерулонефрита и нефротического синдрома с клиническими и лабораторными признаками активной вирусной инфекции, положительные результаты серологического исследования (IgG, IgM к HSV1/2, вирусу Эпштейна-Барр, ЦМВ методом ИФА, ПЦР), положительная динамика в течении основного заболевания под влиянием противовирусной и иммуностимулирующей терапии (Нечепоренко Н.В. с соавт, 2017; Козыро И.А. с соавт., 2018; Jansen M.A., 2015).

**Цель.** Выявление этиологической роли и значения герпесвирусной инфекции у больных детей с заболеваниями мочевой системы путем изучение частоты встречаемости маркеров вируса простого герпеса (ВПГ) 1, 2, и цитомегаловируса (ЦМВ) у детей с нефропатиями.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 37 больных детей в отделении детской кардиоревматологии и нефрологии многопрофильной клиники ТМА. Из них у 13 детей диагностирован хронический пиелонефрит, у 8 детей хронический гломерулонефрит и у 16 детей нефротического синдромом. Возрастной состав больных показал, что 14 детей были в возрасте 12-16 лет, 12 детей - в возрасте 7-12 лет, 9 детей - в возрасте 3-7 лет и 2 детей - в возрасте 1-3 лет.

У всех из них проведен забор крови на ВПГ 1, 2, ЦМВ IgM и IgG методом ИФА. При положительных маркерах у всех больных детей были взяты на исследование образцы крови на ДНК-HSV по методу ПЦР.

**Результаты.** Частота встречаемости герпесвирусной инфекции в группе обследованных детей показал, что у больных с хроническим пиелонефритом у 33% ВПГ1, у 16% ВПГ2, у 50% больных выявлен ЦМВ-инфекция. В группе больных с хроническим гломерулонефритом у 25% ВПГ1, у 38% ВПГ2, у 38% больных ЦМВ. В группе больных с нефротическим синдромом у 27% ВПГ1, у 18% ВПГ2, у 55% больных ЦМВ.

**Заключение.** Таким образом, частота ассоциации герпесвирусной инфекции наблюдается у 35,2% детей хроническим пиелонефритом, у 21,6% хроническим гломерулонефритом и у 43,2% нефротическим синдромом, что необходимо учитывать при составлении протокола обследования и лечения больных детей с различными формами нефропатий.

## СУИЦИДАЛЬНАЯ ПОПЫТКА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КАК СПОСОБ ПРИВЛЕЧЕНИЯ ВНИМАНИЯ

Акалаев Р.Н.<sup>1 2</sup>, Стопницкий А.А.<sup>1 2</sup>, Акалаева А.А.<sup>1</sup>, Хонбабаева Р.Х.<sup>1</sup>, Хожиев Х.Ш.<sup>1</sup>

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи<sup>1</sup>

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников<sup>2</sup>

Ташкент, Узбекистан

**Введение.** В современном, технически стремительно развивающемся обществе, люди все больше углубляются в виртуальный мир, и все меньше напрямую общаются между собой. Особое беспокойство вызывает отдаленность взрослых от детей и подростков. Чувствуя свою незащищенность, некоторые дети и подростки видят в суициде единственный способ привлечения внимания взрослых к себе. К такому мнению мы пришли после беседы со многими суицидентами, поступившими на лечение в отделение токсикологии РНЦЭМП.

**Цель.** Выявить причины парасуицидального поведения, нозологический состав и психоэмоциональное состояние детей и подростков, совершивших суицидальную попытку путем экзогенного отравления.

**Материал и методы.** Проведен анализ количества и причин суицидального поведения детей и подростков, из числа поступивших в отделение токсикологии за 2018 – 2020 г.г. у 776 детей и подростков в возрасте от 11 до 18 лет. Из них мальчиков – 94 (12,1%), девочек – 682 (87,8%). Проводилось психолого-катамнестическое обследование, применялись психологические методики по определению тревоги и депрессии, тест агрессивности, определялся эмоциональный статус и анализировались переживания подростков по методу проективного тестирования.

**Результаты.** Шантажные суицидальные попытки чаще совершают мальчики (78%), а демонстративные девочки (74%). Из них совершили комбинированные отравления – 296 (38%), отравления психотропными средствами (карбамазепин, amitриптилин) – 315 (40,5%). Далее следуют отравления уксусной кислотой – 108 (13,9%), на третьем месте – ядохимикатами – 38 (4,8%) и алкоголем – 19 (2,4%). Выявлено преобладание отравлений тяжелой и средней степени тяжести среди подростков мужского пола (81,2%), а отравления тяжелой и средней степени среди подростков женского пола, что составило 31,7%. У 50,3% пациентов выявлено отравление легкой степени и у 18% отравление не выявлено, т.е. преобладала демонстративная форма суицида, не требующая лечения. В психоэмоциональном состоянии пациентов проявлялись субклинически выраженная тревога/депрессия или клиническая тревога/депрессия по шкале Гамильтона. У 77% обследуемых попытка суицида была связана с конфликтами в семье, у 15% - с проблемами взаимоотношений с друзьями, в основном противоположного пола, у 8% – с одиночеством и отсутствием одного или обоих родителей (работают за границей).

**Выводы.** Основными причинами суицидальных попыток у подростков являются сложная внутрисемейная ситуация, нарушение адаптационно-приспособительных свойств при возникновении стрессовых ситуаций, депрессия, сопровождающаяся чувством безнадежности, несерьезное и невнимательное отношение взрослых к решению проблем подростков, а также нарушение воспитательной функции. Основным путем решения конфликтных ситуаций подростки считают экзогенные отравления. В большинстве случаев преобладает демонстрационная форма суицидальных попыток, требующая не лечения, а психологической помощи. Все они определили для себя суицид, как способ привлечения внимания окружающих к себе, но не лишение себя жизни и одним из основных путей реализации суицидальной попытки выбирали медикаменты, т.е. экзогенные отравления.



**ЛЕЧЕНИЕ ПАРАПРОКТИТА У НОВОРОЖДЁННЫХ С ПРЕМОРБИДНЫМ ФОНОМ****Акбаров Н.А., Курбонов А. К.**Андижанский государственный  
медицинский институт. г Андижан. Узбекистан

**Введение.** Острые гнойные парапроктиты у новорожденных занимают сравнительно небольшой удельный вес среди других гнойно-воспалительных заболеваний, однако в последние годы намечается тенденция к учащению этой патологии, которая нередко осложняется параректальном свищом.

**Материалы и методы.** Нами проанализировано 58 наблюдений острого гнойного парапроктита у новорожденных, которые лечились в гнойном отделении клиники с 2011 по 2020 гг. Для выяснения причин развития парапроктита и преморбидного фона у новорожденных изучены катамнестические данные у матери т.е. изучены особенности течения беременности и перенесенные заболевания рожениц.

Больных распределили на две группы: Первая группа с острым парапроктитом без сопутствующей патологией новорожденных и их матерей (39). Вторая группа 19 с сопутствующей патологией новорожденных и их матерей.

**Результаты.** У первой группы больных лечение проводили традиционными методами (вскрытие гнойника, антибактериальная и сенсibiliзирующая терапия). У всех новорожденных этой группы процесс выздоровления не затягивалось, общее состояние и заживление раны после вскрытия гноя проходило без особых осложнений.

Новорождённые и их матери, которые составляли вторую группу подвергались воздействию тех или иных патологических факторов, которые осложняли нормальное течение беременности и родов и оказывали влияния на развитие новорожденного ребенка.

К числу таких неблагоприятных факторов нами были отнесены: гнойно-воспалительные заболевания матери во время беременности - у 2 острые респираторные заболевания у 4, что в последующем привели к острому парапроктиту у новорождённых. Изучение данных анамнеза об акушерской патологии показало, что у 9 женщин, дети которых в последствии заболели острым парапроктитом у 2 женщин наблюдался ранний токсикоз, у 1 – нефропатия, у 6 - отмечалась анемия. Кроме того, в последние годы не только новорожденные но и детей до 1 года ношения памперса, выпускаемый различными фирмами также способствует развитию парапроктита.

Наибольшую опасность для реального инфицирования новорождённого представляли тяжёлые роды - у 2 рожениц, у 2 матерей в анамнеза отмечалось сочетание двух и более факторов, осложнивших нормальное течение родового акта. Перечисленные патологические факторы, осложнившие течение беременности и родов, могли способствовать в различной степени гипоксическую травмаитизацию плода или новорождённого.

**Заключение.** Таким образом, дети, рождённые от матерей с отягощённым преморбидным фоном впоследствии заболели острым парапроктитом. У них заболевания протекали тяжёло и часто осложнялись прямокишечным свищом - у 6 новорождённых.

Поэтому, выделение новорожденных с острым парапроктитом с отягощённым «преморбидным фоном» дает возможность своевременно назначать комплексную патогенетическую обоснованную терапию для профилактики осложнения в виде полного и неполного свища.

**ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ.****Акбарова Р.М.**Андижанский государственный  
медицинский институт г. Андижан. Узбекистан

**Введение.** По данным литературы общее физическое развитие детей, рожденных с низкой массой тела мало изучены. Целью настоящего исследования явилось изучить зависимости степени выживаемости и дальнейшего физического развития детей от сроков беременности, степени доношенности и массой тела при рождении.

**Материалы и методы.** В настоящем сообщении приведены результаты ретроспективного анализа особенностей физического развития 80 детей в возрасте от 1 го до 14 лет; имевших массу тела при рождении 1000-2000 гр, родившихся в 2005-2020 гг. в родильных домах г. Андижана. Катамнестическое и объективное исследование проводили с помощью специально разработанных тестов. Родившихся в сроки беременности до 28 нед, было 26 детей, до 29-30 нед. – 25, до 31 - 32 нед. – 29.

**Результаты.** Нормальное физическое развитие наблюдалось у 68% обследованных детей, у остальных выявлено различной степени задержки в общем физическом развитии, причем, чем меньше масса тела ребенка при рождении, тем, больше выражено это отставание. Значительное отставание длины, массы тела и окружности головы отмечалось у детей родившихся с массой тела от 1000 - до 1500 гр. Длина тела от - 1 ь до + 2 ь и более имели 46,2% истинно недоношенных и только 26% детей с задержкой внутриутробного развития. Массу тела от +1 ь до +2 ь, и выше имели только 27% детей с задержкой внутриутробного развития и 42,8% недоношенных без задержки внутриутробного развития. Физическое и нервно - психическое развитие недоношенных детей находится в тесной взаимосвязи. Из 80 детей у 35 % отмечены тяжелые психоневрологические, сенсорно- невральные или интеллектуальные нарушения (инвалидация, квадриплегия, дефицит умственного развития), у 32 %- судороги, гемипарез, задержка психического развития, у 23 % - минимальные (28% недоношенных с задержкой внутриутробного развития и 72 % истинно недоношенных). Разной степени снижение коэффициента интеллектуальности у детей с массой тела менее 1500 гр наблюдалось в 5 - 6 раз чаще, чем у детей с массой тела более 1500 гр.

Изучение зависимости физического развития детей с низкой массой тела при рождении от сроков беременности показала, что нормальное развитие имело у 26% детей родившихся до 28 нед. у 64% - до 29-30 нед. - и у 73% -до 31-32 нед. внутриутробного развития.

**Вывод.**

1. Таким образом, общее физическое развитие детей родившихся с низкой массой тела во многом отстаёт и это прямо зависит от массы тела при рождении., т.е. чем меньше масса тела при рождении, тем больше выражена степень отставания.

2. Основной превентивной проблемой следует считать профилактику невынашивания. Для улучшения прогноза у детей с низкой массой тела необходимо совершенствовать своевременную патогенетически обоснованную реанимационную и реабилитационную помощь.

## ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Акмоллаев Д.С., Хамраев А.Ж., Притуло Л.Ф., Баснаев У.И.  
Крымская медицинская академия, г.Симферополь  
Ташкентский медицинский педиатрический институт

**Актуальность.** Ежегодно количество детей с инородными телами желудочно-кишечного тракта, которые требуют стационарного лечения и наблюдения не уменьшается.

**Цель.** Ранняя диагностика и улучшение методов лечения детей с инородными телами желудочно-кишечного тракта.

**Материалы и методы.** Нами проведен анализ результатов диагностики и лечения 69 детей с инородными телами желудочно-кишечного тракта.

**Результаты и обсуждения.** Основную группу составили дети в возрасте от 10 месяцев до 5 лет – 42, от 6 до 14 лет – 27. Наибольшую опасность представляют инородные тела, вызывающие поражения внутренних органов (батарейки, иголки, булавки, магнитные шарики, предметы с острыми краями), которые отмечались у 35 детей. У 34 инородные тела были представлены в виде металлических и пластиковых предметов, не представляющие опасность для желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Большая часть инородных тел располагалась в начальных отделах ЖКТ. В пищеводе у 29, в желудке – 31, в кишечнике – 9. Основная группа детей с инородными телами ЖКТ обратилась в стационар в первые сутки (48), на вторые-третьи сутки – 15, и на четвертые-шестые сутки – 6. Клинические проявления характеризовались беспокойством ребенка, жалобой на боли, гиперсаливацию, позывы на рвоту, отказ от приема пищи. Всем детям при поступлении в стационар проводили обзорную рентгенографию органов грудной и брюшной полости. При инородных телах пищевода и желудка в срочном порядке проводилась фиброгастродуоденоскопия (ФГДС). Эндоскопическое удаление инородного тела желудка не всегда приводило к успеху из-за наличия пищи в последнем и позднем поступлении. Лапаротомия потребовалась трем больным, у которых наступило осложнение – перфорация (2) и отсутствие движения инородного тела (1).

**Заключение.** Среди инородных тел необходимо выделить группу предметов, которые могут вызвать поражения внутренних органов (батарейки, иголки, магнитные шарики, булавки, предметы с острыми краями). Своевременное выявление и удаление инородных тел ЖКТ до появления осложнений улучшает результаты лечения больных с данной патологией.

## ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С ДИВЕРТИКУЛОМ МЕККЕЛЯ

Акмоллаев Д.С., Хамраев А.Ж., Притуло Л.Ф., Баснаев У.И., Умерова А.Д.  
Крымская медицинская академия, г.Симферополь  
Ташкентский медицинский педиатрический институт

**Актуальность.** Инвагинация кишечника является распространенной формой кишечной непроходимости у детей. Патология встречается в различных возрастных группах, чаще у детей грудного возраста. Особенности клинических проявлений инвагинаций кишечника обусловлены многообразием факторов, приводящих к непроходимости кишечника. Одной из причин инвагинации кишечника может быть дивертикул Меккеля (ДМ).

**Цель.** Целью нашего исследования явилось улучшение результатов диагностики и лечения инвагинации кишечника у детей, вызванных ДМ.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов обследования и лечения 62 детей (в возрасте до 1 года – 14, до 3 лет – 17, старше 3 лет – 31) с инвагинацией кишечника на фоне ДМ. Для диагностики и патологии проведен сбор анамнеза, данные объективного и инструментального методов обследования (ультразвуковое исследование (УЗИ), рентгенография, пневмоирригоскопия).

**Результаты и обсуждение.** Использование УЗИ-обследования показало высокую эффективность и позволяло установить наличие инвагинации и идентифицировать порой его структуру. Клиническая картина подвздошно-ободочной инвагинации на почве ДМ малоотличалась от обычной инвагинации. Особенности выявлены при тонкокишечной инвагинации. На фоне приступообразных беспокойств у ребенка отмечается отхождение стула и газов, которые длительное время остается нормальным. Живот чаще не вздут, остается мягким при пальпации. Хотя порой при пальпации передней брюшной стенки обнаруживается опухолевидное образование в пупочной области мягко-эластичной консистенции. При ректальном обследовании ампула прямой кишки пустая. Прогрессивное ухудшение состояния являлось показанием для диагностической лапароскопии. Все дети успешно оперированы, проведена дезинвагинация с резекцией дивертикула Меккеля.

**Заключение.** Выявлены особенности клинических проявлений инвагинации кишечника, вызванные ДМ при тонкой кишечной инвагинации. Важное значение имеет ультразвуковое исследование. Как правило, данная патология встречается у детей старшего возраста и требует только оперативного лечения.

## ПЕПТИЧЕСКАЯ ЯЗВА ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ

Акмоллаев Д.С., Эргашев Н.Ш., Олейник А.В.,  
Баснаев У.И., Акмоллаев Э.С.

Крымская медицинская академия, г.Симферополь  
Ташкентский медицинский педиатрический институт

**Актуальность.** Основную группу заболеваний среди пороков развития желточного протока составляет Дивертикул Меккеля (ДМ). Нередко наличия в дивертикуле гетеротопической ткани поджелудочной железы, слизистой желудка, двенадцатиперстной кишки приводит к кровотечению или перфорации ДМ. Порой прогрессивное ухудшение состояния детей требует срочных диагностических и лечебных мероприятий.

**Цель.** Изучение особенностей клинических проявлений пептической язвы ДМ с целью ранней диагностики патологии и выбор оптимальных методов лечения.

**Материалы и методы.** Проведен анализ оперативного лечения 59 больных детей. У 41 была кровоточащая язва ДМ, у 18 – с перфорацией пептической язвы. В возрасте до 1 года было 4, до 2 лет – 7 детей, остальные – более старшего возраста.

**Результаты и обсуждение.** С целью уточнения диагноза проводились общеклинические, лабораторные, радионуклеидные- сцинтиграфия и эндоскопические методы исследования. Кровотечение было однократным у 20, повторным – у 15, рецидивирующим – у 6. В анамнезе отмечали обильный стул с «чистой» кровью. При раннем поступлении в стационар кровь была со сгустками. В более поздние сроки – стул темно-вишневого цвета. Обращала внимание резкая бледность кожи, учащение пульса и снижение артериального давления. У 18 детей с перфорацией пептической язвы ДМ заболевание начиналось с остро возникших постоянных резких болей в животе или периодического двигательного беспокойства (у детей в возрасте до 1 года). У 4 из них отмечалась энтероррагия. Боли сопровождалась вздутием живота (у 10) и отсутствием печеночной тупости (у 4). Состояние детей было тяжелым. Выражена бледность кожных покровов, повышение температуры до 39,5<sup>0</sup>С. Все дети оперированы. Длительность и объем предоперационной подготовки определяли в зависимости от интенсивности и объема кровопотери, общего состояния детей. У 11 больных с узким основанием ДМ проведена лапароскопическая дивертикулэктомия. При широком основании – клиновидная и сегментарная резекция ДМ.

**Заключение.** Наличие кровавого стула является одним из основных признаков пептической язвы ДМ. Использование при кровотечении сцинтиграфии является наиболее оптимальным методом диагностики дивертикула с гетеротопической слизистой желудка, поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки и служит показанием к оперативному лечению.

## ПРОФИЛАКТИКА И ИНТЕНСИВНО-РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ПОЧЕЧНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПОСЛЕ АДЕНОМЭКТОМИИ

Аллазов С.А., Гафаров Р.Р., Мансуров У.М.,  
Эшбеков М.А., Искандаров Ю.Н., Муминов С.Р.

Самаркандский медицинский институт Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Самарканд. Узбекистан

**Введение.** Умелое обеспечение анестезиологического пособия и проведение патогенетически обоснованной интенсивной терапии способствовали улучшению урологической помощи больным. Учитывая преимущества перидуральной и (или) спинальной анестезии при операциях на тазовых органах, в последнее время многие оперативные вмешательства на нижних мочевых путях, простате и наружных половых органах проводятся в условиях спинального блока.

**Цель.** Разработка интенсивно - реанимационных мероприятий при почечных хирургических осложнениях после аденомэктомии простаты.

**Материал и методы и исследования.** С 2003 по 2007 г. в отделении экстренной урологии СФ РНЦЭМП наблюдалось 313 больных с доброкачественной гиперплазией простаты, которым проводились оперативные вмешательства под перидуральным или спинальным обезболиванием. Больных были разучены на 4 группы в зависимости от способа гемостаза в ложе аденомы: Тампонирование, ушивание, съемные швы, и обработка ложа местным гемостатиком настоем лагохилуса.

**Результаты.** Местная анестезия и наркоз должны применяться по строгим показаниям, и урологи и анестезиологи при этом должны придерживаться простого постулата, что они дополняют друг друга, а не исключают. Желательность перидуральной и (или) спинальной анестезии в урологической практике становится ясной, если учесть некоторые особенности урологических больных, тем более при экстренных ситуациях со значительными нарушениями барьерных функций организма и самих почек. К последним относятся нарушения концентрационной деятельности почек в 51,2% случаев, пиурия - 85%. В среднем 47% оперированных больных в урологии составляют пациенты старше 60 лет, страдающих многими интеркуррентными заболеваниями. Анестезиологическое обеспечение подбиралось с учётом состояния больного, функциональной деятельности почек, характера заболевания и объёма оперативного вмешательства. Оперативные вмешательства проводились в основном под регионарной анестезией - спинальной (83) или перидуральной (230). При наличии противопоказаний к регионарной анестезии применялся метод внутривенной анестезии с мышечными релаксантами и ИВЛ.

**Заключение.** Исходя из преимуществ, обеспечивающих безопасность больных, в настоящее время методом выбора обезбоживания при операциях на нижних мочевых путях, простате, наружных половых органах являются перидуральная и (или) спинальная анестезия.

**БОЛЕЗНЬ ФУРНЬЕ: АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ.**

**Аллазов С.А., Маманазаров Д.М., Батиров Б.А., Гафаров Р.Р., Аллазов Х.С.**  
Самаркандский медицинский институт Самаркандский филиал РНЦЭМП  
Самаркандская городская больница №1. Самарканд. Узбекистан.

Актуальность. Согласно номенклатуре Clinica Manual Urology (Hanno P. et al. 2006) любой остро распространенный процесс некроза полового члена, мошонки и промежности именуется гангреной Фурнье, описанной им в 1883 г., хотя Vaurienne ещё в 1764 г. впервые описал идиопатическую, быстро прогрессирующую гангрену мягких тканей гениталий чаще у мужчин и значительно реже - у женщин.

До сих пор представляет особую актуальность не только оказание хирургической помощи при болезни Фурнье, но и проведение анестезиологического пособия.

Цель. Изучить особенности обезболивания во время «агрессивной хирургии» при болезни Фурнье.

Материал и методы. За период 2000-2020 гг. в отделение экстренной урологии СФ РНЦЭМП поступило 12 больных с болезнью Фурнье. Из них у 6 (50%) болезнь возникла на фоне хронического алкоголизма, анемии вследствие хронических заболеваний (цирроза печени, гломерулонефрита), у 3 (25 %) после ушиба мошонки и нагноения гематомы. У 2 (16,7 %) больных при гнойном парапроктите, распространившемся на органы мошонки и брюшную полость. У одного (8,3 %) больного заболевание возникло после подкожной инъекции в паховую область антибиотиков с целью лимфотерапии. Обследование больных и оказание помощи проводилось согласно стандартам и по принципам так называемой «агрессивной хирургии» (лабораторные методы, УЗИ и др.).

Результаты и обсуждение. Заболевание обычно проявлялось лихорадкой и слабостью, болями и отеками в области гениталий, прогрессирующей эритемой кожи наружных половых органов. Далее возникала гангрена мягких тканей гениталий, которая быстро прогрессировала и сопровождалась тяжелой интоксикацией.

Хирургическая обработка гнойного очага проводилась по возможности радикально с иссечением подкожно-жировой клетчатки, дренированием фасциальных пространств. Оперативное лечение проводилось безотлагательно с соблюдением всех принципов «агрессивной хирургии». При активных кровотечениях вследствие обширной послеоперационной раны нами впервые был использован сильный местный гемостатик - 10% - ный настой и 12% - ная настойка лагохилуса опьяняющего. Надо отметить, что на ранних сроках заболевания гноя в ране мы не обнаружили, имелась лишь жидкость серо-грязного цвета и некротические массы.

С первых дней были назначены антибиотики широкого спектра действия (ципрофлоксацин, клиндамицин, цефтриаксон и др.).

Комплексное лечение включало антибактериальную, дезинтоксикационную терапию, коррекцию нарушений гомеостаза, метаболизма, деятельности органов и систем. Лечебные мероприятия в обязательном порядке проводились с анестезиологами-реаниматологами.

Ввиду того, что проведение общего анестезиологического пособия (эндотрахеальный, внутривенный наркоз) представляло затруднения из-за общего тяжелого состояния больных и нестабильной гемодинамики, в основном применялась местная анестезия. Под местной инфильтрационной анестезией (использовался 1%-ный раствор новокаина с добавлением гентамицина 80 мг и дексаметазона 4 мг на весь объём).

Заключение. Адекватное хирургическое лечение в совокупности с интенсивной терапией и энергичными анестезиолого-реаниматологическими мероприятиями приводят к выздоровлению больных. Летальность составила 14%. Умерло 2 больных.

## ГЕМОСТАЗ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИОННЫХ РАН НАСТОЕМ И НАСТОЙКОЙ ЛАГОХИЛИСА.

Аллазов С.А., Мансуров У.М., Муродова Р.Р.,  
Кодиров С.К., Искандаров Ю.Н., Негматов К.Н.

Самаркандский медицинский институт  
Самаркандский филиал РНЦЭМП. Самарканд. Узбекистан

**Актуальность.** В современной оперативной урологии все большее распространение получают фармакологические способы гемостаза операционных ран, основанные на обработке гемостатиками. Многие фармакологические методы гемостаза (обработка перекисью водорода, спиртом и др.) обладают отрицательным воздействием на раневую поверхность (прижигание, дубление, некроз). Широко применяемые термокоагуляция и перевязка или же ушивание кровотока также обладают целым рядом отрицательных свойств: прижигание тканей, оставление в ране лишнего шовного материала. В то же время многие высокоэффективные биологические средства, разработанные, в последние годы оказываются недоступными для широкого применения.

**Цель:** Изучение возможностей применения альтернативных способов гемостаза операционных ран, в частности обработки ран настоем и настойкой лагохилуса опьяняющего.

**Материал и методы.** Ретроспективно изучены по архивным данным урологических отделений различные способы гемостаза операционных ран; разработан фармакологический способ гемостаза операционных ран в урологии водной и спиртовой настойкой лагохилуса опьяняющего; проведена сравнительная оценка различных способов фармакологического гемостаза операционных ран.

Проводилось сравнительное исследование различных способов гемостаза операционных ран у 120 больных с урологической патологией, требующей проведения оперативного вмешательства. Из них у 48 была выполнена операция на почке, у 23 - на мочеточнике, у 35 - на мочевом пузыре и у 14 - на органах мошонки.

**Результаты.** Способ гемостаза препаратами настоя и настойкой лагохилуса заключается в следующем: после разреза кожи и подкожной жировой клетчатки к поверхности операционной раны прикладывается стерильная марлевая турунда обильно пропитанная настоем или настойкой лагохилуса и прижимается к ране в течение 2-3 минут. Турунда удаляется и при необходимости, в случае продолжающегося кровотечения, эту процедуру можно повторить ещё 2-3 раза до полной остановки кровотечения. В противном случае прибегали к термическим или механическим способам гемостаза.

Так, при люмботомии из 48 больных у 32 удалось добиться гемостаза настоем или настойкой лагохилуса, у 9 - термокоагуляцией и у остальных 7 - перевязкой или ушиванием кровотока. При уретеротомии у 16 больных гемостаз достигнут применением препаратов лагохилуса, 5 - термокоагуляцией и у 2 - перевязкой сосудов. При цистотомии из 35 больных у 24 кровотечения остановлено применением препаратов лагохилуса, у 7 больных применили термокоагуляцию и у 4 больных осуществили перевязку сосудов в ране. При операциях на органах мошонки в 11 случаях гемостаз осуществлен применением настоя или настойки лагохилуса, в 2-ух случаях - термокоагуляцией и у 1 больного - перевязкой сосудов в ране.

**Заключение.** Таким образом, использование фармакологических методов гемостаза, таких, как обработка водной, либо спиртовой настойкой лагохилуса, позволяет улучшить результаты проводимых оперативных вмешательств, оптимизировать имеющиеся гемостатические методы, при урологических операциях.



## ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ВАРИКОЦЕЛЕ.

Аллазов С.А., Турсунов О.Б., Хамроев Г.А.,  
Хамраев Б.О., Тухтаев Ф.М., Маманазаров Д.М.

Самаркандский медицинский институт  
Самаркандский филиал РНЦЭМП. Самарканд. Узбекистан

Актуальность. Анестезиологическое обеспечение урологических больных, особенно в экстренных условиях, усложняется в связи со значительно нарушенными барьерными функциями организма, в особенности при нарушении функции почек (почечная недостаточность, пиурия и др.).

У больных, находившихся в тяжелом состоянии, проводилась интенсивная терапия, заключающаяся в инфузии жидкости под контролем ЦВД, подаче увлажненного кислорода, при необходимости - стимуляции диуреза, сердечных, сосудистых средств. Для купирования болей применялись наркотические анальгетики, местная анестезия и по показаниям - перидуральная блокада.

Цель. Выявить особенность анестезиологического пособия и оказания помощи при осложненных формах варикоцеле.

Материал и методы. МЙВ проводились, в основном, под регионарной анестезией - спинальной или перидуральной. При наличии противопоказаний к этим методам анестезии применялся метод внутривенной анестезии с мышечным релаксантом и ИВЛ.

Результаты и обсуждение. При ретроспективном изучении медицинской документации 934 больных с варикоцеле у 99 обнаружили состояние экстренного или неотложного характера. Среди них самым частым является болевой синдром - у 89 больных. Разрыв стенки вены с образованием гематомы наблюдался у 4 больных, с образованием варикозного узла в мошонке - у 25 больных. Тромбоз яичковой вены отмечался у 6 больных, флебит - у 1. У 6 больных имели место ятрогенные повреждения: кровотечения после операции - 5 больных, перевязка и рассечение мочеточника - 1 больной. Экстренные методы оказания помощи и лечения проводились, исходя из характера осложнения. У больных с болевым синдромом проводились консервативные мероприятия (в амбулаторных условиях, либо стационарно в течение 1-3 дней) в виде ограничения физической нагрузки и длительного стояния, устранения метеоризма и запоров, исключения длительного напряжения брюшной стенки, холодных ванн для органов мошонки, устранения половых излишеств. При разрыве стенки вены с образованием гематомы и варикозного узла в мошонке проводились как консервативные мероприятия - постельный режим, устранение метеоризма, холод на мошонку, так и оперативные вмешательства: дренирование гематомы, операция Иванисевича, лапароскопические операции. Стационарное лечение таких больных проводилось в течение 5-7 дней.

При тромбозах и флебитах яичковой вены в лечении постельный режим сочетали с антибиотикотерапией, антикоагулянтами, фибринолитиками и тромболитическими препаратами, а также обезболивающими и жаропонижающими средствами в течение 5-7 дней стационарного лечения.

В случае ятрогенных повреждений лечебные мероприятия заключались в ревизии раны с окончательной остановкой кровотечения при послеоперационных кровотечениях и восстановлении целостности и проходимости мочеточника при его перевязке. Стационарное лечение в подобных ситуациях проводилось до 10 дней.

Заключение. Таким образом если в 1973-1999 гг. до возникновения Службы экстренной медицинской помощи (СЭМП) из общего числа оперированных по поводу варикоцеле экстренные показания составляли 0,1%, а отсроченные - 0,8%, то в период функционирования СЭМП (2000-2025 гг.) эти показатели выглядят соответственно 6,6% и 12,4%. Создание сети экстренной медицинской помощи в нашей Республике способствовало ускоренной диагностике и оказанию экстренной, срочной или отсроченной помощи при варикоцеле и малоинвазивных урологических операциях

## ОПТИМИЗАЦИЯ ДРЕНИРУЮЩИХ ПАЛЛИАТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ НЕОБРАТИМЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЧЕИСПУСКАНИЯ

Аллазов Х.С.

СамГМИ 1-городская больница г. Самарканда

Актуальность. В урологической практике издавна применяется отведение мочи путем оперативного вмешательства - эпицистостомия, которое требует упрощения и оптимизации

Цель. Улучшение функциональных результатов за счет формирования постоянного бездренажного губовидного свища и формирования искусственного сфинктера из собственных тканей мочевого пузыря.

Материалы и метод. Цистостома является «открытым» способом отведения мочи из мочевого пузыря с помощью дренажной трубки. Но этот способ отведения мочи имеет ряд осложнений: поддержание хронической инфекции в мочевыделительной системе; развитию микроцистита и стенозирование устьев мочеточников; ухудшение уродинамики верхних мочевых путей; необходимость смены дренажной трубки ввиду ее обструкции гнойными пробками и солями.

Известен способ формирования свища мочевого пузыря, экспериментально разработанный Литвиненко А.Г. (1971), суть которого заключается в выкраивании лоскута из стенки мочевого пузыря, формировании трубки и выведении ее на кожу. Но лоскутная трубочка очень быстро претерпевает рубцовые изменения ввиду нарушения микроциркуляции стенки мочевого пузыря.

Более оптимальный способ формирования эпицистокутанеостомы осуществляется следующим образом. Обнажают переднюю стенку мочевого пузыря. Латеральнее от середины на 1,0-2,0 см в области верхушки мочевого пузыря, тупым путем отодвигая мышцы в стороны, доходят до слизистого слоя. Затем выделяют слизистую оболочку до 2 см и более в диаметре, не вскрывая и не накладывая швов, далее вытягивают слизистую оболочку до 5,0-6,0 см и диаметром 1,0-1,5 см, освобождая тупым путем от мышечного слоя. На мышечный слой мочевого пузыря накладывают 4 кетгутовых шва, но нити не отрезают. На 1,5-2,0 см латеральнее от края операционной раны острием скальпеля делают сквозной прокол кожи и апаневроза и в области прокола удаляют подкожную жировую клетчатку для уменьшения длины свищевого канала. Через данный прокол вводят бранши зажима, расслаивая волокна прямой мышцы живота в медиальном направлении с образованием тоннеля, более длинного и несколько прогнутого, чем при проведении прокола скальпелем через все слои. И со стороны предпузырного пространства выводят наружу слизистую мочевого пузыря. Концы нитей со швов на мышечном слое пузыря пришивают к прямой мышце живота с внутренней ее поверхности по краям сформированного тоннеля для свищевой трубки. Слизистую оболочку, выведенную на кожу, вскрывают и подшивают к краям разреза кожи узловыми атравматическими 5-7 швами. Через этот свищ в мочевой пузырь вводят катетер Фоли №16 по шкале Шарьера на 7-10 дней и удаляют после заживления раны. У созданного таким образом свища, «сфинктером» служат собственно мышечный слой мочевого пузыря и волокна прямой мышцы живота. Через эпицистокутанеостому моча выводится при помощи катетера при необходимости и заполнении мочевого пузыря

Вывод. Способ эпицистокутанеостомии является альтернативой всем паллиативным методом создания надлобкового свища, через которого осуществляется опорожнение мочевого пузыря при помощи катетера по мере накопления мочи.

## КЛИНИКА СИНДРОМА КРУПА НА ФОНЕ АТОПИИ У ДЕТЕЙ

Атаева М. С., Шавази Н. М., Лим М. В,  
Ибрагимова М. Ф., Давурова Л. Ш.

Самаркандский государственный медицинский институт,  
Республика Узбекистан, город Самарканд

**Актуальность.** Заболевания верхних дыхательных путей широко распространены среди детского населения, которые наносят вред детскому организму. Инфекции дыхательных путей представляют собой одну из самых главных причин заболеваний в детском возрасте; около 70% этих инфекций поражает верхние дыхательные пути. Одним из наиболее частых клинических синдромов, встречающихся при ОРВИ у детей, является острый ларинготрахеит. Актуальность проблемы острого ларинготрахеита обусловлена его высокой распространенностью, развитием бактериальных осложнений, наступлением летального исхода, склонностью к рецидивированию.

**Цель работы:** Установить особенности течения стенозирующего ларинготрахеита у детей на фоне атопии с целью профилактики заболевания.

**Материалы и методы:** Изучены результаты клинико-anamnestического обследования 46 больных детей с стенозирующим ларинготрахеитом, госпитализированных в отделениях I и II экстренной педиатрии и детской реанимации Самаркандского республиканского центра экстренной медицинской помощи. I группу составили 22 больных детей с стенозирующим ларинготрахеитом, не имевшие признаков атопии, II группу - 24 больных со стенозирующим ларинготрахеитом на фоне атопии.

**Результаты и их обсуждение:** Согласно изучению анамнестических данных 32 (69,5%) больных со стенозирующим ларинготрахеитом госпитализированы в первые сутки от начала заболевания, 9 (19,5%) - на 2-3 сутки и 5 (10,8%) - на 3 день. В постнатальном периоде во II группе чаще, чем в I группе встречались: диспепсические явления (12-50% и 8-36,3%), указания на раннее искусственное вскармливание (15-62,5% и 6-27,2%), анемии (19- 79,1% и 11-50%), атопический дерматит (52,4% и 0%), инфекционные (9-37,5% и 6-27,2%), частые респираторные инфекции (12- 50% и 8- 36,3%). Родители детей I и II групп указывали на использование антибиотиков (6-25% и 10- 45,4%), нестероидных противовоспалительных препаратов (1-4,1% и 7- 31,8%), гормонотерапию (0% и 3-13,6%). Изучение анамнестических данных показало, что родители больных II группы в 1,8 раз чаще поздно (на 3 сутки и позже от начала заболевания) обращались за медицинской помощью в стационар при выраженных признаках заболевания. Причиной лихорадки, ринита, дерматита, конъюнктивита и других патологических реакций в основном была аллергия. При госпитализации больных у 26- 56,5% больных имелась выраженная одышка смешанного характера, лающий кашель у 45-97,8%. У больных II-ой группы ДН 1 степеней выявлена в 20-83,3% случаях и ДН 2 степени - у 3-12,5% больных, госпитализированных в отделении детской реанимации, тогда как в I группе больных с ДН 2 степени не было.

**Выводы:** Таким образом, острый стенозирующий ларинготрахеит у детей на фоне атопии протекает тяжелее, имеет рецидивирующее течение, что диктует о проведении диспансеризации и необходимости ранней профилактики.

## ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОМ НЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

Ахмеджанова Н.И., Ахмеджанов И.А., Юлдашев Б.А., Даминова М.Х.  
Самаркандский Государственный медицинский институт

**Введение.** В детском возрасте чаще наблюдается хроническое (латентное или волнообразное) течение тубулоинтерстициального нефрита (ХТИН), обусловленное генетической предрасположенностью, развитие которого определяют эндогенные (врождённые и наследственные) факторы. Данный вид недеструктивного воспаления преимущественно мозгового слоя завершается интерстициальным фиброзом с вовлечением в патологический процесс всех структур нефрона.

Исследования последних лет доказали существенную роль в генезе ХТИН молекул почечного повреждения (МПП). МПП – промежуточные продукты протеолиза, переменные продукты, неоднородные по составу ингредиенты нежизнеспособных тканей накапливающиеся в организме при угнетении естественных механизмов детоксикации и нарушении обмена веществ. Существует прямая зависимость между степенью ЭИ и объёмом МПП в моче, зависящая от степени тяжести ХТИН.

**Цель исследования.** Выявить патогенетическую роль молекул повреждения почек при ХТИН у детей с учётом формы заболевания.

**Материал и методы исследования.** В зависимости от клинической формы почечной патологии все больные были разделены на 2 группы: 1 группа – 52 (43%) детей с рецидивирующим хроническим тубулоинтерстициальным нефритом (рХТИН) и 2 группа 68 (57%) больных с латентным хроническим тубулоинтерстициальным нефритом (лХТИН).

Определяли показатели белкового обмена (общий белок сыворотки, белковые фракции, общую и эффективную концентрацию альбумина, связывающую способность альбумина, коэффициент изменённого альбумина и индекс токсичности). Содержание токсичных МПП (МПП 254) в моче определены по формуле Калькара.

**Результаты.** В настоящее время, установлено, что при развитии полиорганной и полисистемной недостаточности, в организме накапливаются продукты нарушенного обмена – эндотоксины. Степень поражения мембранных структур клеток почек оценивали по уровню содержания в моче МПП.

Необходимость проведения такого диагностикума у больных с ХТИН обусловлена отсутствием явных признаков обострения воспалительного процесса в почках и, как показывает анализ литературы последних лет, интересом в научных и практических исследованиях.

Так как, у всех исследованных больных отмечено состояние средней степени тяжести, значительных различий в концентрации МПП в плазме крови не обнаружено. У детей с рХТИН отмечался более высокий уровень МПП  $2,23 \pm 0,08$  ед. опт. пл. ( $P < 0,001$ ), тогда как у больных с лХТИН этот показатель составлял  $1,12 \pm 0,07$  ед. опт. пл. ( $P < 0,001$ ), тогда как у здоровых детей этот показатель составлял  $0,136 \pm 0,021$  ед. опт. пл. Мы связываем это с тем, что характерный для рХТИН воспалительный процесс усугубляет эндотоксикоз, что приводит к резкому повышению МПП.

Результаты исследования показали, что в моче больных с рХТИН в фазе обострения уровень содержания МПП был выше показателей контрольной группы в 16,3 раз, тогда как у детей с лХТИН в 8 раз по сравнению с уровнем у здоровых детей. Выявленные сдвиги биохимических показателей в моче отражают нарушение состояния клеточных мембран интерстициальной ткани почек.

**Заключение.** Следовательно, у больных с рХТИН отмечены более выраженные нарушения клеточных структур по сравнению с больными лХТИН. Повышение уровня МПП в моче при ХТИН мы связываем с тем, что их низкая молекулярная масса позволяет свободно проходить через гломерулярные капилляры, но в проксимальных канальцах они реабсорбируются на 99,9%. При воспалительно-деструктивных процессах тубулоинтерстициальной системы нарушается реабсорбция МПП и наблюдается их экскреция с мочой. Нарушение экскреторной функции почек приводит к накоплению МПП в моче, которое приводит к тубулярной атрофии и органическим структурным изменениям.

## ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОМ НЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

Ахмеджанов И.А., Ахмеджанова Н.И., Юлдашев Б.А., Ахматова Ю.А.

Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

**Введение.** Несмотря на успехи, достигнутые в диагностике и лечении нефропатий, почти у 25% пациентов продолжается их прогрессирование, что приводит к изменению качества жизни. Развитие патологического процесса в тубулоинтерстициальной ткани (ТИТ) почек вызывают гетерогенные специфические и неспецифические этиологические факторы.

Центром воспалительных изменений при хроническом тубулоинтерстициальном нефрите (ХТИН) является межучочковая ткань почек с вовлечением в патологический процесс канальцев, кровеносных, лимфатических сосудов почечной стромы.

**Цель исследования.** Выявить особенности нарушений тубулярных функций при ХТИН у детей с учётом формы заболевания.

**Материалы и методы исследования.** В зависимости от клинической формы почечной патологии все больные были разделены на 2 группы: 1 группа – 52 (43%) детей рецидивирующим хроническим тубулоинтерстициальным нефритом (рХТИН) и 2 группа 68 (57%) больных с латентным хроническим тубулоинтерстициальным нефритом (лХТИН).

В исследовании парциальных функций почек использовались две группы функциональных методик: I группа - методы, позволяющие охарактеризовать количественное состояние отдельных функций почек, осуществляемых разными отделами нефрона. II группа - методы, основанные на исследовании некоторых показателей крови, отражающих результат суммарной работы обеих почек. Определяли мочевины, креатинин, электролиты (калий, натрий).

**Результаты.** Парциальные функции почек оценивали по клиренсу эндогенного креатинина, осмолярности мочи, суточному диурезу, минутному диурезу, мочевоому синдрому (лейкоцитурии, гематурии, протеинурии) до и после лечения у всех больных (100%), которые зависят от степени сохранности функционирующей паренхимы почек и активности рХТИН, давности заболевания и частоты рецидивов.

Практически у всех детей с ХТИН при сохранной клубочковой фильтрации была характерна гиперстенурия до  $1027,82 \pm 4,5$  (при отсутствии глюкозурии) и в ней определялся значительный густой осадок.

Как показали результаты исследования, у 100% больных с ХТИН была характерна умеренно выраженная абактериальная лейкоцитурия у 63 (88%) больных не более  $18 \times 10^3$  мл, при которой 2/3 лейкоцитов мочи составляли лимфоциты, тогда как у здоровых детей лейкоцитурия не превышала 5 кл. в п.з.

У детей с рХТИН при поступлении в стационар показатель СКФ находился в пределах  $73,4 \pm 1,23$  мл/мин, тогда как при лХТИН этот показатель был относительно меньше  $72,0 \pm 0,25$  мл/мин, по сравнению с больными с рХТИН. У 98,4% больных с ХТИН до лечения отмечались изменения в моче.

У детей с ХТИН бактериурия не отмечалась. Мы обнаружили микрогематурию 5-6 эритроцитов в поле зрения у 90% больных, тогда как у 10% обследованных детей выявляли макрогематурию, которая составила у пациентов 1 группы 19-20 кл. в п.з. У детей 2 группы гематурия была менее выраженной и составила при этом 10-11 кл. в п.з., тогда как у здоровых детей количество эритроцитов в моче составляет 0-1 кл. в п.з.

Наиболее повреждаемая функция почек при ХТИН – это функция осмотического разведения. При анализе полученных результатов биохимических исследований до лечения, было выявлено, что у детей с ХТИН содержание в моче белка превышало контрольные величины на 10,5% ( $P < 0,05$ ) у 76% больных, тогда как у детей 2 группы на 15,7% ( $P < 0,05$ ) у 82% детей, характеризующиеся протеинурией от 0,033% до 0,165%.

СКФ и осмолярность мочи у больных 2 группы была ниже контрольного уровня на 25,6% и 32% ( $P > 0,1$ ), а у детей 1 группы этот показатель был ещё ниже и составил 27% и 35,4% ( $P < 0,05$ ), соответственно. Необходимо отметить, что у больных с рХТИН выявлены более значительные сдвиги осмотического концентрирования мочи, СКФ, протеинурии, мочевины, креатинина в крови и в моче, чем у детей с лХТИН, что подтверждает ведущую роль асептического воспалительного процесса и изменений тубулоинтерстициальной ткани в нарушениях функций

почек, в том числе гломерулярных.

У всех детей с лХТИН, на ранних сроках заболевания, выявлены относительно менее значительные патологические изменения уровня СКФ, осмолярности мочи, протеинурии, мочевины, креатинина крови и мочи, но, одновременно, отмечена относительно выраженная гематурия.

Однако, ведущая роль в снижении функций почек принадлежит частоте рецидивирования заболевания, что подтверждается наличием достоверных различий в средних уровнях осмотического концентрирования и СКФ у детей с ХТИН при его частом рецидивировании.

Заключение. У больных с рХТИН, в стадии обострения, наблюдаются более выраженные нарушения функционального состояния почек (снижение СКФ, осмолярности мочи, суточного диуреза), при этом, выраженность этих нарушений зависит от формы и степени активности патологического процесса.

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ

Ахмедов Ю. М. Хушбаков Х.М. Мирмадиев М. Ш. Ахмедов И. Ю.  
Самаркандский Государственный медицинский институт.  
Кафедра детской хирургии №2.Самарканд Узбекистан

Диафрагмальные грыжи являются актуальной проблемой детского возраста, нередко протекая под маской других заболеваний, длительное время лечатся в педиатрических отделениях с синдромом дыхательных расстройств.

Цель: Улучшить диагностику и хирургическую коррекцию диафрагмальных грыж у детей..

Материал и методы исследования: Под наблюдением и лечением находились 41 ребенок с периода новорожденности до 15 лет в хирургическом блоке Самаркандского областного детского многопрофильного медицинского центра за период с 2000 по 2020 г. Мальчиков было 18 (43,9%), девочек 23 (56,1%). Всем больным проведено комплексное клиническое обследование с включением полипозиционной рентгенографии, УЗИ, эзофагогастроскопия и МРТ органов грудной клетки. Также был проанализирован архивный материал с учетом предыдущих лет, где были выявлены недостатки в диагностике и хирургической коррекции диафрагмальных грыж. Последние были учтены в настоящей работе.

Результаты: Возрастной состав был распределен следующим образом до недели 10 (24,39%), до 1 месяца 6 (14,63%), до 3 месяцев 4 (9,76%), до 6 месяцев 4 (9,76%), до 1 года 5 (12,19%), до 3 лет 4 (9,76%), до 7 лет 6 (14,63%), до 15 лет 1 (2,44%), старше 15 летнего возраста составили 1 (2,44%) детей. Среди них параэзофагиальные грыжи 14 (34,15%), грыжи Богдалека 6 (14,63%), левосторонние истинные диафрагмальные грыжи 1 (2,44%), левосторонние диафрагмальные грыжи 5 (12,19%), левосторонние ложные диафрагмальные грыжи 7 (17,07%), правосторонние диафрагмальные грыжи 1 (2,44%), правосторонние релаксация диафрагмы 1 (2,44%), левосторонние релаксация диафрагмы 3 (7,32%), правосторонние диафрагмальная грыжа с релаксация диафрагмы 1 (2,44%). Из анамнеза нередко выявлялись синдром дыхательных расстройств, асимметрия живота, низкий уровень гемоглобина (который расценивался как кровотечение из ЖКТ)

После установления диагноза всем детям проведено оперативное вмешательство. Ушивание дефекта диафрагмы, гофрирование диафрагмы при релаксации, параэзофагеальные грыжи сопровождались обязательной фундопликацией. Доступ являлся трансабдоминальным. В послеоперационном периоде рецидив грыжи наблюдался у 2 больных, у 1 больного отмечался гемоторакс и у 2 больных отмечался пневмоторакс. Применялись монофиломентные атравматические нити.

Выводы: Выявлено, при сборе анамнеза в обязательном порядке учитывать проявление дыхательных расстройств и асимметрию живота при физической активности и неоднократное снижение гемоглобина на фоне лечения.

Определено, в комплекс диагностических исследований для постановки диагноза включить полипозиционную рентгенографию, УЗИ, эзофагогастроскопию и МРТ органов грудной клетки.

Установлено, при хирургической коррекции доступ избирательно должен быть трансабдоминальным, при ушивании дефектов диафрагмы применять монофиламентные атравматически нерасасывающиеся нити.

Все вышеуказанные факторы требуют дальнейшего осмысления и поиска новых, более эффективных способов ранней диагностики и оперативного лечения врожденных диафрагмальных грыж в детском возрасте.

**БОЛАЛАРДА ЁН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАКНИНГ ИЗОЛИРЛАНГАН ШИКАСТЛАНИШЛАРИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ**

**Ахмедов Ю.М., Улугмуратов А.А., Хайитов У.Х.**  
Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

**Долзарблиги:** Болаларда ён икки бармоқли ичакнинг изолирланган шикастланишлари болалар хирургиясининг долзарб ва мураккаб муаммоларидан бири бўлиб ҳисобланади, ўз вақтида қўйилмаган ташхис ва ноадекват даволаш усуллари оғир оқибатларга олиб келиши мумкин. Мазкур патологияда ўлим кўрсаткичларининг юқорилиги (30-50%) ва перитонит, дуоденалокма, қорин парда орти гематомаси, профуз гастродуоденал қон кетишлар кўринишдаги асоратларнинг (50-70%) кўп учраши билан ажралиб туради.

**Материал ватекшириш усуллари:** бизнинг кузатишларимизда болалар хирургияси булимда 4 ёшдан 18 ёшгачабўлган 11 нафар болалар мазкур патология билан даволанди (ўғил болалар 7 нафар, қизболалар 4 нафар). Шикастланиш сабаблари бўлиб, қорин соҳаси тумтоқ шикастланишлар ва зарба ҳамда баландликдан орқа билан йиқилиш хизмат қилди. 11 нафар болалардан 5 нафари шикастланишдан сўнги 6 соат ичида, қолган 6 нафари 24 соатдан кейин мурожаат қилиб келган. Ҳамма беморларга умумклиник текширишлардан ташқари қорин бўшлиғи УТГ, полипозицион рентгеноскопия ва КТ ўтказилди.

**Натижалар:** тадқиқот натижалари шуниқўрсатдики, 3 нафар беморда қорин парда орти эмфиземаси (37,5%), зарарланган томонда буйрак атрофии клечаткаси соҳасида суюқлик тўпланиши аниқланди. Икки нафар беморда хирургик коррекция дастлабки 8-10 соат ичида ўтказилди. 12-бармоқли ичакни Кохер буйича ажратилганда Винивар тер доғлари, қорин парда орти гематомаси, эмфизема ва ўт билан бирга аниқланди. Икки ҳолатда 12-бармоқли ичак ёрилиши монофиламен типлари ёрдамида бир қатор чоклар билантикилди. 6 ҳолатда 12-бармоқли ичак деворининг кўп миқдорда ўтга гематома билан имбибицияси туфайли 12-бармоқли ичакдивертикуляциясибраунҳамоқмасибиланолдингиеуногастроанастомоз, холецистома ва қорин бўшлиғи ва қорин парда ортини дренажлаш билан яқунланди. Бундан ташқари, албатда трансназал зонд анастомоздан ўтган ҳолда очичак бошланғич қисмига ўтказилди. Анастомоз етишмовчилиги бир ҳолатда қайд этилди ва бунда қайта операция ўтказишга тўғри келди.

Операциядан кейинги даврда стандарт даволаш усуллари ўтказилди, яъни йўқотилган қон ҳажмини тиклаш, инфекция асоратларни даволаш ва уни олдини олиш. Беморларни овқатлантириш фақат очичакка ўтказилган зонд орқали амалга оширилди.

**Хулоса:** Шундай қилиб, болаларда ён икки бармоқли ичакнинг изолирланган шикастланишларини эрта ташхисида ичак жарохатини тикиш, кеч муддатларда 12-бармоқли ичак дивертикуляцияси браун ҳам оқмаси билан олдинги еуногастроанастомоз, холецистома ва меъда-ичактракти декомпрессия қилиш мақсадга мувофиқдир.



## ДИАГНОСТИКИЕ МАРКЕРЫ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Ахмедов Ю.М., Хайитов У.Х., Ахмедова Д. Ю., Бегнаева М.У.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

**Введение.** Тяжелые случаи обструктивных уропатий приводят к инвалидизации пациентов, так как выраженные нарушения уродинамики ведут к резкому снижению или даже утере реальных функций с формированием терминальной стадии хронической болезни почек. В связи с этим можно выделить отдельную группу больных детей с хроническим обструктивным пиелонефритом, предиктором формирования которого является наличие обструктивных уропатий, таких как гидронефроз, мегауретер, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, следствием которых становятся септическая инфекция, нефросклероз и в конечном итоге возможна полная утрата функции почки, приводящая к инвалидизации. В связи с этим больные с ХОП часто нуждаются в хирургической коррекции данной патологии.

**Материал и методы исследования:** Проведен анализ активности воспаления и склерозирования почечной ткани у 110 детей с врожденными обструктивными уропатиями. Из них с врожденным гидронефрозом (ВГ) было 50 (45%) детей, с обструктивным мегауретером (ОМУ) 21(19%) больной и рефлюксирующим мегауретером (РМУ) – 39 (36%). В моче определялось содержание следующих веществ: лейкоциты, бактерии, интерлейкин 10 – противовоспалительный цитокин, RANTES - хемокин, фактор некроза опухолей TNF-  $\alpha$  - провоспалительный цитокин, трансформирующий фактора роста TGF-  $\beta$ .

**Результаты:** У детей с врожденными обструктивными уропатиями этиологически значимая бактериурия выявлена у 67,9% больных. Из них у 42,3% была высеяна кишечная палочка - E.coli, у 14,5% – Stafilococcus, у 21,6% – Enterobacter, у 8,7% – Streptococcus, у 4,7% – Citobacter и у 8 больных, которые составили 3,1% был высеян Ps.Aureginosa. Klbsiela обнаружена у 5,1% детей. Наиболее высокий уровень интерлейкина -10 отмечен у детей с РМУ и ВГ 32,9 + 3,5 и 25,8 + 3 пг/мл, соответственно. В группах больных с ОМУ повышение уровня несколько ниже 13,2 + 2,7 пг/мл, но достоверно различно с нормой 8,1 + 0,7 пг/мл. Содержание цитокина TGF- $\beta$  в моче детей с врожденными обструктивными уропатиями превысило нормальный уровень в среднем в 30 раз (с РМУ и ВГ 35,2 + 6,4 и 35,6 + 4,2 пг/мл, соответственно), за исключением только больных с ОМУ, у которых уровень был повышен в меньшей степени 8,6 + 3,2 (норма - 1,25 + 0,2). Обращает внимание максимально высокий уровень TGF-  $\beta$  у детей с обострением обструктивного пиелонефрита.

**Заключение:** Основным клиническим проявлением мочевого инфекции, проявляющимся у больных на фоне врожденной обструкции верхних мочевыводящих путей, является лейкоцитурия и бактериурия. У пациентов с признаками хронического обструктивного пиелонефрита бактериальная инфекция была обусловлена в основном микроорганизмами семейства E.coli, Stafilococcus, Enterobacter, Proteus, степень бактериурии –  $10^8$ - $10^{12}$  микробных тел в 1 мл мочи. Как видно из приведенных данных, у обследованных детей выявлены избирательные изменения факторов иммунной системы, способных участвовать в патогенезе хронического обструктивного пиелонефрита у детей. Поэтому активация различных факторов воспалительного процесса, миграция клеток иммунной системы и аномальный синтез цитокинов выражается в повышении IL – 10 и TGF-  $\beta$ . Данные показатели иммунного статуса являются ранними и доступными биомаркерами нефросклероза. Изучение их позволит оптимизировать способы лечения данной группы пациентов с позиций современных представлений о патогенезе врожденных обструктивных уропатий, проводить мониторинг и своевременно вносить коррективы в выбранные схемы лечения.

## РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ И МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ

Ахмедова М.М., Шарипов Р.Х., Расулова Н.А., Ирбутаева Л.Т.  
Самаркандский Государственный медицинский институт Самарканд Узбекистан.

**Введение:** Антибиотики по праву считаются ключевыми лекарственными средствами в терапии бактериальных заболеваний. Наиболее распространенными заболеваниями у детей являются заболевания носоглотки и верхних дыхательных путей (отит, синусит, фарингит, бронхит, пневмония). Поэтому «золотым стандартом» антибактериальной терапии ОРЗ бактериальной природы у детей является назначение  $\beta$ -лактамных защищённых антибиотиков.

**Цель работы.** Изучение эффективности  $\beta$ -лактамных защищённых антибиотиков и макролидов при респираторной инфекции у детей.

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находились 32 ребенка в возрасте от 6 мес. до 3-х лет, которые получали стационарное лечение в городской детской больнице № 1 по поводу острой тяжелой пневмонии (17) и ОРВИ, осложненной средним отитом (15). Детям, страдающим пневмонией, после курса парентеральной антибиотикотерапии назначали  $\beta$ -лактамные защищённые антибиотики. Одним из ведущих препаратов для лечения острого среднего отита у детей на сегодня является амоксициллин/клавуланат. При аллергии на эти препараты или при выявлении внутриклеточных возбудителей, таким детям назначали макролиды.

**Результаты:** Амоксициллин/клавуланат, в частности препарата Флемоклав Солютаб®, назначали в дозе 30-60 мг/кг массы тела в сутки в 3 приема в течение 7–10 дней у детей с острым средним отитом (11) и пневмонией для продолжения антибиотикотерапии ступенчатым методом (10). При наличии аллергии или изменении стула, детям (11) назначали препарат из группы макролидов – Вильпрофен Солютаб в дозе 40-50 мг/кг массы тела в сутки в 2-3 приема в течение 7–10 дней.

Установлено, что Флемоклав Солютаб® обладает высокой клинической эффективностью (98,7%), переносимостью. При наличии аллергии или изменении стула, детям (11) назначали препарат из группы макролидов – Вильпрофен Солютаб. Учитывая безопасность макролидов, их возможность применения у больных с аллергией на  $\beta$ -лактамные антибиотики мы назначили препарат – макролид. Эффективность Вильпрофен Солютаб у наших пациентов достигала до 99%.

**Выводы:** Т.о. «золотым стандартом» антибактериальной терапии ОРЗ бактериальной природы у детей является назначение  $\beta$ -лактамных антибиотиков, которые рассматриваются в качестве препаратов первого выбора, а при аллергии на эти препараты или при выявлении внутриклеточных возбудителей - макролиды.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СИРОЛИМУСА В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ КАЗАБАХ-МЕРРИТТ.

**Баязитов Р.Р., Гурская А.С., Дьяконова Е.Ю., Наковкин О.Н., Сулавко М.А., Хагуров Р.А. Александров А.В., Рыбченко В.В., Шумихин В.С., Петрова Л.В.**

ФГАУ «НМИЦ Здоровья Детей» МЗ России. ГБУЗ ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗ г. Москвы. 119296 г. Москва, Ломоносовский проспект, 2, стр.1. 123001 г. Москва, ул. Садовая-Кудринская, д. 15.

**Актуальность.** Синдром Казабаха—Мерритт (СКМ)— редкая жизнеугрожающая патология, характеризующаяся наличием агрессивной сосудистой опухоли (капошиформная гемангиоэндотелиома/пучкообразная ангиома), гемолетической анемией, коагулопатией и тромбоцитопенией потребления. В настоящее время не существует универсальной монотерапии в лечении данной патологии, а из-за потенциально опасного для жизни состояния лечение сложное, незамедлительное и может включать в себя различные методы: медикаментозную терапию (гормонотерапия, бета-блокаторы, интерфероны, химиотерапия), эмболизацию, лучевую терапию и хирургическое удаление. В качестве одного из потенциальных терапевтических агентов рассматривается сиролимус - mTOR-ингибитор рапамуцина, снижающий ангиогенез и опухолевую прогрессию.

**Материалы и методы.** Настоящее исследование проведено на базе ДГКБ №13 им. Н.Ф.Филатова и НМИЦ Здоровья Детей с 2009г. по 2020г. с целью оценки эффективности и безопасности проведения специфической иммуносупрессивной терапии препаратом сиролимус (рапамун) с СКМ у детей. Терапию сиролимусом в суспензии получили 6 пациентов с СКМ. Возраст пациентов до начала терапии варьировался от 17 дней жизни до 8 месяцев. Сосудистые опухоли имели прогрессивный рост; сопровождалась тяжелой тромбоцитопенией (до  $5 \times 10^9$  /л) и коагулопатией потребления (гипофибриногенемия, повышенный уровень д-димера), в связи с чем, хирургическое лечение этим пациентам не проводилось. У 4 пациентов отмечалась микроангиопатическая анемия, обусловленная внутрисосудистым гемолизом, о котором свидетельствуют фрагментация эритроцитов, гипербилирубинемия и повышение активности лактатдегидрогеназы. Стоит отметить, что все 6 пациентов не отреагировали на проводимую ранее медикаментозную терапию с использованием преднизолона, анаприлина, винкристина, винбластина. Сиролимус назначался перорально в виде суспензии, из расчета  $2 \times 0,8 \text{ мг/м}^2$ , с достижением последующей целевой концентрации в крови 8 - 13 нг/мл. С целью профилактики пневмоцистной пневмонии назначался бисептол (триметоприм) 3 раза в неделю.

**Результаты.** Результат лечения проводился через 7-14 дней с начала терапии, далее каждые 1,3,6,12 месяцев. Оценивались размеры опухоли, выраженность и наличие геморрагического синдрома, количество тромбоцитов, фибриногена и Д-димера. Также проводился инструментальный контроль: УЗИ с доплером, МСКТ с в/в контрастированием. У всех пациентов отмечено достижение клинико-лабораторной ремиссии в среднем через 3 месяца от начала терапии, а уменьшение размеров опухоли уже к концу 3 недели от начала терапии.

**Выводы.** Таким образом, наш опыт показал эффективность и безопасность применения сиролимуса (рапамуна) в лечении детей с синдромом Казабах-Мерритт, при невосприимчивости к другим медикаментозным методам лечения.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У ДЕТЕЙ

Давлатова И. Р.

Самаркандский государственный  
медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

**Введение.** Данные популяционных исследований показывают, что на протяжении первого года жизни около половины детей имеют хотя бы один из симптомов функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта, таких как функциональный запор, кишечные колики, функциональные диареи, а нередко сочетание нескольких симптомов.

**Цель исследования:** Сравнить особенности клинико-лабораторных показателей у детей с функциональными гастроинтестинальными расстройствами.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 30 детей с функциональными гастроинтестинальными расстройствами. I группу составили 10 больных с функциональным запором, II группу составили 10 детей с функциональной диареей, в III группу вошли дети с кишечной коликой. Детям всех групп были проведены общий анализ крови, мочи, макроскопическое и микроскопическое исследование кала, а также объективные исследования.

**Результаты исследования.** Пациенты I группы при поступлении предъявляли меньше жалоб, связанных с функциональными гастроинтестинальными нарушениями. Дети II группы достоверно реже ( $p < 0,05$ ) предъявляли жалобы на боль в животе. Их частота составила  $16,3 \pm 2,4\%$ , тогда как в I группе -  $14,4 \pm 1,4\%$ . Также во II группе реже встречались жалобы на общее беспокойство, связанную как с нарушением сна, так и со снижением аппетита -  $8,9 \pm 2,4\%$  во II группе и  $11,5 \pm 1,4\%$  в I группе ( $p < 0,05$ ). Интенсивные кишечные колики у младенцев способствуют расстройству сна в дальнейшем (96%), тогда как у детей I и II групп данный феномен не отмечался. Недостаточная прибавка в массе тела отмечалась у  $6,7 \pm 2,1\%$  детей в III группе, у  $2,8 \pm 0,8\%$  в I группе и у  $1,6 \pm 0,8\%$  младенцев II группы. Таким образом, несмотря на видимое благополучие детей I группы, полученные данные могут свидетельствовать о более значимом отставании в весе по сравнению с II группой, что мы связывали с наличием нерационального питания и пищевой непереносимостью при запоре. Диагноз запор устанавливается на основании частоты дефекации менее 3 раз в неделю, длительных задержек в анамнезе, тяжести после того, как ребенок овладел навыками самостоятельной дефекации.

Полученные данные могут свидетельствовать о том, что длительно сохраняющееся нарушение опорожнения кишечника приводят к образованию «порочного круга», элементами которого являются вторичный мегаколон и мегаректум, диссинергия дефекации, анальная травма/ трещина.

Результаты сравнительной оценки лабораторных данных всех трех групп показали, что наиболее выраженные изменения характерны детям составившим 3 группу. Так, копрологическое исследование показало высокую долю стеатореи (нейтрального жира, жирных кислот, йодофильной флоры, слизи, лейкоцитов) у детей 3 группы, что по видимому было связано с наличием гнилостных процессов протекающих в толстой кишке, которые наиболее выражены у детей с коликами.

**Заключение:** Таким образом, функциональное гастроинтестинальное расстройство проявляющееся в виде кишечных колик протекает более остро по сравнению с запорами и диареей, с большим количеством жалоб, выраженной стеатореей и наличием слизи и лейкоцитов в стуле, которое отражает липолитическую способность поджелудочной железы, зависит от pH 12-перстной кишки, интрадуоденального давления.

Сравнительный анализ клинических симптомов функциональных гастроинтестинальных расстройств показал, что они наиболее выражены у детей с кишечными коликами (большее количество жалоб, вегетативных реакций).

Результаты копрологического исследования показали, что наиболее выраженные изменения копрограммы (доли стеатореи, слизи и лейкоцитов) были характерны детям с кишечными коликами, по сравнению у детей с запорами и диареей.

## ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУНИТЕТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ.

Даминова М.Х., Ахмеджанов И.А., Ахмеджанова Н.И., Сайфиев Х.Х.  
Кафедра Педиатрии № 2 с курсом неонатологии СамГосМИ, Самарканд, Узбекистан.

Рядом авторов было доказано развитие вторичных иммунодефицитных состояний у детей с хроническим пиелонефритом (ХП), которые непосредственно связаны с нарушениями гуморального иммунитета.

Среди показателей гуморального иммунитета у детей с ХП (основных классов иммуноглобулинов в сыворотке крови – А, М, G), была выявлена следующая закономерность: IgG был достоверно ниже нормы у детей с ХВНПН (хронический вторичный необструктивный пиелонефрит)  $6,89 \pm 0,12$  г/л, ( $P < 0,001$ ).

Содержание IgA и IgM было достоверно выше нормы у детей с ХВНПН  $1,82 \pm 0,042$  г/л,  $1,66 \pm 0,04$  г/л, ( $P < 0,001$ ;  $< 0,001$ ).

В ходе исследования обнаружено выраженное снижение IgG, что мы связываем с уменьшением количества CD4, это даёт возможность судить о том, что синтез IgG и активация CD4 имеют однонаправленное действие против инфекционного агента. Предварительные исследования показали, что спонтанная продукция IgA и IgM у пациентов достоверно выше, чем у здоровых детей, что свидетельствует об активации иммунной системы на фоне иммунодефицита, в частности, увеличение уровня IgA обусловлено наличием активации защитных сил организма, они обладают способностью активизировать фагоцитирующие клетки. Повышение уровня IgM мы связываем с его преимущественным участием в образовании патологических ЦИК.

Результаты исследования ЦИК у детей с ХП до лечения показали, что уровни их были достоверно выше показателей у здоровых детей и составили  $83,35 \pm 2,04\%$ , ( $P < 0,001$ ), тогда как у здоровых детей этот показатель был равен  $52,24 \pm 2,0\%$ . Образованию и нарастанию ЦИК в крови способствует поступление антигенов в организм и частично дефицит ФАН, т.е вторичное иммунодефицитное состояние.

Полученные результаты показывают, что у детей с ХП период обострения развивается на фоне выраженной иммунопатологии, характеризующийся повышением IgA и IgM, ЦИК и снижением IgG.

Содержание количества Т-лимфоцитов у детей при ХП отличалось от показателей контрольной группы. Выявлено достоверное снижение этого показателя у детей с ХВНПН  $44,17 \pm 1,04\%$  ( $P < 0,001$ ). При этом количество Т-лимфоцитов было значимо снижено по сравнению с контролем у детей с ХВНПН.

Так, выявлено достоверное снижение количества CD4, CD8, CD16 при ХВНПН  $28,03 \pm 0,65\%$  ( $P < 0,001$ ),  $14,17 \pm 0,29\%$  ( $P < 0,05$ ),  $7,06 \pm 0,15\%$  ( $P < 0,001$ ) соответственно, тогда как у здоровых детей эти показатели составляли  $39,42 \pm 1,64\%$ ,  $20,56 \pm 2,18\%$ ,  $9,24 \pm 0,45\%$  соответственно.

При поступлении уровень В-лимфоцитов был значимо выше показателей контрольных нормативов у детей с ХВНПН. Этот показатель отличался более выраженным изменением и составлял  $10,68 \pm 0,16\%$  ( $P < 0,001$ ). Независимо от формы заболевания, у детей с ХП отмечался более низкий уровень ФАН.

Нужно отметить, что при ХВНПН обнаружены выраженные изменения гуморального и клеточного иммунитета, так как ДМН на фоне которой развился ХВНПН потенцирует и модифицирует стабильный воспалительный процесс в почках и снижает эффективность механизмов саногенеза, тем самым формирует условия для длительной персистенции уропатогенов в почках, которые обуславливают наличие значительного нарушения иммунных показателей.

## К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНЫХ ПРИЧИНАХ РЕЦИДИВА ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ.

Джумабоев Ж.У., Мирзакаримов Б.Х.

Андижанский государственный  
медицинский институт. Андижан. Узбекистан.

**Актуальность.** Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) представляет собой различные по форме западения грудины и передних отделов ребер, приводящим к функциональным нарушениям со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Единственным способом лечения является корригирующая торакопластика. Все существующие методы имеют свои определенные недостатки, которые могут привести к рецидиву деформации. Чаще всего это зависит от фиксирующих устройств, удерживающих грудину в корригированном положении.

**Цель:** изучить причины осложнений, влияющие на результат лечения ВДГК

**Материалы и методы исследования.** Проведен анализ 11 наблюдений с деформацией грудной клетки, наступившей после операции коррекции воронкообразной грудной клетки по Равич-Гроссу с наружной тракцией грудины с вытяжением к шине Маршева. Непосредственный результат у этих детей был признан хорошим. В отдаленные сроки в течении 1-2 года по данным местного осмотра, антропометрии и функциональных исследований результат оценивался как хороший. В последующем в 2х случаях частичный рецидив наступил у больных с синдромом Марфана и болезнью Дауна, обычный срок фиксации оказался недостаточным. В 3х случаях полный рецидив наступил через 1.5 месяца в результате обрыва тракционной нити в амбулаторных условиях. Причиной западения на местах остеотомии являлась недостаточная резекция сегментов ребер, в результате которой образовалась изолированная деформация грудной клетки. Чрезмерное вытяжение за грудину привело к гиперкоррекции. Причиной келлоидных рубцов стало местное осложнение в виде воспалительных явлений.

**Вывод:** Корригирующая торакопластика при воронкообразной деформации грудной клетки это полная реконструкция грудной стенки. Возможны различные осложнения в ранние и отдаленные сроки. С целью профилактики необходимо учитывать всевозможные причины влияющие на результат лечения. В связи с этим нами разработана методика торакопластики, исключая какие-либо фиксирующие устройства.

## ОТЛИЧИЕ РЕКТОПРОМЕЖНОСТНЫХ СВИЩЕЙ ОТ ЭКТОПИИ АНУСА У ДЕТЕЙ

Дусалиев Ф.М., Якубов Э.А., Кодиров А.А., Сафаралиев Ж.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

**Введение:** Доказано, что среди аноректальных мальформаций у мальчиков чаще наблюдается атрезия с ректоуретральными или ректопромежностным свищом, у девочек – ректовестибулярный свищ. В литературе мало специальных работ по диагностике и дифференциальной диагностике ректопромежностных свищей у мальчиков.

**Цель:** Усовершенствовать диагностику и дифференциальную диагностику ректоперинеальных свищей у детей по материалам клиники.

**Материал и методы исследования:** Обследовано 31 детей, лечившихся в клинике кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ в период 2012 - 2020 г. с атрезией ануса, ректоперинеальным свищом. Больным проводили клиничко-лабораторные, инструментальные (рентген, УЗИ, МСКТ) и специальные методы исследования для определения клиничко-анатомических форм, функционального состояния аноректальной зоны и запирающего аппарата прямой кишки. При комплексном обследовании особое значение придавали на дифференциальную диагностику и выявлению сопутствующих аномалий других органов.

**Результаты:** Установлено, что это патология чаще встречается у мальчиков (23 - 74,2%). При ректоперинеальных свищах свищевое отверстие открывается впереди от места должного ануса, а анус прикрыт кожей. Анальный рефлекс у всех больных определяли методом раздражения штриховыми движениями кожи в области заднего прохода и внутренней поверхности бедра. Оценивали симметричность и силу сокращения сфинктерных мышц. Для эктопии ануса характерно переднее перемещение анального отверстия в составе сфинктерного аппарата с нормальным просветом прямой кишки и анальным каналом с положительной реакцией рефлекса Россолима вокруг него. В дифференциальной диагностике эктопии ануса с ректоперинеальными свищами использовали определение индекса анальной позиции (ИАП) по Reisner. У мальчиков этот показатель определяют измерением расстояния между центром ануса до нижнего края мошонки и от центра ануса – до копчика. У девочек – это отношение расстояния между центром ануса и уздечкой половых губ к расстоянию между анусом и нижним краем копчика. ИАП менее 0,34 у девочек и менее 0,46 у мальчиков принято считать передним смещением ануса.

23 мальчикам с атрезией ануса, ректоперинеальным свищом плановые операции проводили в возрасте 3-12 мес. – 18; 1-3 лет – 4; старше 3 года – 1. 8 девочек с ректоперинеальными свищами прооперированы в плановом порядке в возрасте 3-12 мес. – 2; 1-3 года – 2; старше 3 года – 4. Из 31 оперированных детей у 26 послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Вторичное заживление операционной раны с удовлетворительным восстановлением анатомических структур в промежности отмечено у 5 (16,1%) детей (мальчиков – 3, девочек – 2) после мобилизации с перемещением прямой кишки на должное место при относительно длинном сегменте свищевого хода вдали от нормальной локализации ануса. В послеоперационном периоде всем 31 больным проводили профилактическое бужирование заднего прохода в течении 1-3 мес. с помощью металлических бужей Гегара в возрастных размерах.

**Заключение:** Таким образом, в диагностике ректоперинеальных свищей и для выявления анатомических вариантов аномалии, также дифференциальной диагностики с эктопией ануса необходимы специальные методы исследования. Определение ИАП по Reisner является самым простым и достоверным исследованием при дифференциальной диагностике ректоперинеальных свищей.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ АДЕКВАТНОСТИ ПРЕМЕДИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Жониев С.Ш.<sup>1</sup>, Пардаев Ш.К.<sup>1</sup>, Ражабов Ё<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

<sup>2</sup>Самаркандский областной эндокринологический диспансер, Самарканд, Узбекистан

**Актуальность темы.** Успехи хирургического вмешательства во многом определяются качеством анестезиологического пособия, важной частью которого является премедикация комплекс специфических методов и приемов медикаментозной подготовки больных, направленный на устранение страха и беспокойства, связанных с предстоящей операцией. Использование бензодиазепинов в премедикации оказывают седативное, снотворное, анксиолитическое, противосудорожное, гипнотическое и амнестическое действие, устраняют тревогу, усиливают влияние опиоидных анальгетиков, снотворных и других депримирующих веществ, повышают устойчивость к боли, вызывают умеренное расслабление мышц, в связи с их центральным миорелаксирующим действием (Касьянов А.А. и соавт., 20).

**Цель исследования:** Оценить эффективности премедикации при операции у больных с патологиями щитовидной железе.

**Материалы и методы исследования:** Обследованию подвергнуты 60 больных с патологией щитовидной железы(ЩЖ). В соответствии с целью исследования больные были распределены на 2 группы, в зависимости от методики премедикации: контрольная группа которым премедикация с использованием только наркотического анальгетика (промедол) и антигистаминного препарата (димедрол) и основная группа котрым проводилась премедикация, включающая промедол 0,3мг/кг, димедрол 0,1мг/кг и дормикум в уменьшенной дозе 0,070,09 мг/кг. Обследования проведены – через 30-40 минут после премедикации, а так же проводилось исследование показателей центральной гемодинамики в первый и второй часы интраоперационного периода. Для определения глубины седации и адекватности премедикации нами использовалась шкала Ramsay (M.A.E. Ramsay, 1974). Для оценки состояния центральной и периферической гемодинамики изучались следующие показатели: систолическое артериальное давление (АДс, мм.рт.ст.), диастолическое артериальное давление (АДд, мм.рт.ст.), частоту сердечных сокращений (ЧСС, уд/мин) определяли в динамике монитором «ARGUS TM-7» фирмы «SCHILLER».

**Результаты исследований и их обсуждение:** Анализ полученных результатов позволяет выделить следующие основные положения, отражающие сущность проделанной работы. Уровень предоперационной седации по Ramsay по группам: в контрольной группе 1) полное бодрствование, ориентация у 7 пациентов (23 %), 2) тревожность, беспокойство, страх у 17 пациента (57%), 3) больной спокоен, контактен у 6 пациентов (20%). В основной группе: 1) больной спокоен, контактен у 28 пациентов (95%), 2) больной сонлив, выполняет простые инструкции у 2 пациентов (5%). Данные изменения психоэмоционального статуса у контрольной группе в предоперационном периоде сопровождались соответствующими реакциями вегетативной нервной системы, и изменениями параметров центральной гемодинамики в интраоперационном периоде. Добавление у основной группы больных в премедикацию дормикума в дозе 0,15 мг/кг сопровождалось положительным психоэмоциональным эффектом, а гемодинамический это проявлялось стабильностью показателей.

**Выводы:** Применение дормикума в премедикации у больных, оперируемых по поводу патологии ЩЖ, способствует снижению эмоционального напряжения, тревожности, беспокойства, обеспечивая адекватный уровень предоперационной седации. Также этот метод обеспечивает дополнительную анестезиологическую защиту пациентов от хирургической агрессии на фоне гемодинамической стабильности, что благоприятно влияет на течение анестезии и послеоперационного периода.



## УЛУЧШЕНИЕ АНТИСТРЕССОВОЙ ЗАЩИТЫ ОРГАНИЗМА ПРИ СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Жониев С.Ш., Юсупов Ж.Т., Акрамов Б.Р., Бобоев Ф.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

**Актуальность.** Ишемическая болезнь сердца по-прежнему занимает ведущие позиции в структуре современной соматической патологии (Денисов И.Н., Шевченко Ю.Л., 2012) и радикальное лечение ее декомпенсированных форм является стентирование коронарных артерий (Бокерия .А. с соавт., 2003). Несмотря что данная операция является одной из наиболее часто выполняемых среди всех рентгенхирургических вмешательств (Савченко А.П. с соавт., 2010), проблема адекватности анестезиологического обеспечения, т.е. комплексной антистрессовой защиты организма до сих пор остаётся актуальной. В современной анестезиологии существует возможность максимально эффективного и безопасного применения фармакологических средств антистрессовой защиты организма, в виде концепций предупредительной и мультимодальной анальгезии (Овечкин А.М., 2006; Morgan G.E., 2005) которые основаны на рациональный подбор комбинаций анестезиологических препаратов с различным механизмом действия. Несмотря обоснованность этого подхода, он до настоящего времени не получил должного распространения в рентгенохирургических методов диагностики и лечения.

**Цель исследования:** Повышение эффективности комплексной антистрессовой защиты организма при стентировании коронарных артерий путем совершенствования седативного компонентов интраоперационного анестезиологического обеспечения.

**Материалы и методы:** Работа проводилась на базе кафедры анестезиологии и реаниматологии в отделение рентгеноваскулярной хирургии СОКД. Исследовано 37 больных с диагнозом ИБС. стабильной стенокардией ФК III-IV риском ССО IV ст. имеющие показания к плановому стентировании коронарных артерий. Всем пациентам до операции проводилась премедикация (анальгин 50% - 2 мл + димедрол 1% - 1 мл + сибазон 0.5% - 2 мл за 30 минут до вмешательства). Всем пациентам перед катетеризацией магистральной (бедренной) артерии проводилась местная инфильтрационная анестезия 0,5%-ным раствором новокаина в объеме 20-30 мл и после начало операции инфузия пропофола 0,375 мг / кг / ч. Оценивались уровень сознания по шкале Глазго и уровень болевого синдрома по ВАШ

**Результаты исследования:** Критериями эффективности анестезиологического обеспечения у исследуемых больных определялся по уровню сознания: умеренное оглушение - сопор (13-10 баллов по шкале Глазго), отсутствием болевого синдрома (т.е. <3 баллов по ВАШ) и отсутствием тревожности. Ведение пропофола 0,375 мг / кг / ч не вызывало клинически значимого угнетения самостоятельного дыхания, не требовало, соответственно, подключения вспомогательной оксигенации и искусственной вентиляции легких, не нарушало показателей артериального давления, частоты дыхательных движений, сердечных сокращений и сатурации артериальной крови.

**Выводы:** Применение субанестетических доз пропофола по 0,375 мг / кг / ч обеспечила в периоперационной периоде при стентировании коронарных артерий антистрессовой защиты организма в виде отсутствием тревожности, умеренном оглушением, уровню болевого синдрома при сохраненном сознании - не более 4 баллов по визуальной аналоговой шкале.

## МЕТОД СФИНКТЕРОМЕТРИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НЕДОСТАТОЧНОСТЯМИ МЫШЦ СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ

**Ибодов Х.И, Рофиев Р.Р, Давлатов А.Р., Яхшибекова Ш.Дж.**

Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, кафедра детской хирургии (зав. кафедры к.м.н., доцент Азизов Б.Дж.), ГМУ Медицинский комплекс «Истиклол», г. Душанбе.

**Цель работы.** Оптимизация современных методов диагностики функциональной недостаточности мышц сфинктерного аппарата прямой кишки у детей.

**Материалы и методы исследования.** Проанализированы результаты лечения 120 детей с пороками развития аноректальной области: с атрезией ануса со свищом – 40 (33,33%); с атрезией ануса и прямой кишки со свищом – 38 (31,66%); с атрезией ануса и прямой кишки – 23 (19,16%); с атрезией ануса – 7 (5,83%); эктопия ануса у 10 (8,33%) и клоакальная форма атрезии была установлена у 2 (1,66%) больных. Возраст пациентов составлял от 1 дня до 15 лет. В клинике всем детям проведены клинико—лабораторные и инструментальные методы исследования.

Из 120 детей с пороками развития аноректальной области отдаленные результаты до и после оперативных вмешательств изучены у 31 пациента. Всем больным в отдаленные сроки проведено полное клинико—инструментальное обследование. Одним из основных методов исследования является сфинктерометрия. Сфинктерометрия—определение силы запирающего аппарата прямой кишки. Для этой цели нами предложена диагностический прибор для оценки состояния мышц сфинктерного аппарата прямой кишки (сфинктерометр «АДИССМС – 20» (№ ТУ 2001484)).

Сущность изобретения (Аппарат для измерения сократительной способности мышц сфинктера—АДИССМС – 20) заключается в применении технического устройства, представляющего собой зонд, эластичную резиновую трубку с герметически установленным датчиком внутри, баллончик для подачи воздуха и блока обработки и управления (микропроцессор) данными.

Преимуществом выбранной схемы является быстрое действие и малогабаритность, что обуславливается использованием модульной микроконтроллерной платы и модульного датчика давления.

Основными узлами прибора являются: микропроцессор, персональный компьютер (ПК), надувной баллон (баллон для подачи воздуха в просвет прямой кишки), датчик давления ВМР180 мм.рт.ст.

Разработанный анальный зонд состоит из двух отдельных частей: верхняя часть зонда представляет собой округленный в начале цилиндр с конусной концевкой. В конце конуса имеется вал с наружной резьбой. Нижняя часть зонда представляет собой цилиндр со штуцером в конце. В начале конуса находится внутренняя резьба. Обе части зонда соединяются с помощью этих резьбовых соединений.

Данные с микроконтроллера передаются на com – порт. Созданный макрос на MS-Excel принимает эти данные и по ним строит график зависимости давления от времени, т.е. данные, принимаемые с программы MS-Excel, автоматически заносятся в таблицу и по этим данным программа создаёт график. Без вмешательства человеческого фактора программа обрабатывает все данные и визуализирует их.

При оценке показателей сфинктерометрии основное внимание уделяли силе сокращения мышц сфинктера в покое, произвольного сокращения и величины введенного объема воздуха в латексный баллончик, вызывающий расслабление мышц наружного сфинктера. У детей без патологических изменений со стороны прямой кишки и сфинктерного аппарата давление покоя составило в среднем  $51 \pm 0,21$  мм.рт.ст.; максимальное давление при сокращении  $105 \pm 0,74$  мм.рт.ст. Ректоанальный рефлекс вызывался в ответ на быстрое введение в среднем  $37 \pm 4,5$  мл

воздуха в баллончик, расположенный в прямой кишке.

Таким образом, преимуществом нашего аппарата является: а) прямое соединение с персональным компьютером/ноутбуком; б) проведение обработки данных на компьютере; в) хранение данных на компьютере и обмен данными с другими устройствами; г) аппарат осуществляет эффективное исследование функционального состояния сфинктера прямой кишки у детей; д) программа аппарата обеспечивает обработку полученных данных и сохраняет информацию в компьютерной базе данных.

## УСТРОЙСТВО ДЛЯ РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

**Ибодов Х.И., Рофиев Р.Р., Яхшибекова Ш.Дж., Давлатов А.Р.**  
Институт последипломного образования в сфере здравоохранения  
Республики Таджикистан, кафедра детской хирургии  
(зав. кафедры к.м.н., доцент Азизов Б.Дж.),  
ГМУ Медицинский комплекс «Истиклол», г. Душанбе

Цель исследования. Показать результаты нового метода инвертографии у новорожденных с аноректальными пороками развития.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты инвертографических исследований 120 детей с аноректальными пороками развития. Возраст детей от 1 дня до 5 лет. Из 120 детей с аноректальными пороками развития были: атрезия ануса – у 54(45%), атрезия ануса и прямой кишки – у 53(44,1%), эктопия ануса – у 10(8,3%) и клоакальная форма атрезии – у 3(2,5%) пациентов. Всем детям проведены клиническо – биохимические исследования, в зависимости от вида порока развития – целенаправленное инвертографическое исследование, а также 25(20,8%) больным выполнено ультразвуковое исследование.

В диагностике аноректальных пороков основным моментом является определение уровня слепого мешка. Важнейшим критерием, на основании которого производят оценку типа аномалии (низкие, промежуточные, высокие формы) является отношение конечной точки кишечной трубки к пуборектальной мышце. Если слепой мешок прямой кишки или свищевое отверстие располагается дистальнее этого уровня, аномалию относят к низкой форме. Когда они располагаются на уровне этой мышцы или точное положение их установить не удается, говорят о промежуточной форме. При локализации слепого мешка прямой кишки или выходного отверстия кишечника выше пуборектальной петли, диагностируют высокую форму аномалий. С этой целью в своей работе мы использовали метод инвертографии. Рентгенологическое исследование начинают с применения инверсионной рентгенографии по Вангенстину– Райс. По расстоянию между слепым концом кишки (газовый пузырь) и меткой на промежности судят о высоте атрезии.

Данное исследование проводят следующим образом: ребенок находится в положении головой вниз и рентгенографию делают в прямой и боковой проекциях, на которых определяют пубо - копчиковую линию. Свинцовой меткой отмечают место предполагаемого заднего прохода.

При проведении рентгенографии по методу Вангенстина - Райс ребенок находится в положении головой вниз на протяжении определенного времени (3-5 минут), что может привести к ряду осложнений, таких как срыгивание, аспирация, а также возможно развитие кровоизлияний в головной мозг.

Поэтому для профилактики таких осложнений мы сконструировали устройство с использованием рентгенонегативного материала, в данном случае оргстекло.

Целью изобретения является разработка комплексного технического решения, позволяющего с минимальным риском выполнить рентгенографию брюшной полости для установления раннего диагноза атрезии ануса и/или прямой кишки (№ ТЖ 2001466, 2020г).

Для изготовления данного устройства первоначально у ребенка определяли рост и массу тела. А так же угол наклона и ширину стола.

Ребенок на устройстве должен находится в положении лежа на животе с опущенной вниз головой и приподнятой тазовой областью. Угол наклона приподнятой части устройства в пределах от 90 до 120 градусов. Устройство должно состоять из рентгенонегативного материала, отвечающего требованиям гигиены, который можно легко очистить при проведении дезинфекции.

При выполнении инвертографии у новорожденных по предложенной методике необходимость в компрессии живота с целью повышения внутрибрюшного и внутрикишечного давления отпадает, так как при правильной укладке ребенка на живот сам по себе создается эффект

компрессии. Такая методика способствует к раскрытию имеющейся нормально сформированной, но не функционирующей части анального канала. Инвертография по разработанной методике выполнена у 35 (29,1%) больным, где осложнения не выявлены.

Клиническое наблюдение над обследованными новорожденными доказывает эффективность предлагаемой нами конструкции для рентгенографии.

Таким образом, рентгенологическое исследование при аноректальных пороках развития является простым, доступным и одним из основных методов исследования для установки правильного диагноза, выбора методов оперативного лечения и профилактики осложнений в ближайшем и отдаленном периодах после операции.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ ВЫСОКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

**Ибрагимов А.В.**

Ташкентский педиатрический  
медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

**Актуальность.** Врожденная кишечная непроходимость (ВКН) у новорожденных - один из самых частых поводов для госпитализации в хирургический стационар и оперативного вмешательства. При достаточной изученности ВКН у новорожденных в литературе нет подробного анализа о частоте, формах и результатах лечения данного вида непроходимости среди детей старших возрастных групп. Имеются единичные работы, в которых освещены аспекты диагностики и хирургического лечения данной формы непроходимости у детей.

Целью настоящего исследования явилось изучение частоты встречаемости и особенностей клинических проявлений врожденной высокой кишечной непроходимости у новорожденных и детей старших возрастных групп.

**Материалы и методы исследования.** В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ находились на стационарном лечении 347 детей с различными формами ВКН в возрасте от 1 дня до 18 лет. Среди больных преобладали мальчики – 213 (61,4%), девочки составили 38,6% (134). Больным проводились комплексные клиничко-лабораторные и лучевые методы диагностики: ультразвуковые, рентгенологические – обзорная рентгенография органов брюшной полости, контрастное исследование – ЖКТ, ирригография. При сложных случаях диагностики проведена КТ органов брюшной полости. У 139 (40,0%) больных отмечены признаки высокой кишечной непроходимости, у 208 (60,0%) – низкой кишечной непроходимости.

**Результаты исследования.** При высокой КН причинами были: пороки развития самой duodenum (атрезия – 7 (5,0%), стенозы – 5 (3,6%), мембраны – 21 (15,1%); наружное сдавление двенадцатиперстной кишки (ДПК) перидуоденальными спайками – 4 (2,9%), кольцевидная или клещевидная поджелудочная железа – 33 (23,7%); смешанные формы – 1 (0,7%). В 68 (49,0%) случаях высокая кишечная непроходимость была обусловлена мальротацией.

При высокой врожденной кишечной непроходимости с наружной обструкцией двенадцатиперстной кишки проводится иссечение тяжей и мобилизация duodenum, восстановление ее формы и нормальной синтопии по отношению к верхним брыжеечным сосудам. В случаях внутренней обструкции (мембраны, стеноз) методом выбора оперативного вмешательства является дуоденотомия (с иссечением мембраны или ликвидации стеноза) и дуоденопластика. При кольцевидном рапсгеас раньше накладывали дуодено-дуодено анастомоз. В настоящее время в подобных состояниях методом выбора операции считается ромбовидный дуодено-дуоденоанастомоз по Kimura.

При анализе непосредственных результатов оперативного лечения у больных выявлены различные послеоперационные осложнения, среди которых наиболее часто наблюдались: динамическая непроходимость кишечника (18), несостоятельность анастомоза (2), спаечная кишечная непроходимость (7), осложнения со стороны операционной раны (3). Частота, вид и тяжесть осложнений и непосредственные результаты лечения были различными в зависимости от возраста больных детей, характера самой патологии и проведенного оперативного вмешательства.

**Выводы.** Комплексный подход к дооперационной диагностике позволяет более точно ориентироваться в различных анатомических формах ВКН, в выборе тактики и установления оптимальных сроков проведения операции. Выбор оперативного вмешательства определяется анатомическим вариантом порока, подтверждаемым интраоперационными находками. Тактика должна быть дифференцированной в каждом отдельном случае, максимально направленная на коррекцию выявленных компонентов.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ НИЗКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

**Ибрагимов А.В.**

Ташкентский педиатрический  
медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

**Актуальность.** Число детей с хирургической патологией, в том числе с врожденными пороками развития (ВПР), постоянно возрастает и не имеет тенденции к снижению. В структуре ВПР аномалии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) составляют от 21,7% до 25%. Несмотря на очевидные успехи в диагностике и лечении детей с указанной патологией, данная проблема по-прежнему актуальна, прежде всего, из-за риска развития тяжелых осложнений, приводящих к летальному исходу в 45% - 76% случаев, связанных с запоздалой диагностикой или применением неправильной лечебной тактики.

Целью настоящего исследования явилось изучение частоты встречаемости и особенностей клинических проявлений врожденной низкой кишечной непроходимости у новорожденных и детей старших возрастных групп.

**Материалы и методы исследования.** В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ находились на стационарном лечении 347 детей с различными формами ВКН в возрасте от 1 дня до 18 лет, из них новорожденные – 261 (75,2%); до 3-х месяцев – 23 (6,6%); от месяца до 1 года – 17 (5,0%); от 1 года до 3-х лет – 15 (4,3%); от 3-х до 7 лет – 13 (3,7%); 7-14 лет – 14 (4,0%); 14-18 лет – 4 (1,2%). Среди больных преобладали мальчики – 213 (61,4%), девочки составили 38,6% (134). Больным проводились комплексные клиничко-лабораторные и лучевые методы диагностики: ультразвуковые, рентгенологические – обзорная рентгенография органов брюшной полости, контрастное исследование – ЖКТ, ирригография и КТ. У 139 (40,0%) больных отмечены признаки высокой кишечной непроходимости, у 208 (60,0%) – низкой кишечной непроходимости.

**Результаты исследования.** Наиболее частой причиной низкой кишечной непроходимости служили атрезии - 83 (40,0%) и стенозы - 8 (3,8%) кишечника с различной локализацией в пределах тощей – 21 (25,3%); подвздошной – 50 (60,2%); и толстой кишки – 11 (13,3%). Сплошные мембраны тонкой кишки отмечены у 1 (1,2%) больного; мембранозная форма непроходимости выше указанных локализаций отмечена соответственно у 17 (8,1%). У 65 (31,3%) детей различные формы мальротации кишечника сопровождались клиничко-рентгенологическими признаками низкой кишечной непроходимости. Мекониальная непроходимость имела у 11 (5,2%), наружное сдавление кишечника у 20 (9,6%) больных. Препятствия с многоместной локализацией имели место в – 4 (2,0%) случаях.

При анализе непосредственных результатов оперативного лечения у больных выявлены различные после операционные осложнения. Частота, вид и тяжесть осложнений, и непосредственные результаты лечения были различными в зависимости от возраста больных детей, характера самой патологии и проведенного оперативного вмешательства. Их анализ свидетельствует о поливалентности тонатогенных факторов, обусловленных как изменениями самой кишечной непроходимости, так и связанных с ней до операционными и послеоперационными осложнениями и сопутствующими заболеваниями.

**Выводы.** ВКН у детей обусловлена: нарушениями формирования самой кишечной трубки (51,9%); аномалиями ротации и фиксации кишечника (31,3%); пороками развития других органов, приводящие к сдавлению кишечника (9,6%); мекониальной непроходимостью (5,2%). У 2,0 % больных причины имели мультифакторный характер. Результаты лечения ВКН у новорожденных являются неутешительными. Тяжелый соматический фон, обусловленный соматической патологией и сочетанными аномалиями и осложнениями основного заболевания, нередко возникающими до и/или после рождения ребенка обуславливают высокую летальность.

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ.

**Ибрагимов К.Н., Азизов М.К., Ахмедов Ю.М., Курбонов Д.Д.**  
ОДММЦ, Самаркандский государственный  
медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

**Введение:** Гипоспадия - один из наиболее распространенных пороков развития полового члена. Патология характеризуется различной степенью эктопии наружного отверстия мочеиспускательного канала и деформации кавернозных тел, часто сопровождается нарушением мочеиспускания и половой функции. Встречается в среднем 1:200 новорожденных мальчиков. Несмотря на большое число научных исследований, посвященных лечению гипоспадии, проблема коррекции этого порока остается весьма актуальной. Предложено более трехсот различных операций, однако, сохраняется значительное количество осложнений от 10-45% в зависимости от формы порока.

**Цель:** Улучшить результаты хирургического лечения гипоспадии у детей

**Материалы и методы:** За период с 2016 по 2020 год в отделении детской хирургии ОДММЦ г Самарканд на обследовании и лечении находились 75 больных в возрасте от 3 до 14 лет с гипоспадией различной формы. Дети были обследованы и после предоперационной подготовки всем произведено оперативное лечение. При гипоспадии головчатой формы (23 больных) мы использовали оперативную методику по MAGPI технологии. Показанием к применению данной методики являлось расположение гипоспадического меатуса в области венечной борозды или головки полового члена без вентральной деформации последнего. У остальных больных (52) с мошоночной и стволовой формы мы использовали метод операции состоящий из двух этапов. Первый этап заключается в иссечении хорды, расправление полового члена и пересадка кожи из крайнего плота в тело полового члена, для дальнейшего создания уретры. Вторым этапом (через 6 месяцев после первого) из пересаженной кожи было выполнено уретропластика. Среди них у 11 больных в после операционном периоде наблюдался уретральный свищ. У 4 больных мы наблюдали полное расхождение швов. У остальных 37 больных мы получили положительный результат.

**Вывод:** Таким образом, по нашим данным в послеоперационном периоде у детей с гипоспадией у 28,8% больных встречаются осложнения. Частота осложнений зависит от формы порока. Чаще всего осложнения встречаются у детей со стволовой и мошоночной формой, а при головчатой форме осложнения не наблюдали.



**МАЛОИНВАЗИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ**

**Ибрагимов К.Н., Азизов М.К., Ахмедов Ю.М., Курбонов Д.Д.**  
ОДММЦ, Самарканд, Самаркандский государственный  
медицинский институт Узбекистан

**Введение:** Эхинококкоз – паразитарное заболевание, вызванное ленточными червями, которые при попадании в организм человека вызывают поражение разных органов, в том числе и легких. Определение тактики лечения эхинококкоза и в XXI веке остается трудной задачей при множественном и сочетанном эхинококкозе. Эффективным методом лечения эхинококкоза легких является хирургический. Предложено более 10 способов хирургических вмешательств. Достижением последних лет в лечении эхинококкоза легких является эхинококкэктомия с применением видеоторакоскопии.

**Цель работы:** Сокращение койка дней, и получение хорошего косметического результата.

**Материалы и методы:** В ОДММЦ г.Самарканда в 2017-2020 гг. пролечено 47 больных в возрасте от 7 до 18 лет с эхинококкозом лёгкого. Расположение эхинококковых кист в разных сегментах правого легкого отмечалось у 29, а в левых легких было у 18 пациентов. Всем больным проводили общеклинические и специфические методы исследования. Торакоскопическое лечение эхинококкоза легких состоит из удаления кисты и уничтожения паразита, профилактики обсеменения плевральной полости и ушиванием бронхиального свища. У 7 больных из-за большого количества спайки в плевральной полости пришлось применить традиционный метод операции, что составляло 3,29%. А у 8 больных после удаления хитиновой оболочки, выявилось множественное количество бронхиального свища, и миниторакотомическим способом ликвидированы бронхиальные свищи, и это составляло 3,76%. Торакоскопические операции по времени протекают в 1,5 раза быстрее открытых методов с подобным объемом оперативного вмешательства, осложнений не наблюдалось.

**Вывод:** Таким образом, малоинвазивное оперативное лечение при эхинококкозе легких с применением оригинальных подходов, является наиболее целесообразным и высокоэффективным методом лечения.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ПИЛОРОСТЕНОЗА У ДЕТЕЙ

Имомалиев М.Ш., Баратов У.М.

Самаркандский государственный  
медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

**Введение:** Врожденные пороки пищеварительной системы встречаются с частотой 3-4 случая на 100 перинатальных вскрытий, составляя 21,7% всех аномалий развития у детей. Большой интерес для хирургов представляет врожденный гипертрофический пилоростеноз. Этиопатогенез врожденный гипертрофический пилоростеноза до настоящего времени ещё достаточно не изучено. Встречается эта патология довольно часто и популяционная частота этого порока развития составляет от 0,5:1000 до 3:1000 новорожденных. Врожденный гипертрофический пилоростеноз отличается от других пороков развития ЖКТ отсроченным развитием клинической картины, которая затем нарастает стремительно и приводит к развитию гипотрофии, выраженным метаболическим нарушениям. Длительные срыгивания и рвота при функциональных нарушениях также могут привести и к метаболическим нарушениям, и к развитию гипотрофии, поэтому проблемы диагностики и дифференциальной диагностики врожденного гипертрофического пилоростеноза и пилороспазма актуальны для хирургов.

**Цель:** Улучшить результаты диагностики и хирургического лечения врожденный гипертрофический пилоростеноза у детей

**Материалы и методы:** За период с 2016 по 2020 год в отделении детской хирургии ОДММЦ г Самарканд на обследовании и лечении находились 89 больных (60 мальчиков и 29 девочек)

При УЗИ больного пилоростенозом при продольном сканировании определяется утолщенная пилорическая мышца, представляющаяся ан или гипозэхогенной зоной, которая окружает гиперэхогенную слизистую ( это называется симптом «бычьего глаза»). Гипертрофия мышцы может быть асимметричной. При поперечном сканировании визуализируется значительно утолщенный за счет мышечного слоя удлиненный привратник, «подавливающий» стенку желудка (это называется симптом «плеча»). При гипертрофическом пилоростенозе натошак в желудке обнаруживают большое количество жидкого содержимого, перистальтика глубокая, «перетягивающая». Пилорический канал при прохождении перистальтической волны не раскрывается. Между мышцами определяется узкий удлиненный канал привратника, как правило, без содержимого. Для оценки структур привратника при поперечном сканировании измеряют: диаметр входного отдела, толщину мышцы одной стенки и длину канала. Основным диагностическим критерием пилоро-стеноза является увеличение толщины мышечного слоя пилорического отдела желудка при поперечном сканировании в среднем до 5 мм (от 3 до 6 мм у доношенных и больше 2мм у недоношенных). Дополнительными критериями служат диаметр входного отдела привратника в среднем 14 мм (от 11 до 16 мм) и длина канала в среднем 21 мм (от 15 до 25 мм). Оценку указанных размеров необходимо проводить с учетом массы тела и зрелости ребенка - у недоношенного новорожденного толщина мышцы привратника более 2 мм уже может указывать на наличие пилоростеноза. Косвенными признаками пилоростеноза являются: значительное количество содержимого в желудке ребенка перед очередным кормлением, отсутствие его в канале привратника и отсутствие видимого пассажа пищи из желудка в двенадцатиперстную кишку. Наличие ультразвуковых признаков стеноза привратника у ребенка с синдромом срыгивания является достаточным для постановки диагноза. При данной патологии эхография является методом выбора и должна заменить рентгеновское исследование.

В настоящее время лечение врожденного гипертрофического пилоростеноза оперативное, производится пилоромиотомия по Фреде-Рамштедту

До операции необходимо оценить состояние электролитного баланса, который служит показателем тяжести состояния больного. При нормальных показателях электролитного баланса крови ребенок может быть сразу прооперирован и сокращается его время нахождения в стационаре. При выраженных водно-электролитных нарушениях, рекомендуют произвести их коррекцию, иначе возможны осложнения, вплоть до летального исхода, в раннем послеоперационном периоде

В последнее десятилетие хирурги ищут менее инвазивные способы пилоротомии (лапароскопия, через пупочный доступ, эндоскопическая пилоротомия), что поможет сократить срок

пребывания в стационаре, количество послеоперационных осложнений, снижение послеоперационной боли и повышение эстетичности. После пилоротомии ребенок считается здоровым.

Некоторые специалисты проводят при врожденном гипертрофическом пилоростенозе консервативное лечение, путем внутривенного введения атропина. Однако, лечение атропином ограничено в связи с необходимостью длительного пребывания в стационаре и парентерального питания. Внутривенное лечение атропином проводится в течение 7 дней в дозе 0,01 мг / кг шесть раз в день перед кормлением, затем, когда рвота прекращается, 0,02 мг / кг атропина шесть раз в день перорально с постепенным снижением дозы. При данном методе лечения рвота прекращается в сроки от 11 до 45 дня, процент излечения равен 75-91%. По данным УЗИ значительно снижается толщина пилорической мышцы после окончания лечения, однако длина пилоруса уменьшается в течение 3-6-15 месяцев после лечения. В Великобритании существует опыт успешного долечивания атропином при неполной пилоротомии.

Несмотря на определенные успехи, достигнутые за последние годы в лечении этого вида непроходимости привратника, летальные исходы, по данным различных авторов наблюдаются от 1 до 3,9% случаев

Результаты: Возрастной состав был распределен следующим образом до 1 месяца 68 (76,40%), до 3 месяцев 17 (19,11%), до 6 месяцев 4 (4,49%), детей. Общих 89 больных были сняты на Узи. Смотря на УЗИ был назначен гипертрофия желудка, так же были оперированны. Диагноз у 85 (95,5%) после операции первичный диагноз был уточнено. Среди них летальность 2 (2,24%)

После установления диагноза всем детям проведено оперативное вмешательство- пилоромиотомия по Фреде-Рамштедту.

Вывод: В классической хирургической и педиатрической рентгенодиагностике известен термин «компенсированный пилоростеноз», когда определяется сохраненный пассаж через удлиненный канал. В современной ультразвуковой диагностике появилась возможность найти связь между выраженностью патологических симптомов и степенью компенсации пассажа пищи. Нарушение эвакуации из желудка напрямую связано с диаметром пилорического канала, который уменьшается по мере утолщения мышечного жома. Критической становится толщина жома в 5-6 мм., когда продвижение жидкости через канал становится минимальным, при этом длина его может быть самой различной. При данной патологии эхография является методом выбора и должна заменить рентгеновское исследование.

**БРОНХИАЛ АСТМА БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ИНТЕГРИРЛАШГАН УСУЛДА ОЛИБ БОРИШ НАТИЖАЛАРИ****Ишанкулова Д**Самарканд Давлат тиббиёт институти.  
Самарканд Узбекистон

Мақсад. Қашқадарё вилоят Ғузор тумани Навбахор ҚВП-ти шароитида аҳоли ўртасида бронхиал астма билан касалланган беморларни интегрирлашган усулда олиб бориш натижаларини таҳлил қилиш.

Материаллар ва методлар. Мазкур тадқиқот Қашқадарё вилоят Ғузор туманига қарашли Навбахор ҚВП-тида олиб борилди. Шу вақт давомида педиатр ва терапевт қабулида бўлган катталар ва болалар орасида бронхиал астма касаллиги мавжудлигига текшириш ишлари ўтказилди. ҚВП-га беркитилган умумий аҳолининг сони 6100-та. Улардан 4900-таси (80,3%) тиббий текширишдан ўтказилди. Булардан 2090-таси (42,7%) эркаклар ва 2810-таси (57,3%) аёллар бўлган. Бронхиал астма касаллиги беморларнинг анамнези, клиник белгилари ва параклиник маълумотларига асосан қўйилди. Ҳамда пикфлоуметрия текшириши олиб борилди. Мазкур касаллик аниқланган беморларда даволаш ишлари ҳам олиб борилди. Бронхиал астма касаллигига чалинган беморларнинг орасида касалликнинг хуружини олдини олиш борасида профилактик ишлари ўтказилди ва шу беморлар истиқомат қиладиган маҳаллаларда касалликни олдини олиш мақсадида санитария-оқартув ишлари олиб борилди. Беморлар истиқомат қиладиган маҳаллаларда бронхиал касаллигини олдини олиш мавзусига бағишланган маърузалар ўқилди ва аҳоли билан индивидуал равишда суҳбатлар ўтказилди.

Натижалар. Юқорида қайд этилганидек Навбахор ҚВП-тига қарашли 4900 нафар аҳоли бронхиал астма касаллигини аниқлаш маъсадида тиббий кўриқдан ўтказилди. Тиббий кўриқлар ўтказиш жараёнида 52-та (1,1%) беморда бронхиал астма касаллигига хос бўлган клиник ва параклиник белгилар аниқланди. Булардан 32 нафари ҚВП-да мазкур касаллик бўйича рўйхатга олинган. Бронхиал астма касаллиги топилган беморларни ёшма-ёш текширганимизда 5 ёшдан 14 ёшгача бўлган болалар орасида 3-та бемор (5,8%) аниқланди, 15 ёшдан 35 ёшгача бўлган одамларда 29-тасида касаллик топилди ва нихоят 36 ёшдан 65 ёшгача бўлганларда эса касаллик 20 нафар кишида (38,4%) аниқланди.

Бронхиал астма касаллиги аниқланган беморларда клиник белгилардан йўтал, нафас буғилиш хуружлари, лаб-бурун учбурчагининг кўкариши, экспиратор турдаги хансираш тана хароратининг субфебрил даражасига кўтарилиши кузатилди. Ўпка соҳасида перкуссия қилиб текширилганда «қутисимон товуш» аниқланди, эшитилганда овоз берувчи кўп миқдордаги куруқ хириллашлар эшитилди. Юрак-қон томирлар тизимида эса тахикардия, юрак нисбий чегарасининг торайиши мавжуд бўлди. Ўтказилган параклиник текширишлардан қоннинг умумий таҳлилида лейкоцитоз, нейтрофилёз, эозинофилия, СОЭ-нинг кам миқдорда тезлашиши ва камқонлик касаллигига хос бўлган ўзгаришлар топилди. Бронхиал астма касаллиги аниқланган беморларга пикфлоуметрия текширишини ўтказганимизда ўпканинг функционал ҳолатининг пасайиши деярли ҳамма беморларда кузатилди. Кейин бронхиал астма билан касалланган беморларга даволаш муолажаларини ўтказдик. Даволаш муолажалари қуйидаги келтирилган дори-дармонлар билан амалга оширилди: гормонларни ўз ичига олмаган яллиғлашинга қарши ишлатиладиган ингалицион дориворлар (натрий кромогликат суткасига 9-12 мг 3 маҳал ва натрий недокромил суткасига 18-24 мг 2-3 маҳал ингалиция шаклида), ингалицион кортикостероидлар (бекламетазон дипропионат суткасига 500-850 мкг, будесонид суткасига 400-600 мкг) ва ингалицион бета-2-агонистлар (альбутерол, тербуталин).

Тадқиқотимизнинг кейинги босқичида бизлар Навбахор ҚВП-ти худудида жойлашган 3-та маҳаллага ташриф буюрдик. Маҳаллаларга ташриф буюрганимиздан асосий мақсад бу бронхиал астма касаллигини олдини олиш эди. Мазкур ишларни бизлар мавзуга оид маърузалар ўқиш ва индивидуал равишда суҳбатлар ўтказиш билан амалга оширдик.

Хулоса. Шундай қилиб, бронхиал астма билан касалланган беморларни интегрирлашган усулда олиб бориш зарурлиги аниқланди.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С МИОКАРДИТАМИ

Карджавова Г. А, Лим М. В, Гайбуллаев Ж. Ш, Очилова Б. С.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд. Узбекистан

Актуальность. Пневмония у детей - одна из актуальных проблем педиатрии, что определяется сохраняющейся высокой заболеваемостью и тяжелым прогнозом, особенно у детей раннего возраста. В современной литературе нет четко разработанных критериев течения и исхода различных видов пневмонии у детей с миокардитами. В связи с этим необходим поиск методов прогнозирования течения и исхода пневмонии и внедрение их в практическую деятельность врачей, что определило цель нашего исследования.

Цель работы: Определить особенности клинического течения внебольничной пневмонии у детей с миокардитами.

Материал и методы исследования: Обследованы 84 детей от 1 года до 5 лет с пневмонией, находившиеся в отделениях экстренной педиатрии и детской реанимации Самаркандского филиала Республиканского Научного Центра экстренной медицинской помощи. I группу составили 42 больных с острыми пневмониями, не имевшие нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы. Во II группу включены 42 детей с пневмониями, имевшие патологию со стороны сердечно-сосудистой системы.

Результаты: Установлено, что первые симптомы миокардитов у детей с пневмонией, индуцированной высокой интоксикацией проявились в среднем в течение 12 месяцев в виде аритмии и у детей, в анамнезе которых имелись частые ОРВИ или ангины соответственно в 8 месяцев. 12,6 % больных с пневмонией госпитализированы в первые трое суток от начала заболевания, 58,7% - на 3-5 сутки и остальные 28,7% - в течение более 5 суток. Позднее обращение больных за медицинской помощью (на 3-5 сутки и позже) в 3,2 раз чаще встречались у больных II группы, имевших нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы и возможно это явилось причиной развития поражения сердечной мышцы и неблагоприятного исхода острой пневмонии и осложненного течения заболевания. Пневмония у 31,7% больных развивалась на 3,1-1,1 день от начала симптомов ОРВИ. При поступлении у 38-59,4 % больных детей была одышка смешанного характера, а у 26-40,6% инспираторного типа. Кашель был сухой в 28,3% случаях, влажный - у 71,7% пациентов. Ночной мучительный кашель и вязкая мокрота чаще (в 2,8 раз) имелись у детей II-ой группы, имеющих симптомы нарушения гемодинамики. У всех больных II-ой группы, имеющих при пневмонии аритмии наблюдались типичные приступы одышки, усиливающиеся при незначительной физической нагрузке даже при отсутствии признаков интоксикации, что подтверждало поражение сердечной мышцы. У детей с пневмонией при наличии гемодинамических нарушений выявлена ДН1-2 степени у 37 (43,3%) детей и 3- степени - у 11 (13,3%) больных, тогда как в I группе ДН1-2 степени обнаружены значительно чаще, а 3- степени выявлена лишь в 3 случаях. Во II-ой группе больных детей при наличии пневмонии и изменений со стороны сердечно-сосудистой системы отмечалась более высокая частота регистрации фебрилитета - 46 (57,5%), в отличие от больных I группы (42,5%) и особенно стойкой гипертермии (соответственно 16,6% и 10,0%). Исследования показали, что в формировании сердечно-сосудистых изменений при пневмонии у детей имеют значение: позднее обращение больных за медицинской помощью (более 3 суток), наличие симптомов токсикоза, гипертермия, аритмия.

Заключение. Таким образом, у 51,7% больных пневмонией имеется кардиоваскулярная дезадаптация, ранняя диагностика которой является профилактикой миокардитов и осложненного течения пневмонии у детей.

## ЗНАЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ИММУНОДЕФИЦИТА В СТРУКТУРЕ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ

**Кочетов В.Е., Магруппов Б.А.**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

**Введение:** Первичные иммунодефицитные состояния (ИДС) – это группа заболеваний, включающая более 300 заболеваний, общим проявлением которых являются частые затяжные тяжело протекающие инфекционные заболевания. Первичные ИДС обусловлены генетическими дефектами либо наследственными, либо возникающими в эмбриональном периоде. От дефекта того или иного звена иммунной системы зависит течение инфекционного процесса и тактика ведения пациента. В связи с этим определение иммунного статуса у детей является необходимой частью лечебно-диагностического процесса. Зачастую, прижизненно иммунный дефицит определяется не всегда и по совокупности клинических данных, без использования специфических анализов. Поэтому определить истинную частоту ИДС не представляется возможным.

**Материалы и методы исследования:** Было изучено 178 протоколов вскрытий детей, умерших в соматических и хирургических отделениях РНЦЭМП с 2016 г по 2020 г. Среди вскрытых иммунодефицитное состояние было диагностировано в 59 (33%) случаях.

**Результаты:** Среди умерших мальчиков было 34 (60%), девочек – 25 (40%). Возраст детей – от 1 месяца до 4 лет. Максимальное количество случаев наблюдалось в 1,5 месяца – 7 (12%), 4 месяца – 9 (15%), 2 года – 8 (14%).

Среди врождённых иммунодефицитных состояний выделены: комбинированный иммунодефицит – 15 (25,4%) случаев, преимущественно Т-клеточный иммунодефицит – 2 (3,4%) и В-клеточный – 25 (42,3%), дислазия тимуса – 2 (3,4%), неподвижный тимус – 6 (10,2%), гипоплазия тимуса – 3 (5,1%), тимомегалия первого варианта – 6 (10,2%) случаев. Следует отметить, что в 32 (54,2%) случаях иммунодефицитное состояние было определено прижизненно, но без уточнения его вида.

Во всех случаях развилась пневмония. Среди морфологических форм пневмонии встречались вирусная – 10 (16,9%) случая, бактериальная – 11 (18,6%), их сочетание – 28 (47,5%) и интерстициальная – 10 (16,9%). В ряде случаев наблюдались и другие инфекционные осложнения: менингиты (14 случаев) и менингоэнцефалиты (7), вентикулит (1), гастроэнтероколиты (8), эндокардит (1), миокардиты (4), перикардиты (2), этмоидиты (2) и отит (1).

Непосредственной причиной смерти в 29 (49,5%) случаях явилась острая лёгочно-сердечная недостаточность, в 7 (11,9%) – отёк головного мозга с дислокацией ствола в большое затылочное отверстие, в 9 (15,3%) – набухание головного мозга с дислокацией ствола в большое затылочное отверстие и в 14 (23,7%) – энцефаломалация.

**Заключение:** Таким образом, во всех наблюдениях иммунодефицитное состояние обусловило развитие инфекционного процесса. Летальный исход наступал от осложнений этих процессов, самым распространённым из которых была пневмония. Самой частой непосредственной причиной смерти являлся отёк лёгких. Прижизненно вид иммунодефицита не был определён ни в одном случае. Отсутствие определения нарушения конкретного звена иммунной системы сводит к минимуму все лечебные мероприятия, переводя их в русло симптоматической терапии.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГАЛЯЦИОННЫХ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ

Лим М. В., Шавази Н. М., Лим В. И., Ибрагимова М. Ф., Давурова Л. Ш.  
Самаркандский государственный медицинский институт,  
Республика Узбекистан, город Самарканд

**Актуальность.** Под рецидивирующим обструктивным бронхитом следует понимать бронхит с повторяющимися эпизодами бронхиальной обструкции, в основе которого лежит повышенная реактивность бронхов, обусловленная снижением местных факторов защиты и общей иммунологической резистентности организма, в ответ на инфекционные, аллергические, токсические, физические и нейрогуморальные воздействия. Рецидивирующий обструктивный бронхит занимает одно из ведущих мест среди заболеваний органов дыхания. Частота его в структуре бронхолегочных заболеваний колеблется от 5 до 40%.

**Цель исследования:** Установить эффективность применения ингаляций беклометазона в лечении и профилактике рецидивирующего обструктивного бронхита у детей.

**Материалы и методы исследования.** Исследовано 96 детей с рецидивирующим обструктивным бронхитом, разделенных на 2 группы. Все дети были в возрасте от 3 до 7 лет. I группу составило 48 детей с рецидивирующим обструктивным бронхитом, получавших стандартную терапию согласно протоколам лечения данного заболевания, II группу - 48 больных, получавших в дополнение к стандартной терапии ингаляционно бекламетазон, в дозировке 100 мкг/сут через спейсер. Наряду с клиническими и лабораторно-инструментальными методами исследования, применялись: шкала респираторных нарушений - RDAI, метод сатурации - SpO<sub>2</sub> и модифицированная бронхофонография по методу E:I index.

**Результаты исследования и обсуждение.** При сопоставлении показателей клинического течения заболевания у больных I и II группы, было отмечено что в целом клинические симптомы быстрее разрешались у пациентов, получавших в дополнение к стандартной терапии ингаляции беклометазона. Так, общее состояние достоверно быстрее улучшалось в среднем на 1,2 суток ( $P < 0,01$ ), цианоз кожи и слизистых исчезал на 1,9 суток быстрее у пациентов I группы в сравнении со II группой ( $P < 0,01$ ), что по-видимому было связано с уменьшением гипоксии на фоне снижения воспаления бронхиальной стенки у пациентов получавших ингаляционно беклометазон. Кашель купировался дольше у больных с рецидивирующим течением обструктивного бронхита, получавших стандартную терапию без ингаляций беклометазона в сравнении с пациентами II группы в среднем на 1,1 суток ( $P < 0,05$ ). Физикальные изменения в легких, наиболее характеризующие эффективность предложенного лечения статистически достоверно быстрее нормализовались на 1,2 суток у пациентов получавших предложенный нами метод терапии в сравнении со стандартной терапией ( $P < 0,01$ ). В нашем исследовании купирование дыхательной недостаточности при стандартной терапии у пациентов наступало в среднем на 1,4 суток медленнее в сравнении с показателями II группы было достоверно дольше ( $P < 0,01$ ). Длительность стационарного лечения показала, что в среднем пациенты II группы находились в клинике на 1,2 койко-дня меньше в сравнении с пациентами I группы ( $P < 0,05$ ). Изучение динамики показателя E:I Index показывает, что у пациентов получавших ингаляции бекламетазона отмечалось более раннее купирование экспираторной одышки в сравнении с пациентами контрольной группы. Достоверная разница в показателе соотношения выдоха к вдоху начинала отмечаться в среднем начиная с 3 дня лечения вплоть до конца наблюдения. Проведенное исследование показало достоверное снижение частоты развития рецидивов в группе больных получавших ингаляционно беклометазона 100 мкг/сут после выписки из стационара, так в течение первых 3 месяцев происходило более чем двухкратное снижение частоты рецидивов заболевания ( $P < 0,001$ ). Подобная динамика сохранялась и в последующие временные интервалы.

**Выводы.** Ингаляционное применение беклометазона при рецидивирующих обструктивных бронхитах у детей приводит к более быстрому разрешению клинических симптомов, снижению тяжести бронхиальной обструкции и способствует уменьшению повторных рецидивов заболевания в течение 12 месяцев.

## ПРИЧИНЫ ПРИОБРЕТЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Мавлянов Ф.Ш., Мавлянов Ш.Х., Улугмуратов А.А.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд. Узбекистан

**Введение.** Острая кишечная непроходимость у детей до настоящего времени остается важнейшей проблемой абдоминальной хирургии, занимая особое место среди всех прочих острых заболеваний органов брюшной полости. Несмотря на наличие значительного опыта в лечении кишечной непроходимости, у детских хирургов до настоящего времени остается множество не решенных вопросов, прежде всего связанных с ранней диагностикой и методами лечения.

**Цель.** Провести сравнительный анализ причин приобретенной кишечной непроходимости у детей.

**Материал и методы.** Было проанализировано 272 случаев непроходимости желудочно-кишечного тракта у детей в возрасте от 3 месяцев до 15 лет. Дети находились на стационарном лечении в отделении экстренной хирургии детского возраста Самаркандского филиала РНЦЭМП с 2017 по 2020 гг. За указанные периоды с симптомами кишечной непроходимости также выявлено 264 случая ущемленной врожденной паховой грыжи. Общее количество наблюдений – 536 детей. Клиническое обследование и комплекс лабораторно-инструментальных методов исследования осуществлялись согласно общепринятым алгоритмам. Комплексное лечение проводилось с учетом принципов хирургической коррекции больных детского возраста – переход от этапного лечения к одномоментному радикальному лечению или уменьшение количества этапов такого лечения; косметические результаты – имеют цель не только устранить порок, но и обеспечить хорошие функциональные результаты и высокое качество жизни.

**Результаты.** Среди форм приобретенной кишечной непроходимости наиболее часто встретилась инвагинация (146 наблюдений) – 53,7%: до года – 83 (56,5% больных), старше – 63 (43,5% больных), илеоцекальная – 142 (97,3%), тонко-тонко кишечная – 4 (2,7%). Бескровная дезинвагинация была успешной у 87 детей (59,6%), оперированы 59 (40,4%). Резекция кишечника произведена 8 (9,2%). Летальных исходов не было. Спаечная кишечная непроходимость (СКН) диагностирована у 103 (37,9%) пациентов: ранняя – у 32 (31,1%), поздняя – у 71 (68,9%). Наиболее частыми причинами были острые воспалительные заболевания органов брюшной полости и травмы. Проведенное общепринятое консервативное лечение не исключило необходимости выполнения хирургического вмешательства у 75 (72,8%). Острая странгуляционная кишечная непроходимость (заворот, узлообразование, ущемление) во всех случаях, у 23 (8,4%) больных закончилась операцией, у пяти – резекцией омертвевшей кишки. Внедрение современных методов обследования, оптимизация лечебной тактики, хирургических и реанимационных технологий в условиях центров экстренной помощи позволяют добиться успеха от консервативного лечения у 47,5% детей с острой кишечной непроходимостью.

**Заключение.** Установлено, что перенесенные ранее воспалительные заболевания кишечника является одним из этиологических факторов развития острой кишечной непроходимости. Комплексное применение клинических, рентгенологических, эхографических и эндовизуальных методов позволило в более ранние сроки выявить формы острой кишечной непроходимости у детей, причины её возникновения, а также уровень обструкции тем самым позволило оптимизировать хирургическую тактику.



## МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ГИПОТОНИИ

Маматов Б.Ю., Муминов Б.Э., Абдуллаев А.С., Эргашев Х.М., Хасанов К.У.  
Андижанский государственный медицинский институт кафедры анестезиологии – реаниматологии

**Цель работы.** Сравнить методы коррекции гипотонии во время анестезии и определить оптимальную стратегию профилактики и коррекции возникающих гемодинамических нарушений при кардиохирургических вмешательствах.

**Материалы и методы.** В исследование включено 103 кардиохирургических больных, которым были выполнены плановые кардиохирургические операции в условиях искусственного кровообращения (ИК), а также на работающем сердце. Все больные относились к III-IV функциональному классу по классификации NYHA, имели сниженные показатели физического статуса по классификации ASA (III-IV) и относились к категории высокого анестезиологического риска. ИК проводили в различных температурных режимах с перфузионным индексом 2,5 л/мин.м<sup>2</sup>, АД поддерживали на уровне 70-90 мм. рт. ст. Для оценки волемического статуса и центральной гемодинамики использовалась транспульмональная термодиллюция (PiCCO), проводился мониторинг микроциркуляции (лазерная Допплеровская флоуметрия, ЛАКК-2; перфузионный индекс, NihonKohden) и тканевой перфузии (близкая к инфракрасной спектроскопия, ForeSight).

**Результаты.** Снижение тонуса сосудов емкостного русла являлось частой причиной гипотонии во время вводной анестезии. Гипотония у больных со скрытой гиповолемией наблюдалась чаще, чем при удовлетворительных показателях преднагрузки ( $p < 0,05$ ). Индивидуализированная терапия волемических нарушений, позволила снизить частоту гипотонии во время вводной анестезии с 26% до 9,3% ( $p < 0,05$ ). Нами было изучено влияние кетамина в дозировке 0,9-1,0 мг/кг на волемический статус. Кетамин вызывал изолированное увеличение ИГКДО, что можно объяснить его влиянием на емкостные сосуды.

В большинстве случаев сосудистая недостаточность (СН), как причина гипотонии наиболее часто встречалась после ИК (78% всех случаев,  $p < 0,05$ ). Преимущественно наблюдалась СН легкой степени тяжести. Для коррекции гипотонии и стабилизации интраоперационной гемодинамики было достаточно введения норадреналина в дозе до 100 нг/кг.мин. Внедрение протокола комплексной профилактики СН позволило снизить частоту интраоперационной сосудистой недостаточности с 26% до 7,7% ( $p < 0,05$ ).

### Заключение

1. Для профилактики интраоперационной артериальной гипотонии необходимо объективно оценивать волемический статус для индивидуализации инфузионной терапии и компенсации сосудистых реакций емкостного русла

2. Управляемое снижение фармакологической нагрузки позволяет уменьшить сосудистые реакции во время анестезии, что позволяет уменьшить частоту случаев гипотонии во время анестезии

3. Для коррекции снижения тонуса сосудов резистивного русла требуется грамотное и своевременное применение вазопрессоров

4. Использование методов контроля тканевой перфузии и микроциркуляции позволяет оценить эффективность гемодинамики и безопасно проводить вазопрессорную терапию

## ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ НЕДЫХАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ШОКА

Маматов Б.Ю., Муминов Б.Э., Собиров М.С.,  
Абдуллаев А.С. Эргашев Х.М., Озодбеков Ю.Ш.  
Андижанский государственный медицинский  
институт кафедра анестезиологии – реаниматологии

Актуальность темы. Частота возникновения синдрома острого поражения легких и острого респираторного дистресс-синдрома варьирует в зависимости от использованных в исследованиях критериев оценки и диагностики и составляет в разных странах от 1,5 до 78,9 случаев на 100 000 человек в год. Определения СОПЛ и острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) почти полностью совпадают, за исключением того, что отношение  $Pao_2/Fio_2$  при СОПЛ оказывается  $< 300$ .

Цель: изучение частоты и течения СОПЛ и ОРДС у больных с геморрагическим шоком.

Материалы и методы. Метаболические функции легких исследовались у 44 больных в возрасте 19-51 лет с явлениями геморрагического шока в предоперационном и послеоперационном периоде. Больные переводились в отделение реанимации по поводу острой дыхательной недостаточности в 1е-2е сутки после оперативного вмешательства с частично возмещенной кровопотерей. Кровопотеря до операции и интраоперационно составляла  $3,1 \pm 0,6$  л. Рентгенологически СОПЛ выявлен у всех больных в разной стадии развития. Четкой зависимости развития СОПЛ от уровня кровопотери не было выявлено. Отмечена прямая зависимость летальности от степени тяжести развития СОПЛ. Метаболическая функция легких исследовалась по практически стандартной методике: биохимические данные определялись в притекающей легким венозной крови, взятой после катетеризации из правого предсердия и в отекающей из легких артериальной крови, взятой путем пункции и катетеризации бедренной артерии. Исследования проводились в динамике: на 1й, 3й, 5й, 9й день интенсивной терапии.

Результаты. Полученные данные о метаболической функции легких являлись следующие: участие легких в стабилизации метаболических процессов карбонатной буферной системы достоверно не проявляется. Таким образом, представляется, что при явлениях СОПЛ легкие практически не принимают участия в коррекции метаболического ацидоза. Сдвиг в сторону метаболического ацидоза необходимо коррегировать парентеральным введением препаратов. При явлениях гипопротейнемии и гипоальбуминемии в первые три дня отмечается интенсивное вымывание альбумина из легких. На фоне общей гиперглобулинемии легкие адсорбируют альфа-1, альфа-2 и гаммаглобулины. Достоверно удержание легкими фибриногена, что может указывать на активизацию процессов тромбообразования в малом круге кровообращения. Минеральный обмен в легких представляется сложным, т.к. натрий плазмы в первые трое суток задерживается в малом круге кровообращения, содержание кальция в сыворотке крови уменьшено, но более наглядно это уменьшение прослеживается в артериальной крови на протяжении девяти дней от начала проведения интенсивной терапии. Также не обнаруживается признаков участия легких в обмене глюкозы у этой группы больных в течении семи дней. Данные 9го дня показывают, что концентрация глюкозы, проходящей через малый круг кровообращения, уменьшается вдвое. У обследованных больных выявлено увеличение уровня мочевины и креатина в крови, при этом в венозной крови показатели мочевины более выражены. Имеется тенденция задержки мочевины в легких, достоверно выраженное на 3й; 5й; 9й день наблюдения и исследования.

Выводы: профилактика и устранение ОДН-обязательный компонент интенсивной терапии любого критического состояния. Рассмотрев недыхательные функции легких у больных с явлениями СОПЛ, перенесших геморрагический шок различной степени тяжести выявили, что метаболическая функция легочной ткани нарушена, и это вызывает необходимость в течение первых трех суток после перенесенного геморрагического шока проводить полный комплекс лечебных мероприятий, включающий в себя инфузионно-трансфузионную, дезагрегатную, белковозамещающую и оксигенотерапию.

## ПРОГНОЗ РАЗВИТИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Маматов Б.Ю., Муминов Б.Э., Собиров М.С.,  
Абдуллаев А.С. Эргашев Х.М., Озодбеков Ю.Ш.  
Андижанский государственный медицинский  
институт кафедра анестезиологии - реаниматологии

Цель работы: оценка прогностической значимости психических нарушений у больных с осложненным острым коронарным синдромом (ОКС) в условиях догоспитального этапа.

Материал и методы: произведен ретроспективный анализ 82 карт вызова ОСМП Пахтаободского района Андижанской области к пациентам от 43 до 76 лет с диагнозом «Острый коронарный синдром», сопровождавшимся психическими нарушениями (мужчины – 63, женщин – 19). У всех пациентов течение основного заболевания в первые 12 часов осложнилось клинической смертью. Всем больным проводилась сердечно-легочная реанимация (СЛР) в полном объеме. Выделены 3 группы больных. 1 группу составили пациенты (31 человек), у которых отмечалась повышенная тревожность. У больных 2 группы (19 человек) течение болезни сопровождалось страхом смерти. У пациентов 3 группы (30 человек) отмечалось психомоторное возбуждение. Контрольную группу составили 2 больных ОКС без психических нарушений. Оценивались сроки возникновения клинической смерти по отношению к появлению болевого синдрома и его эквивалентов, эффект от проведенной сердечно-легочной реанимации и их взаимосвязь с типом психических нарушений.

Результаты: выявлена статистическая достоверная зависимость между типом психических нарушений и сроками наступления клинической смерти ( $p < 0,05$ ). У пациентов 1 группы клиническая смерть наступала на  $2,97 \pm 0,01$  ч, во 2 группе на  $3,1 \pm 0,015$  ч, в 3 группе – на  $3,26 \pm 0,011$  ч. В контрольной группе – на  $3,37 \pm 0,01$  ч. В то же время выраженная зависимость выявлена и между типом психических нарушений и эффектом СЛР ( $p < 0,01$ ). В 1 группе летальность составила 51,6% (16 человек), во 2 – 84,2% (16 человек), в 3 группе – 63,3% (19 человек). Летальность в контрольной группе составила 50% (1 человек).

Обсуждение: полученные данные свидетельствуют о том, что наличие выраженных психических нарушений (страх смерти и психомоторное возбуждение) часто является маркером необратимых изменений, приводящих к биологической смерти пациента, несмотря на проводимую СЛР (85,5 и 63,4%-ная летальность в группах). В то же время повышенная тревожность может свидетельствовать о более быстром наступлении клинической смерти.

Таким образом, следует предположить, что значительное повреждение сердечной мышцы провоцирует более выраженное расстройство психоэмоциональной сферы («страх смерти»), которое, в свою очередь, может усугублять ишемические изменения путем формирования «порочного нейрогуморального круга».

Выводы: изменения психоэмоциональной сферы могут служить прогностическим маркером исхода при осложненном ОКС на ранних сроках заболевания. Формирование страха смерти с высокой степенью достоверности позволяет предположить неблагоприятный исход СЛР.

## ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ГИПЕРНАТРИЕМИЧЕСКОГО ГИПЕРОСМОЛЯРНОГО СИНДРОМА НА ИСХОД ТЯЖЕЛОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Маматов Б.Ю., Муминов Б.Э., Собиров М.С.,  
Абдуллаев А.С. Эргашев Х.М., Оздобеков Ю.Ш.  
Андижанский государственный медицинский  
институт кафедра анестезиологии – реаниматологии

Цель исследования. Изучить и выявить влияние уровней осмолярности и натрия плазмы крови в острейшем периоде ишемического инсульта (ИИ) на течение и исход заболевания.

Материал и методы. В исследование включено 92 больных в возрасте от 40 до 76 лет с тяжелым ишемическим инсультом атеротромботического и кардиоэмболического подтипов в первые сутки заболевания. Во всех случаях диагноз ИИ был подтвержден данными компьютерной томографии. Лечение больных проводилось в условиях специализированного отделения интенсивной терапии в соответствии с рекомендациями Европейской Инсультной Организации, протоколом и стандартами Минздрава Узбекистана. Всем больным мониторировался уровень основных ионов плазмы крови и уровень осмолярности плазмы, а также ОЦК. В исследование не включались пациенты с несолевыми гиперосмолярными состояниями. В результате изучена зависимость вероятности летального исхода от уровня натрия и осмолярности плазмы на 1,3,5 сутки заболевания. Использовался метод нелинейной регрессии. Различия между моделями определялись для фиксированных отрезков исходного показателя. Различия между группами признавались достоверными при  $p < 0,05$ .

Результаты и обсуждение. Несмотря на очевидное негативное влияние гипернатриемии и гиперосмолярности на исходы ИИ, остается неясной роль данных параметров в зависимости от давности инсульта. Наличие достоверных прогностических различий может явиться основанием для изменения тактики ведения больного. Модели зависимости вероятной летальности от уровня натрия плазмы и осмолярности крови имеют общий логикоматематический вид и могут быть описаны модификациями уравнения Фон Бертоланфи. Было показано, что при значениях исходного показателя от 140 до 153 ммоль/л в первые и третьи сутки ИИ вероятная летальность значимо не отличалась. Критическим на первые сутки от начала заболевания является уровень натрия 164,2 ммоль/л, так как с этих значений наблюдается резкое увеличение вероятной летальности. А при превышении порога в 155 ммоль/л прогноз становится неблагоприятным. Для третьих суток критическим является уровень натрия 156,1 ммоль/л, а прогноз смещается в сторону неблагоприятного при превышении 161 ммоль/л. Начиная с уровня натрия 160,1 ммоль/л для первых суток и 165,1 ммоль/л для третьих суток вероятная летальность стремиться к 100%. Для диапазона гипернатриемии от 150 до 160 ммоль/л различия между кривыми были статистически достоверны ( $p < 0,05$ ). При этом для всех отрезков тяжести прогноз был значимо хуже при сопутствующей гиповолемии ( $p < 0,01$ ).

Таким образом, согласно полученной модели к третьим суткам отмечается меньшая чувствительность пациентов к гипернатриемии. Умеренное повышение уровня натрия плазмы крови уже не столь значимо влияет на течение и исход заболевания. При изучении зависимости вероятной летальности от уровня осмолярности плазмы были выявлены закономерности аналогичные описанным выше. До 300-305 мосмоль/л вероятная летальность значимо не нарастает в каждой из изучаемых временных точек острейшего периода ИИ. После 305 мосмоль/л кривая, описывающая процесс в первые сутки инсульта, демонстрирует худший прогноз в сравнении с более поздними временными периодами инсульта. В целом значимые различия сохраняются до 306-309 мосмоль/л. На отрезке от 301 до 306 мосмоль/л различия между моделями для первых суток и для более поздних временных отрезков носят статистически достоверный характер ( $p < 0,05$ ). Для первых суток прогноз становится неблагоприятным при уровне осмолярности свыше 299 мосмоль/л, для третьих и пятых суток – при уровне свыше 309 мосмоль/л. Таким образом, гипернатриемическое гиперосмолярное состояние является проявлением синдрома несахарного диабета в условиях острой церебральной ишемии и

ассоциируется с более высоким риском летального исхода. При этом наиболее значима эта тенденция в первые сутки инсульта.

Выводы 1. Гиповолемическая гипернатриемия как проявление гиперосмолярного синдрома в первые сутки тяжелого ишемического инсульта может рассматриваться как относительно самостоятельный предиктор развития летального исхода. 2. Для первых суток тяжелого ишемического инсульта прогноз смещается в сторону неблагоприятного при уровне осмолярности плазмы свыше 309 мосмоль/л и уровне натрия плазмы 155 ммоль/л. Для третьих и пятых суток ИИ типична большая устойчивость к гипернатриемии в сравнении с дебютом заболевания

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Мансуров Т.Т., Рузиев П.Н.

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самарканд, Узбекистан.

**Актуальность.** Острая кишечная непроходимость (ОКН), по праву считается одним из важнейших проблем экстренной хирургии с частотой заболеваемости примерно в 5 случаях на 100 тысяч населения. Только в США на долю ОКН приходится более 30 тыс. летальных исходов и более 3 млрд. долл. США прямых медицинских расходов в год. У 15% госпитализированных по поводу острого живота больных диагностируется кишечная непроходимость, при этом в структуре экстренных хирургических вмешательств эти пациенты занимают примерно 20% (M.S. Cappell et al., 2008; R.M. Gore et al., 2015).

**Цель работы:** показать эффективность лапароскопического устранения острой спаечной кишечной непроходимости.

**Материалы и методы.** За период с 2010 г. до 2019 г. в хирургические отделения Самаркандского филиала РНЦЭМП были госпитализированы 1333 пациента с диагнозом «острая кишечная непроходимость», в 529 (39,7%) случаях кишечная непроходимость разрешилась после проведенной консервативной терапии, а 804 (60,3%) пациентам было проведено оперативное вмешательство, при этом в 119 (14,8%) случаях операции были проведены с использованием лапароскопических технологий. Операции проводились под эндотрахеальным наркозом. Доступ осуществляется после наложения карбоксиперитонеума через иглу Вереща, введенную на расстоянии 5-7 см от послеоперационного рубца по среднеключичной линии ниже реберной дуги на 4 см во избежание повреждения кишечника. Основной причиной кишечной непроходимости были единичные шнуровидные спайки. Рассечение спаек проводилось, при хорошей их визуализации пересечением ножницами между наложенными лигатурами или клипсами, без применения коагуляции во избежание термического повреждения близлежащего органа. Ограниченные по площади плоскостные сращения анатомически точно разделены ножницами при полной их визуализации и осторожной тракции кишечника, отступая не менее 0,5 см от его стенки, так же без применения электрокоагуляции. При наличии в брюшной полости обширных (III-IV степень) грубых сращений, занимающих более 1-2 анатомических областей, или при обнаружении конгломератов спаянных кишечных петель, а также при труднодоступных спайках ввиду наличия значительно раздутых петель кишечника была произведена конверсия.

**Результаты.** Лапароскопический адгезиолизис при острой кишечной непроходимости был эффективен в 86,6% наблюдениях. Необходимо особо отметить, что ни у одного больного не проводилось какой-либо декомпрессии тонкой кишки и довольно быстро (1-3 дня) восстанавливался пассаж по желудочно-кишечному тракту. Летальных исходов после лапароскопического рассечения спаек не наблюдалось. Послеоперационный период составил от 2 до 9 суток (в среднем 5,4 дня).

**Выводы:** Эффективность лапароскопических технологий в диагностике и лечении острой кишечной непроходимости зависит от формы и тяжести внутрибрюшного спаечного процесса. Использование лапароскопии в лечении послеоперационных осложнений позволило отказаться от наркотических анальгетиков, а нестероидные противовоспалительные средства применялись только в первые 2 суток.

## ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Мирзакаримов Б.Х., Кетмонов А.Г. Жумабоев И.Ж.  
Андижанский государственный медицинский институт кафедра детской хирургии.

**Актуальность.** Лечение и профилактика хирургической инфекции у детей остается одной из важных проблем детской хирургии. Это связано с анатомо-физиологическими особенностями детского организма, склонностью к генерализации инфекции и широким распространением резистентных возбудителей, и как результат учащение тяжелых форм гнойно-септического процесса, снижение эффективности антибиотикотерапии и высокая летальность. Антибиотикотерапия является важным звеном в комплексе лечения гнойно-воспалительных заболеваний, однако назначение максимальных доз антибиотика приводит к ухудшению иммунобиологического состояния у детей, особенно при традиционных методах введения. Известно, что в лимфатическом узле может задерживаться до 99% бактерий, в связи с этим необходимо исключить циркуляцию токсинов в лимфатическом русле.

**Цель.** Улучшить результаты лечения острых заболеваний легких.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находились 86 детей с различными бронхо-легочными заболеваниями без плевральных осложнений и 12 детей с плевральными осложнениями в виде пневмоторакса в возрасте от 6 мес до 13 лет. Все они находились в отделении интенсивной терапии в тяжелом состоянии. Всем детям в комплексе лечения применялись антибиотики с учетом чувствительности микрофлоры. Антибиотики вводили исключительно через претрахеальную клетчатку, путем введения микроирригатора в загрудинное пространство с помощью модифицированной иглы по принципу Сельдингера. В первые 3 дня вводили 2 раза в сутки, далее 1 раз в день в разовой возрастной дозировке. Антибиотик вводили в разведенном в теплом растворе новокаина. Детям с деструкцией легких и плевральными осложнениями было проведено дренирование плевральной полости по Бюлау с промыванием теплым дезинфицирующим раствором.

Эффективность лечения проявился на вторые сутки в виде улучшения общего самочувствия, уменьшились одышка, кашель и температура тела, улучшились также клиничко-лабораторные и рентгенологические показатели.

**Вывод.** Региональное введение антибиотика через претрахеальную клетчатку является высокоэффективным методом в комплексе лечения острых бронхо-легочных заболеваний у детей, особенно раннего возраста, и как результат, сократилось количество инъекций и длительность нахождения в стационаре.

## ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ КОРРИГИРУЮЩЕЙ ТОРАКОПЛАСТИКЕ У ДЕТЕЙ

**Мирзакаримов Б.Х., Юлдашев М.А.Жумабоев И.Ж.**

Андижанский государственный медицинский институткафедра детской хирургии.

**Актуальность.** Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) представляет собой различные по форме западения грудины и передних отделов ребер, приводящим к функциональным нарушениям со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Единственным способом лечения является корригирующая торакопластика. Все существующие методы имеют свои определенные недостатки, которые могут привести к рецидиву деформации. Чаще всего это зависит от фиксирующих устройств, удерживающих грудь в коррегированном положении.

**Цель:**изучить причины осложнений, влияющие на результат лечения ВДГК

**Материалы и методы исследования.** Проведен анализ 11 наблюдений с деформацией грудной клетки, наступившей после операции коррекции воронкообразной грудной клетки по Равич-Гроссу с наружной тракцией грудины с вытяжением к шине Маршева. Непосредственный результат у этих детей был признан хорошим. В отдаленные сроки в течении 1-2 года по данным местного осмотра, антропометрии и функциональных исследований результат оценивался как хороший. В последующем в 2х случаях частичный рецидив наступил у больных с синдромом Марфана и болезнью Дауна, обычный срок фиксации оказался недостаточным. В 3х случаях полный рецидив наступил через 1.5 месяца в результате обрыва тракционной нити в амбулаторных условиях. Причиной западения на местах остеотомии являлась недостаточная резекция сегментов ребер, в результате которой образовалась изолированная деформация грудной клетки. Чрезмерное вытяжение за грудь привело к гиперкоррекции. Причиной келлоидных рубцов стало местное осложнение в виде воспалительных явлений.

**Вывод:** Коррегирующая торакопластика при воронкообразной деформации грудной клетки это полная реконструкция грудной стенки. Возможны различные осложнения в ранние и отдаленные сроки. С целью профилактики необходимо учитывать все возможные причины влияющие на результат лечения. В связи с этим нами разработана методика торакопластики, исключая какие-либо фиксирующие устройства.



## ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ В ОНКОАБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ: СРАВНЕНИЕ ВАРИАНТОВ

Муминов Б.Э., Маматов Б.Ю., Собиров М.С.,  
Абдуллаев А.С., Эргашев Х.М., Махсудов А.Т.  
Андижанский государственный медицинский  
институт кафедра анестезиологии – реаниматологии

**Актуальность.** От выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде страдают 30-75% пациентов. Основным методом эпидуральной анальгезии является непрерывная инфузия местных анестетиков (в 100% случаев).

**Цель и задачи работы.** Сравнение анальгезии методом постоянной эпидуральной инфузии раствора ропивакаина 2 мг/мл, фентанила 2 мкг/мл и адреналина 2 мкг/мл, со скоростью 5-6 мл в час и методом введения эпидуральных болюсов 0,2% раствора ропивакаина через регулярные интервалы времени по интенсивности боли (в течение 48 часов), качеству жизни, частоте развития послеоперационной тошноты и рвоты (ПОТР), времени восстановления перистальтики кишечника.

**Материалы и методы.** В исследование включены пациенты, оперированные по поводу злокачественных образований органов брюшной полости (гемиколэктомия, гастропанкреатодуоденальная резекция, передняя резекция прямой кишки). Период наблюдения - 2-48 час после операции. Пациенты разделены на 2 группы. Интенсивность боли оценивалась по цифровой оценочной шкале (ЦОШ); качество жизни - тест САН, русифицированный Мак-Гилловский болевой опросник, Дартмутская болевая анкета, количество дополнительно введенных болюсов, удовлетворенность обезболиванием (да/нет); время восстановления перистальтики кишечника (час), частота развития послеоперационной тошноты и рвоты (ПОТР). Анкетирование во 2-е сутки после операции, ЦОШ во 2 - 48-й час.

**Результаты.** Проанализированы данные 45 пациентов. I группа - 33, II - 12 пациентов. Результаты оценки лечения боли: 11 раз регистрировались показатели более 3-х баллов в I-й группе и 14 раз во II-й, из них в покое: по разу в каждой группе, что соответствовало боли низкой и средней интенсивности по 2,2%, а высокой интенсивности 95,6% пациентов. Интенсивность боли была сходной в группах, за исключением 6 часа исследования: Me 2(1; 4,5) и Me 4(3; 6) баллов для I и II групп соответственно ( $p < 0,05$ ). Удовлетворены качеством обезбоживания 73,3% пациентов. Среднее количество болюсов в I -  $0,42 \pm 1,0$ , во II -  $0,58 \pm 1,2$ ,  $p > 0,05$ . Тест САН в I - Me 4,3(3,4;5,2), во II - Me 4,4(3,7; 5,4) баллов,  $p = 0,81$ . Дартмутский индекс боли в I - Me 1,27(0,8;1,66), во II - Me 1,0(0,9;1,4) баллов,  $p = 0,7$ . Восстановление перистальтики кишечника в I - Me 59(48;72), во II - Me 68,5(59;72) час,  $p = 0,81$ . ПОТР в I - 30,3%, во II - 50% пациентов,  $p = 0,258$ ,  $\chi^2$  Пирсона = 1,49.

**Заключение и выводы.** Качество лечения боли низкое. Болюсная методика не уступает постоянной эпидуральной инфузии и может использоваться в качестве альтернативы постоянной инфузии. Интенсивность боли, в раннем послеоперационном периоде (48 часов), при постоянной эпидуральной инфузии и эпидуральной анальгезии методом введения болюсов через регулярные интервалы времени, статистически не отличается. Оценка интенсивности боли показала неприемлемые регистрируемые значения для современного состояния обезбоживания в обеих группах пациентов. Комплексная оценка качества жизни пациентов в ближайшем послеоперационном периоде, после травматичных абдоминальных оперативных вмешательств, не выявила значимого влияния варианта эпидуральной анальгезии на такие показатели, как: удовлетворенность обезболиванием, выраженность интенсивности боли в покое, ее сенсорный и психоэмоциональный компонент, показатели самочувствия, активности, настроения, Дартмутского индекса боли. Время разрешения пареза кишечника, частота развития тошноты рвоты сопоставимы в группах, зависимости между видом обезбоживания и развитием ПОТР не выявлено.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВОГО СЕПСИСА У ДЕТЕЙ.

Мурадова Р.Р., Хайдаров М.М., Хакимов  
Э.А., Карабаев Х.К., Абдихалилов М.Э.

Самаркандский Государственный медицинский институт.

**Актуальность.** Сначала XXI столетия сепсис по-прежнему остается одной из самых актуальных проблем современной медицины в силу неуклонного роста заболеваемости и стабильно высокой летальности. (В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд, 2006, Х.К. Карабаев с соавт. 2008)

**Цель исследования.** Улучшение результатов лечения пострадавших от ожогов на основе применения внутривенного введения ионизированного физиологического раствора комплексной интенсивной терапии ожогового сепсиса.

**Материалы и методы.** В Самаркандском филиале РНЦЭМП у 76 из 120 наблюдавшихся в последние годы больных, в возрасте от 1 до 14 лет с площадью глубокого ожога от 20 до 70% поверхности тела (п.г.), клинически развился сепсис. Генерализация гнойной инфекции наиболее часто отмечена при глубоких ожогах более 20% поверхности тела (в среднем  $15,1 \pm 1,5\%$  п. т.).

У 50 (62,5%) обожженных (I группа), в возрасте  $42,75:1-2,51$  лет с индексом Франка  $108,87:1.2,55$  усл. ед. и явлениями ожогового сепсиса, была проведена стандартная интенсивная терапия с внутривенным введением озонированного физиологического раствора (ВВВОФР) в объеме 200 мл в сроки  $11,54:1:2,11$  дней после ожога, с концентрацией озона в жидкости 4 мг/л, 1 раз в сутки на протяжении 10 дней, в стадии ожогового шока и острой ожоговой токсемии (ООТ). 30 обожженным (II группа) с индексом Франка  $105,75 \pm 3,54$  усл. ед. и явлениями ожогового сепсиса проводилась стандартная комплексная интенсивная терапия без ВВВОФР, в течение 10-11 дней после термической травмы (в стадии шока и ООТ).

**Результаты.** Комплекс интенсивной терапии ожогового сепсиса включает:

1. Начальный этап (восстановление адекватной гемодинамики. Цель – достижение в первые 6 часов после постановки диагноза ожогового шока после коррекции гиповолемии не удастся достичь адекватных АД и органной перфузии).

2. Инотропная терапия (у пациентов с низким сердечным выбросом, несмотря на адекватную коррекцию гиповолемии, показано применение добутамина);

3. Препараты крови (показание к переливанию эритроцитарной массы - снижение уровня гемоглобина  $<70$  г/л).

4. Нутритивная поддержка (раннее начало нутритивной поддержки в сроки 24-36 ч более эффективно, чем с 3-4 суток интенсивной терапии)

5. Контроль гликемии (высокий уровень гликемии и необходимость в инсулинотерапии являются факторами неблагоприятного исхода у больных с диагностированным сепсисом).

6. Кортикостероиды (использование ГКС в высоких дозах в терапии септического шока нецелесообразно).

7. Активированный протеин.

8. Парентеральная озонотерапия (одним из методов лечения ожогового сепсиса является внутривенное введение озонированного физиологического раствора (ВВВОФР) в объеме 200 мл в течение 10 дней после ожога, с концентрацией озона в жидкости 4 мг/л, 1 раз в сутки).

**Заключение.** Рациональное применение интенсивной терапии ожогового сепсиса и септического шока показали, что среди тяжелообожженных с сепсисом ПОН и летальность снизилась от 65% и 35% (2010-2016) до 42,5% и 22,5% соответственно (2017-2019 гг.).

## РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОЖОГОВОГО СЕПСИСА У ДЕТЕЙ

Мурадова Р.Р., Хайдаров М.М., Хакимов Э.А.,  
Карабаев Х.К., Абдихалилов М.Э.

Самаркандский Государственный медицинский институт.

**Актуальность.** Тяжелая термическая травма вызывает синдром системного воспалительного ответа (ССВО) на повреждение с возможным развитием сепсиса и тяжелого сепсиса (Т.А. Ушакова с соавт., 2010). По данным ряда авторов, от 23% до 82% умерших в поздние периоды ожоговой болезни погибают от сепсиса (И.В. Шлык, 2010; А.В. Толстов с соавт., 2010; Х.К. Карабаев с соавт., 2018).

Прокальцитонин (ПКТ) был открыт случайно и впервые описан в 1993 году как новый маркер бактериальной инфекции (M. Assicot et al., 1993). Он является прогормоном кальцитонина (КТ) и относится к классу провоспалительных цитокинов. ПКТ-полипептид с молекулярной массой 12.793, образуется в нейроэндокринных клетках человека (щитовидной железы, легких, печени). При бактериемии не расщепленная молекула ПКТ выделяется из клеток, при этом уровень кальцитонина не повышается. Концентрация циркулирующего ПКТ в плазме здорового человека чрезвычайно низкая и составляет 0,01 ng/ml. При тяжелых бактериальных инфекциях он может возрастать до 20-200 ng/ml (Е.В. Старовойтова, 2007). Цель работы: Определить информативность применения прокальцитонинового теста для ранней диагностики сепсиса у детей с тяжелой термической травмой.

**Материал и методы:** В группу исследования вошли 50 больных в возрасте от 1 до 16 лет (средний возраст 48,8±1,5 лет) с общей площадью ожоговых ран от 30% до 85% поверхности тела, раны ШАБ-IV степени составили от 20% до 35% поверхности тела.

Пациенты находились на лечении в отделении комбустиологии СФРНЦЭМП. Все обожженные доставлены в течение первых 12 часов после получения ожога. У обследованных пациентов не были термоингаляционные поражения и отсутствовали сопутствующие хронические заболевания.

Кроме стандартных клинико-лабораторных тестов – термометрия, частота сердечных сокращений, клинические и биохимические анализы крови и мочи, микробиологического исследования отделяемого ожоговых ран с определением чувствительности флоры к антибиотикам, проведены по методу PCT-QBRANMS – это иммунохроматографический тест для полуколичественного определения уровня ПКТ, который используется для диагностики и контроля проводимой терапии острых бактериальных инфекций и сепсиса. PCT-QBRANMS – это тестовая система с периодом инкубации всего 30 минут, которая не нуждается в калибровке и в дополнительной аппаратуре. Достоинством этого метода является: простота в использовании, отсутствие необходимости в сложном оборудовании, быстрота получения результатов (30 минут). Для ПКТ определяли чувствительность, специфичность, положительное прогностическое значение (ППЗ), отрицательное прогностическое значение (ОПЗ).

У 30 пациентов (1 группа, без сепсиса) в остром периоде термической травмы (3-6 сутки) была обнаружена значимая бактериальная контаминация (> 10<sup>5</sup> КОЕ/г), уровень ПКТ был < 2 ng/ml и оценка по шкале SOFA-11-12 баллов

На фоне сепсиса из 20 пострадавших (II) на 2-3 день заболевания – концентрация ПКТ 4,8±1,1-2 ng/ml отмечена у 8 больных, чувствительность-67%, специфичность 92%, ППЗ-85%, ОПЗ-81%, а у 12 пострадавших с тяжёлым течением сепсиса зафиксирован уровень ПКТ 15,6±2,2 ng/ml, чувствительность-33%, специфичность-98%, ППЗ-83%, ОПЗ-81%. На 5-10 день заболевания уровень ПКТ более 2 ng/ml во всех случаях коррелирован с развитием клинической картины ожогового сепсиса, а у 5 больных с уровнем ПКТ более 10 ng/ml чувствительность-27%, специфичность 95%, положительное прогностическое значение (ППЗ)-75%, отрицательное прогностическое значение (ОПЗ)-70%, диагноз ожогового сепсиса был подтвержден также патоморфологически. Достоверное влияние на гибель больного оказали: значение ПКТ > 2

ng/ml, и оценка по шкале SOFA-18-20 баллов. У 17 больных после ранней некрэктомии (800-950см<sup>2</sup>) с одномоментной аутодермопластикой(1000-1200 см<sup>2</sup>), уровень ПКТ снижался и оценка по шкале SOFA-18-20 баллов. У 17 больных после ранней некрэктомии (800-950см<sup>2</sup>) с одномоментной аутодермопластикой(1000-1200 см<sup>2</sup>), уровень ПКТ снижался и не превышал 0,5 ng/ml.

Выводы: Таким образом, ПКТ-тест перспективен в диагностике ожогового сепсиса. Уровень ПКТ крови  $\geq 2$  ng/ml у пациентов с термической травмой с индексом Франка  $\geq 70$  ед., в остром периоде ожоговой болезни, свидетельствует о целесообразности проведения деэскалационного режима антибактериальной химиотерапии.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВОГО ШОКА У ДЕТЕЙ.**

**Мурадова Р.Р., Хайдаров М.М.,  
Хакимов Э.А, Карабаев Х.К., Абдихалилов М.Э.**  
Самаркандский Государственный медицинский институт.

**Актуальность.** Сначала XXI столетия сепсис по-прежнему остается одной из самых актуальных проблем современной медицины в силу неуклонного роста заболеваемости и стабильно высокой летальности. (В.С, Савельев,Б.Р, Гельфанд, 2006, Х.К.Карабаев с совт. 2008)

**Цель исследования.** Улучшение результатов лечения пострадавших от ожогов на основе применения внутривенного введения ионизированного физиологического раствора комплексной интенсивной терапии ожогового сепсиса.

**Материалы и методы.** В Самаркандском филиале РНЦЭМП у 76 из 120 наблюдавшихся в последние годы больных, в возрасте от 1 до 14 лет с площадью глубокого ожога от 20 до 70% поверхности тела (п.г.), клинически развился сепсис. Генерализация гнойной инфекции наиболее часто отмечена при глубоких ожогах более 20% поверхности тела (в среднем  $15,1 \pm 1,5\%$  п. т.).

У 50 (62,5%) обожженных (I группа), в возрасте 42,75:1-2,51 лет с индексом Франка 108,87:1.2,55 ус. ед. и явлениями ожогового сепсиса, было проведена стандартная интенсивная терапия с внутривенным ведением озонированного физиологического раствора (ВВВОФР) в объеме 200 мл в сроки 11,54:1:2,11 дней после ожога, с концентрацией озона в жидкости 4 мг/л, 1 раз в сутки на протяжении 10 дней, в стадии ожогового шока и острой ожоговой токсемии (ООТ). 30 обожженным (II группа) с индексом Франка  $105,75 \pm 3,54$  ус. ед. и явлениями ожогового сепсиса проводилась стандартная комплексная интенсивная терапия без ВВВОФР, в течение 10-11 дней после термической травмы (в стадии шока и ООТ).

**Результаты.** Комплекс интенсивной терапии ожогового сепсиса включает:

1. Начальный этап (восстановление адекватной гемодинамики. Цель – достижение в первые 6 часов после постановки диагноза ожогового после коррекции гиповолемии не удастся достичь адекватных АД и органной перфузии).

2. Инотропная терапия (у пациентов с низким сердечным выбросом, несмотря на адекватную коррекцию гиповолемии, показано применение добутамина);

3. Препараты крови (показание к переливанию эритроцитарной массы - снижение уровня гемоглобина  $<70$  г/л).

4. Нутритивная поддержка (раннее начало нутритивной поддержки в сроки 24-36 ч более эффективно, чем с 3-4 суток интенсивной терапии)

5. Контроль гликемии (высокий уровень гликемии и необходимость в инсулинотерапии являются факторами неблагоприятного исхода у больных с диагностированным сепсисом).

6. Кортикостероиды (использование ГКС в высоких дозах в терапии септического шока нецелесообразно).

7. Активированный протеин.

8. Парентеральная озонотерапия (одним из методов лечения ожогового сепсиса является внутривенное введение озонированного физиологического раствора (ВВВОФР) в объеме 200 мл в течение 10 дней после ожога, с концентрацией озона в жидкости 4 мг/л, 1 раз в сутки).

**Заключение.** Рациональное применение интенсивной терапии ожогового сепсиса и септического шока показали, что среди тяжелообожженных с сепсисом ПОН и летальность снизились от 65% и 35% (2010-2016) до 42,5% и 22,5% соответственно (2017-2019 гг.).

## НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И АТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕДКИХ РЕГИОНАЛЬНЫХ ФОРМ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ.

Отamuraдов Ф.А., Эргашев Н.Ш.

Термезкий филиал Ташкентской медицинской академии  
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Частота АРМ, по данным различных авторов, колеблется в пределах от 1,66 до 9,94 на 10000 детей и не имеет тенденции к снижению.

Цель исследования – изучить частоту нозологических форм, особенности клинко-анатомических вариаций, характер сочетанных аномалий и выбор методов диагностики и лечения при редких региональных вариантах АРМ у детей.

Материалы и методы исследования. В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ в 2009 - 2019 г. находились на обследовании и лечении 504 детей с АРМ. Девочек было – 258 (51,2%), мальчиков – 246 (48,8%) в возрасте от 1 дня до 15 лет. Больных распределили в соответствии с международной классификацией, принятой в Крикенбеке (2005), выделив основные (383-76%) и редкие региональные формы (121-24%). Из них 95 (78,5%) девочек и 26 (21,5%) мальчиков. Больным проводилось комплексное обследование, включая общеклинические, лучевые и специальные методы.

Результаты и их обсуждение. По характеру патологии, частоте отдельных нозологических форм в зависимости от пола больных выявлены различия.

Ректовагинальный свищ (22 девочек) составил, соответственно 4,3% и 18,2% в структуре редких региональных форм с АРМ. 17 из них были первично госпитализированы в нашу клинику, 5 поступили из других лечебных учреждений после операций.

Н-тип свищевых форм выявлен у 30 больных – это соответственно, 5,9% и 24,8% в общей структуре и среди региональных форм АРМ. Среди них преобладали девочки – 29 из 30. Из 52 мальчиков у 1 (1,9%) до операции установлен ректоуретральный свищ при нормально сформированном анусе врожденного характера.

Ректомошоночный свищ открывающиеся по ходу срединного шва мошонки, относятся к редким формам АРМ. Мы наблюдали 6 (6,5%) мальчиков из 93 с промежностными свищами из 59 (63,4%) мальчиков.

Врожденный ректальный мешок (ВРМ) установлен у 9 (1,8%) из 504 больных с АРМ и у 7,4% среди пациентов с редкими региональными вариантами аномалии. Мальчиков было 6 (66,7%), девочек было – 3 (33,3%).

Атрезия, стеноз прямой кишки наблюдали у 10 больных. Данный вид аномалии значительно преобладал у мальчиков в соотношении с девочками 8:2. Лишь у 1 девочки отмечена атрезия прямой кишки на глубине 2,5см. от нормально сформированного ануса. В 9 случаях наблюдали варианты стеноза прямой кишки в виде стеноза анального канала и прямой кишки – 5, стеноза прямой кишки при нормальном анусе – 4.

Эктопия ануса наблюдали у 31, девочек было 26 (83,9%), мальчиков 5 (16,1%). Для верификации диагноза проводили дифференцировку с ректопромежностным свищом, для которого характерно расположение анальной ямки и рефлекса Россолимо на месте нормального ануса.

Урогенитальный синус наблюдали у 9 девочек, что составляет 1,8% из 504 детей с АРМ, 7,4% - в структуре редких региональных вариантов.

Удвоение прямой кишки диагностировано у 2 (0,4%) пациенток 504 детей с АРМ. В обоих случаях имело место тубулярное удвоение, расположенное вдоль задней стенки без сообщения с прямой кишкой.

Экстрофия клоаки представляющая крайнюю степень спектра аномалий, включала пузырно-кишечную расщелину, аномалии наружных и внутренних половых органов, нередко сочетающиеся с пороками развития других органов и систем. С данной патологией наблюдали 2 детей, (0,4%) из 504 больных с АРМ.

В заключение можно отметить, что разнообразие АРМ состоит не только из простых одиночных аномалий, но и сложных анатомических вариантов; проявляется разной частотой отдельных форм в зависимости от пола больных, что усложняет диагностику и лечение. Редкие региональные формы составили 24,1% в общей структуре АРМ у детей с колебаниями от 0,83% до 24% среди различных нозологических форм. Это свидетельствует, что наши данные соответствуют промежуточным показателям между регионами, где указанные формы АРМ наблюдаются часто или редко.

## РАЗРАБОТКА ЭКСПРЕСС-МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ ПРЕРЫВАЦИОННОЙ ИНТРАКОРОНАЛЬНОЙ РЕЗОРБЦИИ НА ОСНОВЕ БИОМЕРКЕРОВ КАРИЕСА

Питиримова А.С., Шамитова Е.Н.

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Чебоксары, Россия.

Аннотация: Скрытый кариес (предэруптивноинтракорональноерентгенопрозрачное поражение (PICRL) - это поражение дентина под дентиноэмалевым соединением, видимое на рентгенограммах. Распространенность PICR в постоянном прикусе составляет от 2 до 6%, в зависимости от зуба и рентгенологического метода. При использовании панорамных рентгенограмм распространенность составляет 4% для первых моляров верхней челюсти и 3% для первых моляров нижней челюсти.

Целью данного исследования является оценка влияния полиморфизма белков слюны на риск развития скрытой формы кариозного процесса зубов посредством систематического обзора современной литературы, определить уровни HST-5,  $\beta$ -дефенсин-2 и сравнить их с бактериальными профилями в зависимости от прогрессирования скрытого кариеса.

Гипотеза исследования - изучение полиморфизма генов слюны может потенциально служить биомаркерами при экспресс-диагностике предэруптивнойинтракорональной резорбции твердых тканей зуба.

Методы исследования. Электронный поиск проводился в PubMed, Scopus и VirtualHealthLibrary. Были использованы следующие поисковые термины: «предрасположенность к кариесу зубов», «скрытый кариес зубов», «полиморфизм», «слюна», «биомаркеры кариеса», «клинические проявления скрытого кариеса», «белки» и «пептиды». Была обнаружена последовательная связь между полиморфизмом белков слюны и риском развития скрытой формы кариеса зубов для белков, связанных с антимикробной активностью, контролем pH и бактериальной колонизацией / адгезией.

Результаты исследования. Исследование продемонстрировало, что количество специфических белков слюны может влиять на колонизацию каждого вида бактерий, включая *S. mutans*, а также, что доминирование штаммов, которые считаются более кариесогенными. Прогрессирование скрытого кариеса (тяжелый и средний кариес) отражается в повышении уровня выбранных белков слюны, как HST-5, так и  $\beta$ -дефенсин-2. При поиске связи между уровнями HST-5 и  $\beta$ -дефенсин-2 и количеством кариесогенных видов бактерий было замечено наличие определенных бактериальных профилей в зависимости от уровней определенных белков. Это исследование указывает на большие возможности использования HST-5 в сочетании с  $\beta$ -дефенсин-2 в стоматологии. Статистический анализ показал достоверное увеличение концентрации гистатина-5 и  $\beta$ -дефенсин-2 в исследуемой группе по сравнению с контрольной группой и коррелировало с прогрессированием заболевания. Подтверждение изменений концентрации этих белков во время прогрессирования кариеса зубов может обнаружить ценные биомаркеры прогрессирования заболевания.

Заключение. Существует взаимосвязь между количеством  $\beta$ -дефенсин-2 и гистатина-5 в слюне и развитием кариеса. Использование концентрации белков слюны может иметь потенциальное применение при мониторинге заболеваний полости рта, таких как кариес и заболевания пародонта. Результаты вышеописанного исследования, в котором мы наблюдали повышение уровня гистатина-5 и  $\beta$ -дефенсин-2 наряду с кариесом зубов, доказывают, что выбранные антимикробные пептиды могут служить средством профилактики и лечения. Следовательно, есть возможности для разработки новых стратегий лечения этого заболевания. Антибактериальные пептиды являются альтернативой традиционному лечению антибиотиками, и требуют дальнейшего изучения. Для получения более убедительных доказательств того, что гистатин является кандидатом в биомаркер, применимым для выявления скрытого кариеса зубов во всех возрастных группах, будут выполнены более глубокие исследования внутренних механизмов, лежащих в основе функций гистатина-1, а также возникновения и развития кариеса зубов.

## ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СВОЙСТВ ЛЕЙКОЦИТОВ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СЕПСИСА У МЛАДЕНЦЕВ

Раббимова Д.Т., Юсупов Ф.Т.  
Самаркандский медицинский институт

**Актуальность.** На современном этапе развития педиатрии и детской хирургии одной из актуальных и трудно решаемых проблем являются гнойно-септические заболевания, среди них самым прогностически неблагоприятным, протекающим с множественными осложнениями является сепсис.

Для увеличения вероятности выживания большое значение имеют ранняя диагностика и своевременное, надлежащее клиническое ведение сепсиса.

**Цель исследования.** Изучить показатели спонтанной агломерации лейкоцитов (ПСАЛ) и индекса ядерной сегментации нейтрофилов (ИЯСН) в ранней диагностике сепсиса у младенцев.

**Материал и методы исследования.** Нами обследовано 246 больных с гнойно-септическими заболеваниями, из них 109 детей были с септицемической формой сепсиса, 54 - с хирургическим сепсисом (острая деструктивная пневмония с легочно-плевральными осложнениями, острый гематогенный остеомиелит, некротическая флегмона новорожденных некротизирующий энтероколит), 83 ребенка с локализованной инфекцией (47 – с локальной формой гнойно-воспалительных заболеваний - остеомиелит, аденофлегмона, псевдофурункулез, парапроктит и 36 – с очаговой пневмонией)

Исследовали показателя спонтанной агломерации лейкоцитов (ПСАЛ) путем регистрации каждую попадающуюся клетку лейкоформулы. Учитывался процент сгруппированных по 3 и более лейкоцитов из 1000 подсчитанных – показатель спонтанной агломерации лейкоцитов. ПСАЛ определяется при поступлении, в динамике лечения на 8-10 сутки и перед выпиской. Нормативный ПСАЛ составил -  $3,72 \pm 0,4\%$ . Исследование индекса ядерной сегментации нейтрофилов с подсчетом в мазке 200 нейтрофилов, и дифференциацией их по содержанию ядерных сегментов. Нормативные показатели ИЯСН составили  $2,6 \pm 0,02$  ( $n=25$ ). При снижении этого показателя в динамике отмечается сохранение активности воспалительного процесса. Постепенное повышение ИЯСН в динамике на фоне или после проведенного лечения является прогностическим критерием благоприятного течения заболевания.

**Результаты исследования:** Установлено, на что указывает исходный показатель спонтанной агломерации лейкоцитов у больных хирургическим сепсисом ( $15,3 \pm 0,71$ ) и септиемией ( $16,3 \pm 0,55$ ), достоверно повышенные по сравнению с нормой ( $3,9 \pm 0,17$ ,  $p < 0,001$ ) и локальной инфекцией ( $9,7 \pm 0,71$ ,  $p < 0,001$ ). Динамику показателей ПСАЛ и ИЯСН при сепсисе у детей первого года жизни с благоприятным и неблагоприятным течением патологического процесса изучили у 74 детей. Так, при благоприятном течении заболевания ПСАЛ имеет тенденцию к понижению, а при неблагоприятном течении достоверно повышается ( $p < 0,001$ ). Обратная картина отмечается с показателем ИЯСН: при благоприятном течении имеет тенденцию к повышению, а при летальном исходе - достоверно понижается по сравнению с нормой и исходными данными ( $p < 0,001$ , в обоих случаях).

**Вывод:** Таким образом, ПСАЛ и ИЯСН четко отражают характер воспалительного ответа и могут служить критерием ранней диагностики сепсиса у младенцев.



**ИЗМЕНЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ПОЧЕК ПРИ ДЗМН****Раджабова С.О. Холмурадова З.Э. Ишкабулова Г.Д.**Студентка 403 группы мед. пед. факультета Ташкентской  
Медицинской Академии, ассистент Холмурадова З.Э.**Научный руководитель : к.м.н. Г.Д.Ишкабулова**Кафедра педиатрии лечебного факультета  
Самаркандского Государственного Медицинского Института.

Цель исследования: изучение функционального резерва почек при уратной нефропатии у детей.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились следующая категория детей. Контрольную группу составили 27 клинически здоровых детей без отягощенности семейного анамнеза патологией почек. Группу больных детей составили 32 детей с дизметаболической нефропатией (ДЗМН). Диагноз ДЗМН обосновывался по характеру патологии в родословной, уровню мочевой кислоты (МК) в крови и мочи, изолированному мочевоому синдрому – микрогематурии и протеинурии, наличию тубулярных дисфункций.

Результаты. При подозрении на заболевания почек во избежания диагностических ошибок необходимо многоплановое обследование больных, что возможно в настоящее время при обследовании всех больных с вновь выявленной патологией в условиях специализированного стационара, или однодневного специализированного стационара на базе крупных многопрофильных больниц. Принципиальное значение имеет для диагностики ДЗМН вообще, в частности уратной нефропатии правильно собранный анамнез. Следует отметить в родословной больных с уратной нефропатией исключительную частоту сердечно-сосудистых заболеваний включая гипертонию(43,3%), гастродуоденальной (19,7%), гепатобилиарной системы (39,6%) заболеваний связанных с отложением солей (26,7%). Такой спектр внепочечной патологии в родословной безусловно должен направить диагностический поиск на исследование метаболического статуса и прежде всего на исключение диспуриноза. Как показали наши исследования, для уратной нефропатии характерно фактическое синдрома (ИМС), выявляемой на фоне интеркуррентных заболеваний и нередко случайно. При наложении микробно-воспалительного процесса соответственно появляются симптомы интоксикации, повышение температуры тела, усиление болевого синдрома, дизурии и другие признаки. При отсутствия вторичного пиелонефрита возможно преобладание гематурии над лейкоцитурией. Характерно, что уратная нефропатия по существу не встречается изолированно, как правило сочетается целым рядом висцеропатий, которые нередко воспринимается как самостоятельная патология и пациенты наблюдаются у разных специалистов: неврологов, аллергологов, гельминтологов, гастроэнтерологов. Одной из наиболее распространённых причин данного явления является недостаточное обследование больного.

**ВЫВОДЫ.** Приоритетность первичной профилактики дизметаболических нефропатий у детей ориентирует на необходимость значительного усиления первичного звена здравоохранения специализированными педиатрами, а также лабораторной службы, позволяющей выявить патогенетические маркеры предрасположенности.

Поскольку гиперурикемия и гиперурикозурия являются постоянно действующими причинными факторами развития и прогрессирования, то данный контингент нуждается в постоянном наблюдении в детском возрасте с последующей передачей по этапу.

**ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ И ТОРСН ИНФЕКЦИЙ.**

**Расулов А.С., Расулова Н.А., Ахмедова М.М.**  
Самаркандский Государственный медицинский институт

**Введение:** В последние годы вызывает беспокойство возрастание числа случаев заболеваний, передающихся половым путем. Ежегодно в мире заболевает свыше 250 млн человек; 30% из них составляют люди моложе 25 лет и, в частности, женщины репродуктивного возраста. По данным ВОЗ, наиболее частыми возбудителями заболеваний, передающихся половым путем, как правило, являются *Chlamydia trachomatis* и *Neisseria gonorrhoeae*. Доля хламидийной инфекции составляет 20% от всех заболеваний, передающихся половым путем.

**Материал и методы исследования:** Мы приводим данные исследования Лорана О.Б. и соавт. (1994) по использованию джозамицина в комплексном лечении хронических неспецифических воспалительных заболеваний мочевого пузыря и уретры у 15 женщин, а также неспецифических уретритов и простатитов у 32 мужчин. Возраст больных был от 21 до 63 лет. Длительность заболевания колебалась от 1,5 до 13 лет. Использовали микроскопию, бактериологические тесты, для обнаружения хламидий - метод прямой иммунофлюоресценции, ультрасонографию мочевого пузыря и уретры, комбинированное уродинамическое исследование, цистоуретроскопию и гистологическое исследование биопсийного материала, взятого из различных участков стенки мочевого пузыря.

**Результаты исследования:** При бактериологическом исследовании мочи и соскобов с уретры были получены следующие результаты: у женщин - кишечная палочка - 6, грамположительные кокки - 4, хламидии - 3, протей - 2; у мужчин - хламидии - 14, стафилококк - 9, стрептококк - 4, энтерококк - 5. Степень бактериурии колебалась от 1 000 000 до 10 000 000 000 микробных тел в 1 мл. Наибольшая чувствительность к препарату была обнаружена у микроорганизмов группы кишечной палочки и грамположительных кокков. Курс лечения джозамицином продолжался до 10 дней. Суточная доза препарата у женщин достигала 300 мг при банальных и 600 мг при хламидийных инфекциях. У мужчин джозамицин назначали в суточной дозе 1,5 - 2,0 г в 3 - 4 приема. Контрольные исследования проводились на следующий день после окончания приема препарата и спустя 3 - 4 недели. Все больные хорошо переносили препарат, побочных реакций и осложнений отмечено не было. Лишь в двух случаях к концу терапии больные отмечали умеренную тошноту. После проведения курса лечения симптомы поллакиурии и дизурии у всех больных исчезли, анализы мочи нормализовались. При контрольных посевах у женщин в 10 случаях роста микрофлоры не обнаружено, а в 3 - бактериурия не превышала 100 000 микробных тел в 1 мл. В 1 случае после лечения в соскобе эпителия уретры обнаружены хламидии, что потребовало проведения дальнейшего лечения препаратами группы фторхинолонов. У мужчин контрольное обследование показало, что золотистый стафилококк элиминировал у всех больных. Хламидии исчезли у 12 из 14, стрептококк - у 3 из 4 пациентов, энтерококки - у 4 из 5. Эритромицин малоэффективен для лечения сифилиса; наиболее эффективными препаратами являются: кларитромицин в дозировке 1000 мг, джозамицин - 2000-3000 мг и азитромицин - 500 мг в день per os в течении 10-14 дней. Эти препараты эффективны для лечения как первичного, так и вторичного сифилиса.

**Заключение:** Таким образом, джозамицин оказался эффективным препаратом как у женщин, так и у мужчин при лечении хронических неспецифических заболеваний мочевого пузыря и мочеиспускательного канала, обусловленных грамположительной микрофлорой и хламидиями. При этом этиологическое выздоровление наступило при инфицировании золотистым стафилококком практически в 100% случаев, хламидиями - 85.7%.

## НЕКОТОРЫЕ МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РЕЗЕКЦИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Раупов Ф.С., Нуриддинов С.С.

Бухарский государственный  
медицинский институт, г. Бухара, Узбекистан

**Введение.** Несмотря на определенные успехи современной медицины в области колопроктологии, послеоперационные осложнения остаются одним из серьёзных проблем детской хирургии.

**Материал и методы.** В клинической базе кафедры детской хирургии Бухарского государственного медицинского института в период 2018-20 гг. лечение получили 387 больных с различными хирургическими патологиями ободочной кишки и аноректальной области. Мальчиков было 198 (51,2%), девочек 189 (48,8%). Из них болезнь Гиршпрунга диагностировано у 8 (2,1%) больных, у 6 (1,5%) больных диагностировали долихосигму. В анамнезе у этих больных наблюдались клинические признаки колостазы, по поводу которого неоднократно лечились в стационарных и амбулаторных условиях, клинического эффекта от полученных процедур не наблюдалось. И этим пациентам по показаниям в различные периоды жизни проведено оперативное вмешательство в экстренном или в плановом порядке.

**Результаты исследования:** Кроме общеклинических исследований, для определения патологий в толстом кишечнике производили обзорную рентгенографию брюшной полости, ирригографию в момент заполнения и после опорожнения в различных положениях пациента для изучения патологии фиксации и смещений ободочной кишки. Для установления и подтверждения диагноза «аганглиоз толстой кишки» изучали биопсионный материал взятой во время колонофиброскопии. Учитывая клинико-рентгенологический статус и возраст пациентов у 4-х (1,1%) больных с болезнью Гиршпрунга произведено брюшно-промежностная проктопластика по методу Сааве-Бале, у 1-го (0,3%) больных для лечения данной патологии использовано трансанальное низведения и удаления аганглианарной части толстого кишечника по De la Torre-Mondragón. У 3-х (7,8%) больных с долихосигмой произведено частичная резекция удлиненной части сигмовидной кишки, с последующем наложением анастомоза «конец в конец». Ранний послеоперационный период у прооперированных больных протекало относительно благоприятно. Больных в течение 5-6 суток содержали на парентеральном питании, нутритивная поддержка осуществлялась с учетом потребностей в пищевых ингредиентах и жидкостях. С профилактической целью всем прооперированным больным назначали цефалоспорины IV-поколения, в/в метрогил и макролиды в возрастных дозировках с учетом этиологии возможных послеоперационных осложнений со стороны послеоперационной раны и для предупреждения сепсиса. Для стабилизации микробиоценоза в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) назначали пробиотики и зубиотики с учетом клинико-лабораторных показателей. Назначали препарат «Лактофильтрум» для детоксикации и выведения шлаков из ЖКТ. У всех наблюдаемых больных послеоперационные раны в брюшной стенке зажило первичным натяжением. Из местных осложнений в ранние сроки после операции по методике Соаве-Бале значимым являлось перианальное поражение кожи. Это осложнение у всех детей было связано в основном с увеличенной частотой и консистенцией стула и в ряде наблюдений объяснялось течением послеоперационного энтероколита. Воспалительные осложнения развились у 2-х детей на фоне мацерации. Транзиторное недержание кала отмечалось у 2 (0,5%) больных в сроки до 4 недели после операции.

**Вывод:** Таким образом, своевременно установленный диагноз и правильно выбранная тактика лечения позволяют существенно уменьшить число септических осложнений, и улучшить исходы лечения, что положительно сказывается на качестве жизни прооперированных больных.

## К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЗАРАФШАНСКОЙ ДОЛИНЕ.

Рахимов А.У<sup>1</sup>, Азизов М.К.<sup>2</sup>

Проф. Кафедры нефрологии, гемодиализа и трансплантации почки ТашИУВ<sup>1</sup>,  
главный врач Самаркандского  
областного центра педиатрии<sup>2</sup>.

Организация педиатрической службы в г. Самарканде и области была налажена раньше хирургической. В СамМИ были кафедры педиатрии, затем был организован факультет педиатрии. Первым деканом педиатрического факультета был проф. Н.М.Камалов. Через несколько лет была организована кафедра детской хирургии, ее создание было поручено доценту Ахмедову М.А. Сотрудниками стали доц. Бекмурадов У.Б., асс. Асадулина М.Г., Дудоров Н.Е. Самым молодым ассистентом был Шамсиев А.М. Позже была принята на работу доц. Клименко Л.А. В аспирантуре был Ахмеджанов И.А., была открыта клиническая ординатура, выпускником которой был автор этих строк. Не останавливаясь на исторических пережитках перечислю хирургические достижения кафедры, которых достиг молодой коллектив. Возможно эти оперативные вмешательства и были раньше сделаны в стационарах для взрослых больных, но я буду писать о тех, которые были произведены коллективом кафедры.

По хирургии новорожденных

Врожденная пупочная грыжа. Было налажено оперативное вмешательство при маленьких грыжах, а при больших паллиативное лечение с последующим оперативным вмешательством.

Атрезии прямой кишки и анального отверстия. Было налажено обследование по Вангенстину, затем пластика по различным авторам.

Атрезии пищевода и свищи трахеопищеводные. Эти операции были сложными, обследование их и лечение было невозможно без помощи сотрудников кафедры анестезиологии и реаниматологии. Надо отдать должное проф. Борухову С.А. со своими сотрудниками, которые так же налаживали детскую анестезиологию и реаниматологию почти на ощупь, на основании литературных данных и своего опыта по лечению взрослых.

Пилоростеноз. Операции Вебера-Рамштеда. Обследование и определение патологии, а затем оперативное вмешательство то же было впервые и дало хорошие результаты.

Были так же проведены обследование и оперативное вмешательство новорожденных с отсутствием выделения мочи. При рентгенобследовании выявлялось наличие конкрементов и их оперативное удаление.

Врожденная атрезия желчного пузыря и желчных ходов. Так же было налажено обследование и их оперативное лечение.

Врожденные диафрагмальные грыжи. Их обследование и лечение первых больных было произведено совместно с московскими коллегами. Проф. Ахмедовым М.А. был приглашен проф. Гераськин В.И., с которым Махмуджон Ахмедович и провел первую операцию. Так же совместно с ним была произведена первая операция при болезни Гиршпрунга – по Дюамелю в модификации Исакова Ю.Ф.

В грудничковом возрасте и старше были налажены оперативные вмешательства у больных с инвагинацией кишечника. Эта патология была для нас внове, очень трудна была ее диагностика, мы ночами просиживали в рентген кабинете, проводя диагностические исследования. Проведение у таких больных резекции и наложения кишечных швов стали еще одним этапом в развитии хирургии детского возраста. Таким образом, в течении нескольких лет, новообразованной кафедрой удалось наладить и провести оперативные вмешательства при значительной врожденной патологии у детей, а так же при приобретенных заболеваниях.

Были достигнуты большие успехи в лечении гнойно-воспалительных заболеваний у детей. В те времена была значительной патология связанная со стафилококковой инфекцией. Стафилококковые деструкции легких, гематогенный остеомиелит заполонили отделения детской хирургии. Очень большой была смертность среди больных с деструктивными процессами в легких. В победе над этой патологией большая роль сыграли работы и исследования доц. Шамсиева А.М., проблеме которой была посвящена его докторская диссертация.

Коллектив кафедры уделял значительное внимание и гнойной патологии. Была разработана методика внутрикостного установления игл при гематогенном остеомиелите, внутрикостное дренирование и промывание растворами антисептиков и антибиотков.

Еще одно новшество было проведено на кафедре. При гнойно-септической форме гематогенного остеоиелита наблюдались такие осложнения как гнойные плевриты и перикардиты. Проф. Ахмедовым М.А. была проведена пункция перикарда и дренирование полости при гнойном процессе. 21 случай дреирования полости перикарда было опубликовано во Всесоюзном журнале «Хирургия». В журнале «Травматология и ортопедия» были опубликованы результаты хирургического вмешательства при остеомиелите.

Следует отметить, что уже в первые 10-15 лет своей деятельности коллективу кафедры удалось опубликовать несколько статей во Всесоюзных журналах, до 100 статей в республиканских и местных изданиях, издать свыше 30 методических рекомендаций, получить патенты на 7 изобретений по различным областям детской хирургии.

## ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ УРЕТЕРОПЛАСТИКА ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ МЕГАУРЕТЕР У ДЕТЕЙ

**Рахматуллаев А.А, Алиев М. М, Рузиев М. Ю, Эргашев М. Т.**

Ташкентский педиатрический медицинский институт  
Республиканский Специализированный научно-практический  
медицинский центр педиатрии, Ташкент, Узбекистан

**Актуальность.** В последние года расширяется круг специалистов утверждающих, что у группы детей раннего возраста неретрофлексированный мегауретер не требует хирургического лечения, а расширения мочеточника бесследно исчезают со временем, причину которого объясняют незрелостью УВС. Однако, сроки исчезновения мегауретер довольно вариабельны и могут длиться от 1 до 3-х лет. Совершенно очевидно, что нарушения пассажа мочи столь длительное время не проходят бесследно для почек.

**Цель.** Оценить эффективность восстановления уродинамики при мегауретер после трансуретральной эндоскопической коррекции уретероветикального сегмента (УВС).

**Материалы и методы.** Обследовано 137 больных в возрасте от 1 до 3 лет со стенозом интрамуральной и околопузырной части мочеточника на протяжении  $3 \pm 0,8$  мм, госпитализированных в отделение детской хирургии РСНПМЦ Педиатрии. Всем больным была проведена трансуретральная коррекция путем баллонной дилатации суженного участка УВС с низким стентированием мочеточника. При цистоскопии в устье мочеточника проводили гибкий проводник на глубину 5-6 см и надували катетер баллон до 4-6 АТМ/бар. УВС дилитировали до 6-8 СН под визуальным и С агм контролем. Далее по проводнику при помощи «толкателя» устанавливали полиуретановый антирефлюксный стент с диаметром 4-5 СН в нижний полюс мочеточника на 15-20 дней.

**Результаты.** Мегауретер, обусловленный обструкцией УВС оценивали согласно классификации, предложенной D. Veurton (1986). Так, мегауретер IА степени был диагностирован у 15 (10,9%), IВ степени - у 41 (29,9%), II степени - у 62 (45,3%), III степени - у 19 (13,9%) больных. Эффективность вмешательства в ранние сроки после стентирования оценивали по регрессии мочевого синдрома и доплерометрии пузырно-мочеточникового выброса мочи. В ранние сроки после вмешательства показатели доплерометрии достоверно улучшились, частота выброса за 1 мин. составила  $3,2 \pm 0,3$ ,  $T_c 1,74 \pm 0,07$  сек,  $V_{max} 0,35 \pm 0,03$  м/с. Мочевой синдром отмечен у 4 (3,7%) больных, который купировался к моменту выписки.

В отдалённые сроки у 122 детей с IА, IВ и II степенью отмечалась стабильная ликвидация мочевого синдрома, атакже сокращение мочеточника и коллекторной системы почек. У 6 (4,3%) детей с III степенью мегауретера была отмечена лишь тенденция к сокращению мочеточника, у 2 (1,7%) детей со II степенью мегауретера развился пузырно-мочеточниковый рефлюкс III степени. Им была проведена трансуретральная имплантация объёмобразующего вещества, в результате которого ПМР и мочевого синдром были ликвидированы.

**Вывод.** Трансуретральная уретеропластика при обструктивном мегауретере с низким антирефлюксным стентированием у детей наиболее эффективна при IА, IВ и II степени мегауретера.

## ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОНТАКТНАЯ ЛАЗЕРНАЯ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИЯ У ДЕТЕЙ

Рахматуллаев А.А, Рузиев М.Ю, Олимов Ш.О.

Ташкентский педиатрический медицинский институт  
Республиканский Специализированный научно-практический  
медицинский центр педиатрии, Ташкент, Узбекистан

**Актуальность.** На сегодняшний день ведущую позицию в лечении мочекаменной болезни занимают современные технологии, благодаря которым существенно снизилась частота послеоперационных осложнений.

**Цель:** изучить эффективность применения эндовидеоскопической трансуретральной ретроградной контактной гольмиево-лазерной уретеролитотрипсии при камнях мочеточника у детей.

**Материалы и методы.** Обследовано 147 больных в возрасте от 2 до 11 лет, госпитализированные в отделение детской хирургии РСНПМЦП. Среди обследованных преобладали мальчики (59,1%). Всем больным проведена эндовидеоскопическая трансуретральная ретроградная контактная гольмиево-лазерная уретеролитотрипсия. Для эндоскопического лечения использовали ригидный и гибкий уретероскопы 7СН фирмы KARLSTORZ (Германия) и гольмиево-лазерный аппарат ACCUTECH 80W (Китай). После контактной литотрипсии камней мочеточника был установлен полиуретановый антирефлюксный стент с диаметром 5СН, сроком на 7-10 дней.

**Результаты.** Среди обследованных обтурирующие камни верхней трети мочеточника встречались у 15% больных, средней трети мочеточника - у 25% больных, нижней трети мочеточника - у 60% детей. При контактной литотрипсии камни были раздроблены на мелкие фрагменты до 3мм, и в последующем удалены при помощи камнезахватывающих щипцов и петли Dormi.

Оценку эффективности вмешательства проводили по данным УЗИ МВП, доплерометрии мочеточникового выброса мочи, обзорной урографии и регрессии мочевого синдрома.

В ранние сроки после вмешательства показатели доплерометрии выброса мочи достоверно улучшились, частота выброса за 1 мин составила  $3,4 \pm 0,2$ ,  $Tc 1,82 \pm 0,08$  сек,  $V_{max} 0,41 \pm 0,03$  м/с. Мочевой синдром отмечался у 11,1% больных, причиной которого явилась экскреция мельчайших фрагментов раздробленных камней в виде песка, который купировался к моменту выписки.

В отдалённые сроки у всех детей была отмечена стабильная ликвидация мочевого синдрома и отсутствие резидуальных камней мочевыводящих путей.

**Вывод.** Малоинвазивная эндоскопическая трансуретральная лазерная контактная уретеролитотрипсия дает возможность дробления камней разного размера, предотвращает интраоперационные осложнения (кровотечение), уменьшает сроки дренирования и пребывания в стационаре.

## ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЛЁГКИХ У ДЕТЕЙ

Рахматуллаев А.А., Хуррамов Ф.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Пороки развития легких составляют значительную группу в структуре хронической бронхолегочной патологии у детей. По данным литературы и собственных наблюдений, частота пороков развития легких у детей колеблется от 10 до 20%, что связано с недостаточно четкими критериями их диагностики.

Цель исследования – анализ результатов диагностических методов исследования при пороках развития лёгких у детей.

Материалы и методы. В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ пролечено 78 детей с пороками развития бронхолегочной системы. Мальчиков было – 46 (59%), девочек – 32 (41%). Из них врождённые кисты лёгких – 27 (35%), врождённая лобарная эмфизема – 13 (16,6%), КАМЛ – 18 (23%), гипоплазии – 8 (10,2%), бронхогенные кисты – 6 (7,6%), агенезия лёгких – 2 (2,5%), синдром Картагенера – 1 (1,2%), секвестрация лёгких – 1 (1,2%), трахеопищеводные свищи – 1 (1,2%), артериовенозная мальформация – в 1 (1,2%) случае. При антенатальном УЗИ исследовании беременных в 32 случаях выявили различные пороки развития лёгких: КАМЛ в 16 случаях, секвестрации лёгких – 9, кисты лёгких – 5, бронхогенная киста – 2, хилоторакс – 1. В постнатальном периоде при антенатально выявленных случаях и у детей более старших лет для уточнения видов порока проводили комплексное рентгенологическое обследование (рентгенография, МСКТ, МСКТ-ангиография, бронхография), ЭХО-КГ, УЗИ и морфологические исследования. Окончательный диагноз ВПР лёгких поставили после гистологического исследования поражённого участка лёгких.

Результаты и обсуждения. С внедрением целенаправленного антенатального исследования беременных для выявления врожденных аномалий у плода, число диагностированных случаев аномалий развития легких увеличилось. При обследовании 8540 беременных у 32 (0,3%) плодов выявлен специфические и косвенные эхоскопические признаки характерные для бронхолегочных аномалий. В 12 (37%) случаях диагноз был подтвержден постнатально результатами комплексного обследования.

Всем больным проведено комплексное клиничко-лабораторное, функциональное, рентгенологическое и инструментальное (ЭКГ, УЗИ, ЭХО-КГ, бронхоскопия, бронхография, МСКТ) обследование. У антенатально диагностированных детей даже при отсутствии клинических и рентгенологических проявлений в обязательном порядке проводили МСКТ исследования. У более старших детей причиной поздней диагностики у антенатально не диагностированных пороков развития легкого, являлся бессимптомное течение ряда аномалий до момента развития осложнений. При КАМЛ и лобарной эмфиземе для постановки и дифференцировке диагноза применяли в обязательном порядке обзорную рентгенографию и МСКТ. В случаях КАМЛ отмечалась преимущественно поражения нижних долей, у 65% случаев справа. При гипоплазиях кроме рентгенографии и МСКТ проводили бронхографическое исследования для окончательного определения объёма резекции. В одном случае с артериовенозной мальформацией у 5 месячного ребёнка проводили МСКТ ангиографию, что позволила дифференцировать от других пороков. В случае с трахеопищеводным свищом для окончательной диагностики применяли МСКТ с контрастированием пищевода, при котором выявили поступление контраста в дыхательные пути через соустье на уровне бифуркации трахеи.

Заключение. Таким образом, ультразвуковой скрининг с периода 18-20 недель беременности является высокоэффективным методом диагностики большинства пороков бронхолегочной системы, что позволяет корригировать порок в раннем постнатальном периоде до появления осложнений. Основным методом диагностики на постнатальном этапе при пороках бронхолегочной системы является МСКТ, имеющая высокую степень диагностической достоверности.



## ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ И МЕМБРАНОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ОПГ- ГЕСТОЗОМ.

Саёра О.Р., Ишкабулова Г.Дж.

Студентка 403 группы мед. пед. факультета  
Ташкентской Медицинской Академии

Цель исследования. Определить эффективность антиоксидантной и мембрано-протекторной терапии у новорожденных рожденных от матерей с ОПГ-гестозом.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением находились 34 новорожденных от матерей с ОПГ(отёки, протеинурия, гипертония) - гестозом сочетанным хроническим пиелонефритом. Контрольную группу составили 22- новорожденных от здоровых матерей при физиологическом течении беременности и родов.

В основной группе задержка внутриутробного развития (ЗВУР) отмечена у 39%, половина детей родились (48%) в тяжёлом (4-5 баллов по шкале Апгар), 38% в состоянии средней тяжести (6-7 баллов). Снижение или отсутствие отдельных рефлексов врождённого автоматизма наблюдались у 37%, тремор конечностей и подбородка у 47,8%, цианоз носогубного треугольника у 67,4, отёчный синдром у 18, т.е. у новорожденных с фетопатией отмечен высокий риск развития дисадаптационных синдромов. Анализ адаптивных способностей гомеостатических функций почек у исследуемых проводился на 2, 5, и 7 сутки жизни. Наряду с антропометрическими и клиническими исследованиями собирали суточную мочу, в которой определяли креатинин, мочевины, мочевую кислоту, натрия, калия, уровня экскреции с мочой аммиака и титруемых кислот.

Результаты исследования: Результаты показали, что фетопатия у новорожденных от матерей у новорожденных от матерей с сочетанным ОПГ- гестозом характеризуются низкими показателями фильтрационно-реабсорбционной, осморегулирующей и ацидогенетической функции почек и высокой частотой отёчного синдрома. Снижен уровень общих фосфолипидов ( $28,6 \pm 2,1$  ммоль/л при норме  $38,7 \pm 1,13$  ммоль/л), фосфоэтаноламина ( $14,7 \pm 0,4\%$  при норме  $22,5 \pm 1,27\%$ ), повышен лизофосфатидилхолин ( $15,1 \pm 0,8\%$  при норме  $4,0 \pm 0,31\%$ ), что указывает на наличие глубоких изменений в структуре цитомембран у исследующих новорожденных. Эти данные нацеливают на необходимость данной антиоксидантной и мембранопротекторной корректирующей терапии.

В связи с отмеченными в базисную терапию был включен комплекс антиоксидантов (аскорбиновая кислота 0,001/кг, витамин Е 5мг/кг/сут., глутаминовая кислота в дозе 0,05/кг). Несмотря на положительную динамику полученный результат был нестабилен. С учётом изложенных 17 новорожденным из этой группы был назначен дополнительно димефосфон из расчёта 50 мг/кг/сут в течение 6 дней. Результаты всех изучаемых параметров, включая гомеостатические функции почек на 7-е сутки жизни в последней группе наблюдаемых были близки к таковым у здоровых новорожденных к данному сроку жизни.

Выводы. Таким образом, у новорожденных значительное отставание гомеостатической функции почек сопровождается глубокими сдвигами в метаболизме липидов, резкой стимуляцией перекисного окисления липидов, накопления цитотоксических фракций фосфолипидов в клеточных мембранах, что нацеливает на необходимость активной антиоксидантной и мембрано протекторной корректирующей терапии с первого дня жизни.

## ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ДИСПЛАЗИИ ПУЗЫРНОГО СЕГМЕНТА МОЧЕТОЧНИКОВ У ДЕТЕЙ.

Саидов М.М.

Кафедра детской хирургии  
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»  
ГУ НМЦ РТ «Шифобахш»

Цель исследования: Улучшение результатов диагностики и хирургического лечения дисплазией пузырного сегмента мочеточников у детей.

Материал и методы. За 2012-2019 годы в клинику детской хирургии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» на базе ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» поступили 117 (100%) детей с дисплазией пузырного сегмента мочеточника. Возраст детей составил от 1 года до 3 лет-50(42,7%), от 4 до 7 лет-42(35,8%), от 8 до 15 лет-25(21,3%). Городские-36(30,7%), сельские-81(69,2%). Мальчики-91(77,7%), девочки-26(22,2%). Двустороннее поражение у 60(51,2%) детей, правостороннее поражение у 35(29,9%) и левостороннее поражение отмечено у 22(18,8%) детей. Больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 74(63,2%) больных, которым была поражено только пузырно-уретеральный сегмент мочеточников. С последующим улучшением общего состояния и ликвидацией вторичного пиелонефрита детям выполняли радикальную, реконструктивную операцию-цистоуретероанастомоз по методике Политано-Леадбеттера и Коэна. Вторую сравнительную группу составили-43(36,7%) детей, у них имелось различные сопутствующие патологии, которым было проведено одномоментные реконструктивно-восстановительные оперативные лечение в различных модификациях.

Результаты исследования. При изучении результатов лечения у больных, которым была наложена нецистоуретероанастомоз по методике Политано-Леадбеттера и Коэна, только при достаточные объём мочевого пузыря и рпи УГН от I ст. до III ст. получили хорошие результаты. При УГН IV-V ст. и при сопутствующие патологии проведена радикальная реконструктивно-восстановительная оперативное лечение различные модификации с методом клиники и наружное дренированием. В динамике наблюдение на контрольные УЗИ отмечалось сокращение размеров ЧЛС и мочеточника, а в анализах крови нормализация уровня креатинина. У всех детей результаты лечения оценены как хорошие. У детей, которым был выполнен первичный нецистоуретероанастомоз по Политано-Леадбеттера-34(29%) больных, Коэн-40(34,1%), хорошие результаты отмечены у 44(37,6%), удовлетворительные результаты отмечались у 8(29,7%) больных, у них отмечено частое обострение вторичного пиелонефрита. Неудовлетворительные результаты отмечались у 5(18,5%) больных, у которых на УЗИ сохранялись признаки уретерогидронефроза II-III ст. с частыми обострениями хронического пиелонефрита.

У больных второй группе которые одномоментно проводилось несколько оперативное вмешательство и наружные деривации на фоне тяжелых аномалиях развитие особые осложненные не отмечались.

Выводы. Дифференцированный подход по Политано-Леадбеттера и Коэна при УГН I-III степени дают хорошие результаты. При сочетанные пороки с дисплазией пузырного сегмента мочеточника преимущественно с двух сторон, с наличием уретерогидронефроза IV-V степени выполнение одномоментные реконструктивно-восстановительные операции с наружными деривации дают положительное результатов. При крайне тяжелым соматическим фоном, с признаками хронической почечной недостаточности альтернативным методом коррекции порока является наложение уретерокутанеостомы с последующим выполнением радикальной операции.

## ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОМ НЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

Сайфиев Х.Х., Ахмеджанова Н.И., Даминова М.Х  
Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

**Введение.** Несмотря на успехи, достигнутые в диагностике и лечении нефропатий, почти у 25% пациентов продолжается их прогрессирование, что приводит к изменению качества жизни. Цель исследования. Выявить патогенетическую роль молекул повреждения почек и нарушений тубулярных функций при хроническом тубулоинтерстициальном нефрите (ХТИН) у детей с учётом формы заболевания.

**Материал и методы исследования.** В зависимости от клинической формы почечной патологии все больные были разделены на 2 группы: 1 группа - 52 (43%) детей с рецидивирующим ХТИН (рХТИН) 2 группа 68(57%) больных с латентным ХТИН (лХТИН).

**Результаты исследования.** Необходимо отметить, что у больных с рХТИН выявлены более значительные сдвиги осмотического концентрирования мочи, скорости клубочковой фильтрации (СКФ), протеинурии, мочевины, креатинина в крови и в моче, чем у детей с лХТИН, где отмечена относительно выраженная гематурия, что подтверждает ведущую роль асептического воспалительного процесса в изменении тубулоинтерстициальной ткани при нарушениях функции почек, том числе гломерулярных. У больных с рХТИН, в стадии обострения, наблюдаются более выраженные нарушения функционального состояния почек (снижение СКФ, осмолярности мочи, суточного диуреза), при этом, выраженность этих нарушений зависит от формы и степени активности патологического процесса. У больных рХТИН отмечаются более выраженные изменения показателей эндогенной интоксикации (ЭИ), которые нашли отражение в уменьшении общей концентрации альбумина (ОКА), эффективной концентрации альбумина (ЭКА), связывающей способности альбумина (ССА) и стабильном повышении индекса токсичности (Ит), а также в повышении молекул повреждения почек (МП) и ОКА в моче, что определяет важность данного диагностикума.

**Заключение.** У больных рХТИН отмечаются более выраженные изменения показателей ЭИ, которые нашли отражение в уменьшении ОКА, ЭКА, ССА и стабильном повышении содержания ИТ, а также в повышении МПП и ОКА в моче, что определяет важность данного диагностикума.

**ОСТРАЯ ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ****Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Вахидов А.Ш.,  
Эргашев М.Р., Пирназаров И.П.**Республиканский научно-практический центр  
малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста

Актуальность. Диагностика и лечение язвенной болезни желудка и (ЯБЖ) остаётся актуальной проблемой, часто наблюдаются осложнения, требующие участия хирурга. На сегодняшний день клиническое проявление ЯБЖ у детей характеризуется: бессимптомным «немым» началом в течении длительного времени, сменяющиеся острым приступом прогрессирующим развитием грозных осложнений, заканчивающихся нередко хирургическими операциями.

Цель исследования: анализ результатов лечения детей с острой язвой желудка осложнившейся перфорацией.

Материалы и методы исследования. В период с 2014 по 2021 гг. в экстренном порядке в детское хирургическое отделение нашего центра поступило 34 детей в возрасте от 6 до 18 лет с ЯБЖ, у которых болезнь осложнилась перфорацией язвы и развитием перитонита, из них мальчиков было – 28 (82,4%) и 6 (17,6%) девочки.

На диагностическом этапе больным были выполнены клинико-биохимические анализы крови, обзорная рентгенография и УЗИ органов брюшной полости, ФЭГДС.

Результаты и обсуждение: У большинства детей 29 (85,3%) заболевание было выявлено впервые, только 5 (14,7%) экстренно госпитализированных в отделение детской хирургии детей наблюдались гастроэнтерологом с диагнозом ЯБЖ, хроническое течение.

Сроки обращения детей за медицинской помощью, от начала возникновения болевого синдрома варьировали: от 1 до 4 часов – 8 (53,3%) детей, от 5 до 9 часов – в 4 (26,6%), от 10 до 13 часов – в 2 (13,3%), и давностью до 24 часов – 1 (6,6%).

Клинические симптомы перфорации и кровотечения как острые «кинжальные» боли, рвота темно-коричневой массой (по типу «кофейной гущи»), дегтеобразный стул, слабость, головокружение, характерное положение больного – согнутые в коленях ноги к животу, тошнота, лихорадка, напряжение мышц передней брюшной стенки, частый пульс, бледность кожи, повышенная потливость, установленный на обзорной рентгенографии органов брюшной полости – положительный симптом «серпа», и уровни свободной жидкости в брюшной полости правило не вызывали сомнения о наличии катастрофы в брюшной полости «перитонит».

После установления диагноза и непродолжительной предоперационной подготовки в течении 2-3 часов, 14 (93,4%) больным было выполнено лапароскопическое ушивание перфорации желудка, в 1 (6,6%) случае по техническим причинам была выполнена конверсия и ушивание перфоративной язвы традиционно через лапаротомный доступ. Ушивание проводилось викрилом № 3/0 двухрядным швом, с последующей перитонизацией сальником. Язвенные дефекты, как правило, были небольших размеров от 3 до 8 мм в диаметре. Перфорации были обнаружены у 27 (79,4%) детей – в пилорическом, у 7 (20,6%) детей – в антральном отделе желудка.

В раннем послеоперационном периоде всем больным проводилась противоязвенная терапия. Осложнений в раннем послеоперационном периоде у наших пациентов не наблюдалось. После выписки из клиники, дальнейшее лечение больным было рекомендовано проводить под наблюдением гастроэнтеролога.

Вывод. Таким образом, результаты наших наблюдений свидетельствуют о том, что у детей с перфорацией язвы желудка, в большинстве случаев (86,6%) наблюдалось отсутствие клинически язвенного анамнеза. В подавляющем большинстве случаев (82,4%) это были мальчики подростки.

Лапароскопическое ушивание перфоративных язв имеет выгодные преимущества по сравнению с традиционным лапаротомным ушиванием: существенно сокращаются сроки пребывания больных в стационаре и снижаются затраты на лечение в связи с ранней активизацией больного, наблюдается хороший косметический эффект.

## ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ДОСТУПЫ ПРИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ЭХИНОКОККЭКТОМИЯХ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Салимов Ш.Т., Усманов Х.С.

Ташкентская медицинская академия. Республиканский научно-практический центр малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста. Ташкент. Узбекистан.

**Введение.** Научные работы по эхинококкозу, опубликованные за последние десятилетия, свидетельствуют о том, что интерес к этой проблеме не угасает, а напротив принимает статус одной из актуальных проблем, как в детской, так и в общей хирургии (Каримов Ш.И. с соавт., 2000, Кулакеев О.К. с соавт., 2001, Dhaliwal R.S.et. all, 2009). Методы хирургического лечения эхинококкоза можно условно разделить на традиционные (открытые) и малоинвазивные (закрытые). Малоинвазивные, в свою очередь, подразделяются на пункционные процедуры, лапаро- и -торакокопические операции.

Вопрос о создании эндоскопического доступа (ЭД) к органам грудной полости при видеоторакокопических операциях представляется важным и не до конца изученным. Хотя вопросы с ЭД довольно широко обсуждаются, в доступной литературе мы не нашли точных параметров доступа к тем или иным органам плевральной полости. Опубликованные работы касаются ЭД к органам забрюшинного пространства, брюшной полости, средостения. Как правило, исследования в плевральной полости касаются лишь размещения первого торакопорта для торакоскопа, нет четких критериев, определяющих точки для введения инструментов при операциях в ней.

**Материалы и методы.** В своей практике в дальнейшем, зная оптимальные параметры ЭД, мы на основе стереометрической модели грудной клетки, полученной на основе реконструкции снимков на МСКТ фирмы «Phillips» с программным продуктом Soft-4, попытались определить наиболее оптимальные зоны установки торакопортов. При этом условно объект вмешательства рассматривали в верхнем, среднем и нижнем этажах легких. К верхнему этажу относили 1,2,3 сегменты легкого, к среднему 4,5,6,7 (в левом легком язычок). Нижний этаж подразделяли на передний и задний. К переднему отнесли 8 и 9 сегменты, а к заднему – 10.

Так, для проведения ВТВ в верхнем этаже плевральной полости для нормостенического типа грудной клетки оптимальными зонами введения троакаров были: для оптики - V межреберье по передней подмышечной линии, для рабочих троакаров – V межреберье по задней подмышечной линии и III межреберье по парастернальной линии. Для гиперстенического типа: для оптики - V межреберье по передней подмышечной линии, для рабочих троакаров – IV межреберье по задней подмышечной линии и III межреберье по парастернальной линии. Для астенического типа: для оптики - VI межреберье по передней подмышечной линии, для рабочих троакаров – V межреберье по задней подмышечной линии и III межреберье по парастернальной линии.

Для проведения ВТВ в среднем этаже плевральной полости для нормостенического типа грудной клетки оптимальными зонами введения троакаров были: для оптики - V межреберье по задней подмышечной линии, для рабочих троакаров – V и III межреберья по среднеключичной линии. Для гиперстенического типа: для оптики - V межреберье по задней подмышечной линии, для рабочих троакаров – IV и II межреберья по среднеключичной линии. Для астенического типа: для оптики - V межреберье по задней подмышечной линии, для рабочих троакаров – VI и III межреберья по среднеключичной линии.

Для проведения ВТВ в нижнем этаже плевральной полости спереди для нормостенического типа грудной клетки оптимальными зонами введения троакаров были: для оптики - V межреберье по передней подмышечной линии, для рабочих троакаров – V межреберье по задней подмышечной линии и III межреберье по среднеключичной линии. Для гиперстенического типа: для оптики - V межреберье по передней подмышечной линии, для рабочих троакаров – IV межреберье по задней подмышечной линии и в III межреберье по среднеключичной линии. Для астенического типа: для оптики - V межреберье по передней подмышечной линии, для рабочих троакаров – VI межреберье по задней подмышечной линии и III межреберье по среднеключичной линии.

Для проведения ВТВ в нижнем этаже плевральной полости сзади для нормостенического и астенического типов грудной клетки оптимальными зонами введения троакаров были:

для оптики - V межреберье по задней подмышечной линии, для рабочих троакаров – III межреберье по передней подмышечной линии и V межреберье по среднеключичной линии. Для гиперстенического типа: для оптики - V межреберье по задней подмышечной линии, для рабочих троакаров – III межреберье по передней подмышечной линии и IV межреберье по среднеключичной линии.

При необходимости миниторакотомии ее выполнение было оптимальным для верхнего этажа в IV, в среднем этаже - в V, в нижнем этаже спереди в VI, а сзади в VII межреберьях в зоне, лежащей между задней и передней подмышечной линиями. При этом максимально старались избегать пересечения мышц (мышечные волокна раздвигались послойно, кроме межреберных мышц).

Для того чтобы уже дооперационно знать оптимальные зоны введения троакаров при выполнении ВТВ при той или иной патологии нами условно плевральная полость, полученная путем реконструкции снимков на МСКТ, разделена на 4 этажа: верхняя, средняя и нижняя, в которой мы еще выделили переднюю и заднюю поверхности. Необходимо отметить, что чем на большее число этажей мы делим плевральную полость, тем оптимальны искомые нами зоны введения троакаров. Кроме деления на этажи каждую грудную клетку мы рассматривали еще и с позиции ее типа.

Результаты. На основе имеющихся нескольких вариантов зон введения троакаров выбирали наиболее оптимальный в каждом конкретном случае. То есть оптимальные зоны введения троакаров нами определены в зависимости от типа грудной клетки и локализации объекта вмешательства.

Заключение. Сравнительный анализ ближайшего послеоперационного периода показывает высокую эффективность предложенных новых хирургических подходов по сравнению с другими традиционными способами эхинококкэктомии лёгких.

## ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТА, ОБУСЛОВЛЕННОГО ДИВЕРТИКУЛИТОМ МЕККЕЛЕВ У ДЕТЕЙ

Сафаров А.С., Корохонов А.Т., Бокиев Ф.Ш.  
Кафедра детской хирургии ГОУ «ТГМУ им  
Абуали ибни Сино». Душанбе. Таджикистан.

**Цель:** Проанализировать результаты хирургической тактики лечения перитонита, обусловленного дивертикулитом Меккелев у детей.

**Материал и методы:** Мы проанализировали результаты лечения 13 больных детей с перитонитами, обусловленными дивертикулитом Меккелев. Возраст детей колебался от 1 года до 15 лет. Мальчиков было 8-61,5%, девочек 5-38,5%. До 3-х лет был один ребёнок, что составило 7,7% случаев. От 3-х до 7 лет было 3-23,1% больных. Больных детей от 7 до 15 лет-9-69,2% случаев. В большинстве случаев больные дети поступили позже 3-х дней-10 больных-77%. Диагноз до операции у всех больных детей был «Острый аппендицит. Перитонит». Диагностика заболевания была основана на клинических синдромах: распространённые боли в животе, тошнота, рвота, гипертермия, диарея. УЗИ исследования органов брюшной полости, где выявлен пневматоз кишки со скоплением экссудата в межпетлевых пространствах. В 5 случаях скопление экссудата в боковых каналах, полости малого таза, отмечались парезы кишечника с инфильтрацией стенки кишки. Во всех случаях имел место лейкоцитоз от 10 до 14 тыс. При обследовании больных детей обратили внимание на отставание живота в акте дыхания напряжений мышцы передней брюшной стенки, чаще всего по всему животу с положительным симптомом раздражения брюшины. Наряду с этими имелось место выраженной картинки эксикоза с токсикозом выражающиеся в гемоконцентрации, высокая температура, гипокалимия, гипопротенемия, что потребовалось проведение предоперационной подготовки, с целью восполнения объема циркулирующей крови, улучшения микроциркуляции, снижения температуры тела.

**Результаты:** Оперативное вмешательство состоялось из срединной лапаротомии, где в большинстве случаев имела место картина общего перитонита в 9 (69,2%) случаях, разлитой перитонит установлен в 2-х случаях, диффузный в одном случае. Тактика хирургического лечения заключалась в зависимости от распространённости перитонита и выраженности изменений в стенках кишечника. Исходя из этого, клиновидная резекция дивертикула Меккелев с цекастомой при диффузном перитоните осуществлена в одном случае. В 5 случаях резекция тонкого кишечника с деструктивным дивертикулом заканчивалась наложением анастомоза тонкой кишки конец в конец. В 6 случаях при осложнённом перитоните оперативное вмешательство заключалось в резекции тонкого кишечника вместе с деструктивным дивертикулом с созданием Т-образного анастомоза в 2-х случаях, в 4-х случаях наложили энтеростому. Искусственные кишечные свищи ликвидировались в следующие сроки: цекастома спустя 3-месяца внебрюшным методом, энтеростома спустя 4-5 месяцев внутрибрюшным методом. Все дети выздоровели. Следует отметить, что все дети находились под пристальным вниманием лечащих врачей и ими проводилось лечение с целью восстановления функции кишечника и рассасывания инфильтратов и спаек. Ближайшие и отдаленные сроки наблюдения больных от 1 го года до 5 лет подтвердилось эффективностью проведённой дифференцированной тактика лечения данной группы больных детей.

**Заключение:** 1. Перитонит, обусловленный Меккелев дивертикулитом, не имеет специфических симптомов и чаще всего больные дети прооперированы по поводу острого аппендицита и перитонита.

2. Дифференцированная тактика хирургического лечения и декомпрессия кишечника, различными способами наложений искусственных свищей в зависимости от тяжести течения перитонита, обеспечивает современное восстановление функции кишечника и уменьшает риск развития многих осложнений

## СТАНДАРТЫ ПИТАНИЯ У РЕАНИМАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ

Собиров М.С., Маматов Б.Ю., Муминов Б.Э.,  
Абдуллаев А.С., Эргашев Х.М., Махсудов А.Т.  
Андижанский государственный медицинский  
институт кафедра анестезиологии – реаниматологии

Энтеральное питание сегодня стало неотъемлемой частью комплексного лечения больных в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Согласно отечественным данным, сегодня его получают, в среднем, около 60% больных, находящихся в ОРИТ. В последние годы все чаще используется сипинг – пероральное применение смесей для энтерального питания. Ограничениями для использования данного метода являются полная утрата сознания, стойкие нарушения глотания, непроходимость верхних отделов пищеварительного тракта, явная угроза аспирации и асфиксии.

Обычное питание (диета) не подходит для большинства пациентов, длительно находящихся в ОРИТ. Причинами этого является то, что блюда из обычных продуктов питания, несбалансированы по составу, нестерильны, нестандартизованы и не имеют в составе всех необходимых нутриентов (в частности, омега-3 жирных кислот, микроэлементов, витаминов и др.). Стоимость этих пищевых продуктов сопоставима, а иногда и превосходит стоимость энтерального питания. Поэтому во многих странах для проведения энтерального питания у реанимационных больных рекомендуется использовать специальные смеси для энтерального питания. Они имеют строго сбалансированный химический состав, оптимальную осмолярность, удобную форму для применения и невысокую стоимость.

Для проведения зондового питания используются гастроинтестинальные зонды из различных материалов – поливинилхлорида, силикона или полиуретана. Длительность использования этих зондов, в зависимости от материала, из которых они изготовлены, составляют от 5-10 суток (для поливинилхлорида) до максимально 30-45 суток (для силикона или полиуретана).

Наиболее предпочтительным способом обеспечения длительного энтерального питания в настоящее время является перкутанная (чрескожная) эндоскопическая гастростомия (ПЭГ). При ее проведении частота осложнений обычно не превышает 1-4%, в то время как осложнения при хирургической гастростомии выше в 2-3 раза и более серьезны (ESPEN, 2011). Постановка ПЭГ рекомендована, если энтеральное питание через зонд продолжается дольше 1 месяца (у детей – дольше 2 месяцев). Показаниями для ПЭГ являются длительные нарушения сознания и глотания (тяжелые инсульты, травмы головного мозга, вегетативные состояния, рассеянный склероз, миастения, болезни Паркинсона и Альцгеймера и т.п.). Кроме того, ПЭГ проводится у пациентов с тяжелыми травмами лица, глотки и пищевода, опухолями верхних отделов пищеварительного тракта, синдромом короткой тонкой кишки, муковисцидозом и т.д.

Разработаны и предлагаются различные стандарты проведения энтерального питания. Рекомендовано начинать энтеральное питание пациентов, которые не могут питаться самостоятельно в ОРИТ в течение 3-х дней. Дополнительно в число показаний для энтерального питания включают наличие у больных выраженного катаболизма (тяжелые травмы, ожоги, обширные операции, сепсис), резекцию тонкой кишки, анорексию, исходно имеющиеся нарушения питания (истощение, саркопению, кахексию).

При проведении энтерального питания в ОРИТ необходимо избегать и гипералиментации. В острую фазу заболевания необходимо обеспечить поступление 20-25 ккал на 1 кг массы тела больного в сутки, а в фазу стабилизации – 25-30 ккал на 1 кг массы тела в сутки. Пациентам с сахарным диабетом 1 или 2 типа, стрессорной гипергликемией, черепно-мозговой травмой, инсультами рекомендуется назначать специальные «диабетические» энтеральные смеси.

В общем, в арсенале врача-реаниматолога на сегодняшний день имеется большое число методов проведения энтерального питания у реанимационных пациентов. Это позволяет существенно сократить частоту осложнений, а также общую летальность пациентов в ОРИТ.



## ДИАГНОСТИКА ТЯЖЕСТИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ПАНКРЕАТИТА НА ОСНОВЕ АКТИВНОСТИ МИЕЛОПЕРОКСИДАЗЫ

Собиров М.С., Маматов Б.Ю., Муминов Б.Э.,  
Абдуллаев А.С., Эргашев Х.М., Хасанов К.У.  
Андижанский государственный медицинский  
институт кафедра анестезиологии – реаниматологии

**Введение.** Активация лейкоцитов, в том числе и нейтрофилов, является одним из основных звеньев патогенеза таких заболеваний как острый панкреатит, пневмония, РДСВ и т.д. Нейтрофилы в своих гранулах содержат ряд ферментов, активация которых приводит к лизису субстратов. Миелопероксидаза, лизоцим, фагоциты и система комплемента участвуют в формировании мощнейшей антимикробной защиты. МПО способна повреждать грамм-положительные и грамм-отрицательные микроорганизмы, грибы, вирусы и микоплазмы. Активность миелопероксидазы в легочной паренхиме увеличивается у пациентов при остром панкреатите и указывает на нейтрофильную секвестрацию и их дегрануляцию. До настоящего времени корреляция между уровнем миелопероксидазы и тяжестью течения острого панкреатита не исследовалась.

**Цель.** Целью исследования является изучение роли МПО при остром панкреатите.

**Материалы и методы.** Мы изучили 36 пациентов с острым панкреатитом. Все пациенты поступали в клинику не позже 24 часов от момента начала заболевания. Острый панкреатит диагностировали исходя из клинических данных, УЗИ органов брюшной полости, повышению уровня амилазы (более чем в 3 раза выше нормы) и липазы (более чем в 2 раза выше нормы). Тяжесть течения по шкале Ranson  $\geq 3$ , по шкале APACHE  $\geq 9$  баллов. Очаги некроза определялись при проведении диагностической лапароскопии. В исследование вошли 24 мужчины и 12 женщины. Средний возраст был 44 года (16-84 года). Алкоголь был ведущим этиологическим фактором у 19 пациентов (18 мужчины и 1 женщины). Алиментарные факторы были выявлены у 12 пациентов. В исследование вошло 5 пациентов с панкреатитом неуточненной этиологии. Пациенты с острым биллиарным панкреатитом были исключены из исследования. В контрольную группу вошло 5 здоровых добровольцев. Уровень миелопероксидазы, интерлейкинов 1 $\beta$ , 6 и 8, TNF фактора (фактор некроза опухолей) определялся в плазме всех пациентов, вошедших в исследование. Забор крови на исследование производился непосредственно при поступлении, на 3, 7 и 14 дни. Уровень цитокинов определялся методом ИФА, а уровень миелопероксидазы определялся с помощью теста Anti-Myeloperoxidase ELISA (IgG).

**Результаты и обсуждения.** В первый день течения острого панкреатита уровень миелопероксидазы в крови был повышен. Уровень миелопероксидазы не превышал 10 нмоль/мл у большинства пациентов со средней степенью тяжести течения острого панкреатита (83,3%), в то время как у пациентов с тяжелым течением уровень МПО колебался от 10 до 20 нмоль/мл. Уровень МПО напрямую коррелировал с уровнем провоспалительных цитокинов обеих групп. Учитывая, что МПО является одним из энзимов, находящихся в азурофильных гранулах, наблюдается прямая корреляция между МПО и количеством нейтрофилов у пациентов с острым панкреатитом ( $r=0.68$ ,  $P < 0.01$ ). У пациентов со средней степенью тяжести течения острого панкреатита данная корреляция была статистически не достоверной. Кроме того, в обеих группах отмечалась обратная корреляция между уровнем МПО и лимфоцитами. В период выздоровления, уровень провоспалительных цитокинов и уровень МПО понижались, а количество лимфоцитов увеличилось. Наиболее высокий уровень миелопероксидазы отмечался при поступлении пациентов в стационар. В последующие дни уровень миелопероксидазы постепенно снижался и возвращался к нормальным цифрам. Уровень МПО постепенно понижается в течение первых трех дней у пациентов с панкреонекрозом. Присоединение РДСВ, вторичных инфекционных осложнений сопровождалось повторным повышением уровня МПО. При стерильном панкреонекрозе уровень миелопероксидазы постепенно уменьшался. Значимое уменьшение уровня миелопероксидазы на первой неделе течения заболевания

напрямую коррелировало со снижением активности нейтрофилов и уровня провоспалительных цитокинов. При присоединении вторичной инфекции, уровень МПО повышался.

Выводы. Количественная оценка миелопероксидазы в первые сутки, наряду с оценкой С-реактивного белка и уровня прокальцитонина позволяет судить о тяжести течения процесса и о распространенности панкреатогенной инфекции. Повышение уровня миелопероксидазы на 4-е сутки и в более поздние сроки как правило указывало на присоединение вторичных инфекционных осложнений, РДСВ, СПОН. Таким образом оценка уровня миелопероксидазы может служить одним из критериев оценки тяжести течения острого панкреатита.

## ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ВАЗОДИЛАТАТОРОВ МАЛОГО КРУГА ПРИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Собиров М.С., Маматов Б.Ю., Муминов Б.Э.,  
Абдуллаев А.С., Эргашев Х.М

Андижанский государственный медицинский институт  
кафедра анестезиологии – реаниматологии

**Актуальность.** Легочная гипертензия (ЛГ), сопровождающая хроническую левожелудочковую сердечную недостаточность, в значительной степени утяжеляет течение основного заболевания. В частности, повышенное давление в легочной артерии (ДЛА) является независимым фактором риска развития периоперационных осложнений и летальности. Возможность контроля ДЛА в дооперационном периоде с помощью вазодилататоров малого круга ограничено Руководством по диагностике и лечению легочной гипертензии Европейского общества кардиологов (2019), согласно которому назначение этих препаратов не показано при недостаточности левого желудочка (класс рекомендаций III). Однако, изучение особенностей воздействия вазодилататоров малого круга на легочную и системную гемодинамику при дисфункции левого желудочка (ЛЖ) остается более чем актуальным. Решение этой задачи возможно при выполнении тестов на обратимость ЛГ, проводимых в обязательном порядке кандидатам на трансплантацию сердца (ТС).

**Цель.** Оценить влияние на гемодинамику оксида азота (NO) и ингаляционной формы илопроста при выполнении теста на обратимость легочной гипертензии (ТОЛГ) у кандидатов на ТС.

**Материалы и методы.** 72 процедуры ТОЛГ были выполнены у 28 кандидатов на ТС. У всех пациентов отмечалась сердечная недостаточность III – IV ФК по NYHA, связанная с ишемической или дилатационной кардиомиопатией. Во всех случаях отмечалась легочная гипертензия с легочным сосудистым сопротивлением (ЛСС) более 2,5 ед. Вуда. В 43 наблюдениях для ТОЛГ использовался NO в виде 20-ти мин ингаляции препарата с концентрацией 60 ppm. В 29 наблюдениях применялась ингаляция 5 мкг илопроста (Вентавис). Показатели гемодинамики оценивались исходно, через 20 мин ингаляции NO или через 15 мин после окончания ингаляции илопроста. Для статистического анализа использовали t – тест для связанных выборок и точный критерий Фишера. Данные представлены в виде  $M \pm SD$

**Результаты.** Между группами не было обнаружено различий в возрасте, тяжести сердечной недостаточности, исходном ЛСС.

Оба вазодилататора вызывали достоверное снижение среднего давления в легочной артерии (ДЛАСр): в группе NO с  $34,3 \pm 9,3$  мм рт. ст. до  $31,9 \pm 10,5$  мм рт. ст. ( $p=0,002$ ), в группе илопроста с  $34,6 \pm 9,1$  мм рт. ст. до  $29,2 \pm 9,1$  мм рт. ст. ( $p<0,0001$ ). Однако, снижение ДЛАСр более 20% было достигнуто в 16 случаях (55,2%) применения илопроста и лишь в 13 случаях (30,2%) использования NO ( $p=0,03$ ). В обеих группах наблюдалось достоверное снижение ЛСС: в группе NO с  $4,8 \pm 2$  ед. Вуда до  $3,6 \pm 1,3$  ед. Вуда ( $p<0,0001$ ), в группе илопроста с  $4,5 \pm 1,6$  ед. Вуда до  $2,9 \pm 1$  ед. Вуда ( $p<0,0001$ ). Падение ЛСС более чем на 20% было отмечено в 24 случаях (55,8%) применения NO и в 24 случаях (82,8%) использования илопроста ( $p=0,02$ ).

Мы обнаружили различия в воздействии NO и ингаляционного илопроста на производительность левого желудочка (ЛЖ). Так, ДЗЛК увеличилось в 20 случаях (46,5 %) применения NO и только в 7 случаях (24,1 %) после ингаляции илопроста ( $p < 0,05$ ). При проведении ТОЛГ с использованием NO не было обнаружено изменений в производительности ЛЖ: исходно индекс ударного объема (ИУО) составлял  $24,5 \pm 8,7$  мл/м<sup>2</sup>, после теста –  $25,3 \pm 8,4$  мл/м<sup>2</sup> ( $p=0,3$ ). Напротив, ингаляция илопроста достоверно увеличивала ИУО с  $24,9 \pm 7,9$  мл/м<sup>2</sup> до  $30,1 \pm 10,2$  мл/м<sup>2</sup> ( $p<0,001$ ). Вероятной причиной повышения производительности ЛЖ было достоверное снижение постнагрузки в ответ на ингаляцию илопроста: исходно общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС) составляло  $1905 \pm 477$  дин\*сек\*см<sup>-5</sup>, после ингаляции илопроста –  $1505 \pm 460$  дин\*сек\*см<sup>-5</sup> ( $p<0,0001$ ). При проведении ТОЛГ с NO ОПСС достоверно не изменялось.

**Выводы.** 1. Вазодилататоры малого круга различаются по своему воздействию на

гемодинамику пациентов с недостаточностью ЛЖ.

2. Применение как NO, так и ингаляционной формы илопроста у пациентов с тяжелой дисфункцией ЛЖ приводит к достоверному снижению ДЛАСр и ЛСС.

3. При назначении ингаляционной формы илопроста у пациентов с недостаточностью ЛЖ развиваются благоприятные изменения преднагрузки и постнагрузки, приводящие к увеличению производительности ЛЖ. Ингаляция NO не оказывает положительного влияния на производительность ЛЖ у данной категории пациентов.

## ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРОВ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

Содиков Н.О., Темиров Ф.Н.

Самаркандский Государственный  
медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Цель работы: Изучение применение лазера в офтальмологии. Одной из первых отраслей медицины в которой нашли применение.

Лазеры принципиально отличаются от других источников света свойствами светового потока: монохроматичностью, когерентностью, направленностью. Принцип индуцированного излучения-основа работы лазеров. Более подробно разберем типы каждого лазера и какие манипуляции ими можно выполнять. Лазеры отличаются друг от друга характером активной среды. Используются твердые, жидкие, газообразные вещества.

Материал и методы исследования: Лазер широко применяется для таких процедур как «лазердисцизия вторичной пленчатой катаракты» (рассечение помутневшей капсулы хрусталика после имплантации интраокулярной линзы), «лазерная иридомиомиотомия» (формирование коллоидом в радужке для улучшения гидродинамических функций глаза). Основное преимущество лазеров перед другими методами воздействия — это их способность очень точно и избирательно воздействовать на ткани человека. В твердотельных лазерах применяются аморфные и кристаллические диэлектрики, в жидких-растворы различных веществ. Бывают различные типы лазера, например: рубиновый, аргонный, диодный.

Результаты исследования: Лазеркоагуляция. Используется для лечения периферических дистрофий сетчатки. Применяются лазеры коагулирующего действия. Используется свойство лазера оказывать дистанционное, строго дозированное, нагревающее действие на ткани сетчатки. В процессе лечения образуется микроожог, далее хориоретинальная спайка которая как бы «приклеивает» сетчатку в участках ее истончения и вокруг разрывов. Такие разрывы не редкость у людей с близорукостью вследствие анатомического строения глазного яблока. Увеличение аксиальной длины глаза приводит к растяжению сетчатки по периферии. Периферические дистрофии часто не заметны для пациента, иногда могут проявлять себя «вспышками, молниями в глазу, плавающими помутнениями». Если такую патологию не лечить — она может привести к грозным осложнениям таким как отслойка сетчатки, гемофтальм. Отдельного упоминания заслуживает лазеркоагуляция сетчатки как первый этап перед лазерной коррекцией зрения. Корректно проведенная процедура-это одно из условий сохранения хорошего зрения в долгосрочной перспективе. Процедура коагуляции имеет минимальный дискомфорт, обязательно применяется анестетик. Пациент ощущает касание линзы и вспышки зеленого цвета. На несколько дней назначаются противовоспалительные капли, ограничивается физическая нагрузка. Динамическое наблюдение проводится с интервалом один раз в год.

- Фотодеструкция. Используется YAG (ятаган) лазер. Данный лазер обладает свойством дозированно рассекать ткани, вследствие высвобождения большого количества энергии в маленьком объеме. В месте нанесения воздействия образуется плазма, которая приводит к созданию ударной волны и микропорыву ткани. Данная процедура стабилизирует внутриглазное давление и входит в протокол профилактики приступа закрытоугольной глаукомы. Процедура проводится быстро, безболезненно, амбулаторно.

- Фотоабляция. Способность эксимерного лазера дозированно удалять клетки широко используется для проведения рефракционных вмешательств на роговице. Благодаря расположению и анатомическому строению-ее ткани идеальный материал для формирования новой оптики глаза. Эксимерные лазеры последнего поколения позволяют значительно сократить время пребывания пациента в операционной и время восстановления зрительных функций. Результат сохраняется на долгие годы.

Вывод: Корректно проведенная процедура-это одно из условий сохранения хорошего зрения в долгосрочной перспективе. Процедура коагуляции имеет минимальный дискомфорт, обязательно применяется анестетик. Пациент ощущает касание линзы и вспышки зеленого цвета. На несколько дней назначаются противовоспалительные капли, ограничивается физическая нагрузка. Динамическое наблюдение проводится с интервалом один раз в год.

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ, ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ****Тиллабоев С.В.**Ташкентский Педиатрический  
медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

**Введение.** В настоящее время запор у детей, особенно у детей первых лет жизни, является широко распространенной жалобой на приеме педиатра и гастроэнтеролога. Несмотря на разработку современных рекомендаций по ведению данной группы больных, до сих пор среди родителей и специалистов нет единого мнения по вопросам терапии и профилактики запоров у детей. Порой лечение носит сугубо симптоматический характер, не учитываются факторы риска и другие заболевания, приводящие к развитию вторичных запоров, которые требуют целенаправленной этиотропной терапии.

Целью настоящего исследования явилось изучение частоты встречаемости и особенностей клинических проявлений у детей с хроническими запорами.

**Материал и методы исследования.** За 2014-2019 годы в клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ находились на обследовании и лечении 731 ребёнок, из них 648 (88,6%) – с удлинением толстой кишки; 83 (11,4%) – с аномалиями фиксации толстой кишки, поступивших с подозрениями на кишечную непроходимость, рецидивирующими болями в животе, с рвотным синдромом и хроническим колостазом. Возраст больных колебался от 3-х мес. до 18 лет. Больные были в возрасте: до 1 года – 31 (4,1%); от 1 года до 3 лет – 204 (27,9%); от 4 до 6 лет – 244 (33,4%); от 7 до 11 лет – 182 (25%); от 12 до 18 лет – 70 (9,6%). Среди больных преобладали мальчики – 440 (60,1%), девочки составили 291 (39,9%). Для постановки диагноза проводили комплексное обследование.

**Результаты и их обсуждение.** Нарушение опорожнения кишечника отмечалось у всех (100%) больных. Длительность запоров составляла от 3 до 7 суток и более. Запоры у 127 (17,4%) больных сопровождались ноющими болями, чувством тяжести и вздутием живота. Гипохромная анемия отмечалась у 293 больных (40%). У 139 (19,0%) больных отмечался дефицит веса. Дефицит массы тела составлял в среднем 22-25%. У 61% больных с данной патологией в анамнезе отмечалось частое присоединение интеркуррентных заболеваний: респираторно-вирусных инфекций, пневмоний, отита.

Консервативная терапия проводилась в зависимости от степени компенсации. Дети были разделены на три группы: 1. Дети с компенсированной степенью колостаза. Курс лечения составлял 10-15 дней. Курс консервативной терапии при компенсированной степени проводился каждые 6 мес в течение двух лет, а при необходимости более длительно. 2. Курс консервативной терапии при субкомпенсированном колостазе проводился каждые 3-6 мес в течение одного года. 3. Детям с декомпенсированной степенью хронического колостаза проводилась предоперационная подготовка, включающая инфузионную терапию, коррекцию кислотно-щелочного баланса, очищение толстой кишки. Курс консервативной терапии проводился однократно, при её безуспешности решался вопрос об оперативном лечении. Период предоперационной подготовки составлял 5-7 дней при отсутствии тяжелых соматических заболеваний.

**Выводы.** Причиной хронических запоров у детей в подавляющем большинстве случаев является удлинение толстой кишки. Оперативному лечению должно предшествовать полноценное обследование для исключения иных причин хронического колостаза, и необходимо начать с комплекса консервативных методов лечения. С увеличением возраста установления первичного диагноза выраженность положительного клинического эффекта после проведенного консервативного лечения уменьшалась, что объясняется более значительными изменениями толстой кишки вследствие длительного существования хронического колостаза. Однако, у всех больных сохранилось удлинение толстой кишки, независимо от клинического эффекта консервативного лечения.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СИНДРОМЕ (БОЛЕЗНИ) ПАЙРА У ДЕТЕЙ

Тиллабоев С.В.

Ташкентский Педиатрический  
медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

**Введение.** Болезнь Пайра (БП) относится к сравнительно редкой и малоизученной аномалии развития толстой кишки и её связочного аппарата, о чём свидетельствует ограниченное количество литературных сведений как отечественных, так и зарубежных авторов. В доступной литературе отсутствуют данные о частоте встречаемости патологии среди детей, а имеющиеся сведения являются разрозненными и не могут предоставить такой информации. Несмотря на раннюю манифестацию БП у детей, пик обращаемости пациентов в хирургическую клинику соответствует пубертатному возрасту. Первичные симптомы болезни - запоры или комбинация их с болями в животе. На основании клинической картины и характера течения заболевания выделяют болевую, констипационную и смешанную формы болезни Пайра.

Цель исследования-изучить распространённость и уточнить сроки манифестации, характер клинического течения диагностики и лечению детей с БП.

**Материал и методы исследования.** Произведён анализ результатов лечения детей с БП за 2014-2019 годы в клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ. На обследовании и лечении находились 731 ребёнок, из них 648 (88,6%) – с удлинением толстой кишки; 83 (11,4%) – с аномалиями фиксации толстой кишки, поступивших с подозрениями на кишечную непроходимость, рецидивирующими болями в животе, с рвотным синдромом и хроническим колостазом. Основу клинического материала составили 32 пациента с БП. Наряду с тщательным сбором анамнеза, методами объективного и лабораторного исследований использованы следующие методы инструментальной диагностики: ирригография, пассаж бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту, ректороманоскопия, колоноскопия и МСКТ.

**Результаты и их обсуждение.** Из общего количества пролеченных 32 пациентов: мальчики - 24(75,0%), девочки - 8(25,0%). Распределение детей по возрасту составило: 3-7 лет-6 пациентов (18,8%), 7-14 лет-14 пациентов (43,7%), 15-18 лет-12 пациентов (37,5%). Длительность болезни у детей в среднем составила: от 3 мес. до 1 года-7 пациентов (21,8%), 3-5 лет-21 пациент (65,7%), 5-7 лет - 4 пациента (12,5%). Во всех случаях дети поступали с жалобами на запоры, длительность которых составила: до 3 дней-7 пациентов (21,9%), 4-5 дней-9 пациентов (28,1%), 6-8 дней-11 пациентов (34,4%), 8-10 дней-5 пациентов (15,6%). У 3 детей (9,4%) отмечалось каломазание. У 29 пациентов (90,6%) были жалобы на периодически возникающую боль: в области эпигастрии-9 пациентов (31,0%), в правом подреберье-2 пациента (6,7%), в левой подвздошной области-6 пациентов (21,0%), в правой подвздошной области-2 пациента (6,7%), в пупочной области-10 пациентов (34,4%).

Ирригографию выполняли в 3 проекциях: в положении пациента лёжа на спине в прямой и боковой проекциях, стоя "после опорожнения". При ирригографическом исследовании было установлено, что опущение поперечного отдела наблюдалось у 19 детей (59,3%): до уровня L1-L3-у 7 пациентов (36,8%), до уровня L4-L5-у 9 пациентов (47,4%), до уровня S1-S3-у 3 пациентов (15,8%). При обследовании у детей были выявлены сопутствующие заболевания: долихоколон – 17 детей (53,1%), осложнения основного-спастический колит– 15 детей (46,9%). Из 32 детей консервативное лечение принесло положительный эффект 6 пациентам, что составило – 19,0%, после чего эти дети более не обращались. Остальным детям– 26 (81,0%) было произведено оперативное лечение.

**Выводы.** Таким образом, отмечается увеличение числа детей с болезнью Пайра, при этом мальчики болеют в два раза чаще, чем девочки. У большинства детей (87,5%) длительность течения заболевания составляет до 5 лет.

Клиническая картина чаще всего сопровождается запорами, каломазанием, абдоминальным болевым синдромом. Наиболее часто заболеванию сопутствует долихоколон (53,1%), а среди осложнений – спастический колит (46,9%). Оперативное лечение является наиболее эффективным методом в лечении болезни Пайра.

## КАРДИОМЕТРИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РЕНОКАРДИАЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Умаркулова Г.С., Халимий П.Ш., Нарзуллаева Ф.Ф.  
Самаркандский Государственный Медицинский институт

**Ведение.** За последнее десятилетие резко возрос интерес к поражению сердечно-сосудистой системы при хронической болезни почек (ХБП). Среди различных методов обследования особую популярность приобретает кардиометрия, которая дает возможность оперативно получить информацию о центральной и внутрисердечной гемодинамике. В связи с этим целью исследования явилось оценить возможность кардиометрии в оценке становления ренокардиального синдрома у больных с хронической болезнью почек.

**Материалы и методы исследования:** Обследовано 42 ребенка в возрасте от 5 до 16 лет. Из общего числа обследованных у 18 детей (42 %) диагностирован хронический пиелонефрит, а у 24 детей (48 %) хронический гломерулонефрит. В обе группы вошли дети с 1-3 стадией заболевания ХБП.

**Результаты исследования:** Основными диагностируемыми параметрами кардиокода на основании фаз сердечного цикла являются:

1. Функциональная характеристика сердечно-сосудистой системы заключается в определении: сердечного индекса – то есть минутного индекса — одного из показателей насосной функции сердца. Выражается как отношение минутного объема к площади поверхности тела. Отмечено снижение этого показателя у 37 (88%) больных. Другим показателем является индекс жесткости – то есть показателя снижения эластичности сосудов. Он был повышен у 37(88%) детей

2. Гемодинамическая характеристика основных показателей сердечно-сосудистой системы определялась значением ударного объема - это объем крови, перекачиваемой сердцем в единицу времени. В среднем был снижен у 22 (52%) больных. Следующим показателем является минутный объем- это количество крови, которое сердце прокачивает в минуту. В среднем этот показатель был снижен у 19 (45%) детей..

3. Метаболические характеристики мышц сердца основаны на показателях уровня кислорода, лактата и креатинфосфата в сердечной мышце. Для протекания аэробного процесса важен достаточный уровень кислорода, у наших больных этот показатель был снижен у 19 (45%) детей. При недостатке кислорода активируется анаэробный процесс, где его продуктами являются лактат и молочная кислота. У исследуемых нами детей они также регистрировались на повышенных значениях. Так уровень лактата был повышен у 7 (17%) детей, а уровень креатинфосфата был повышен у 14 (33%) больных.

**Заключение:** Метод кардиометрии позволяет предельно просто и с высокой точностью оперативно выявлять любые изменения и отслеживать развитие процессов в сердечно-сосудистой системе при ренокардиальном синдроме. Раннее выявление сердечно-сосудистых осложнений позволяет провести своевременную кардиопротективную терапию и тем самым улучшить прогноз заболевания у детей с ХБП.



## ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ

Улугмуратов А.А., Узаков Б.М., Улугмуратов Ф.А.  
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность: Переломы нижней челюсти более чем у половины детей сопровождаются черепно-мозговой травмой разной степени выраженности. В последние годы с урбанизации жизни, учащаются транспортные травмы переломы нижней челюсти часто сочетается с тяжелыми травмами челюстно лицевой области. (Иванова М.С, Александрова Е.Г )

Цель исследования. Улучшение результатов лечения с сочетанной черепно лицевой травмой.

Материалы и методы: Проведено исследование результатов лечения 32 больных поступивших в СФ РНЦЭМП отделение сочетанной травмой и хирургии детского возраста в период с 2018 по 2020 год. Из них 17 мальчиков 15 девочек. По возрасту до 3 лет 1 ребенок, до 7 лет 4, от 7 до 18 лет 27 детей. По причине полученных травм спортивный у 5, кататравмы у 4 остальные травмы получили после транспортных аварий.

Результаты исследования. Всем больным приемном отделении принимали в шоковой палате. По ходу оказания экстренной медицинской помощи получили общий анализ крови, определение группы крови, Ультразвуковая сонография органов брюшной полости и грудной клетки, МСКТ головного мозга. Из 32 больных переломы нижней челюсти с обеих сторон встречали у 12, изолированы с правой стороны у 7 с левой стороны у 13 больных. Кроме того у 3 больных травмы сочетались переломами ключицы у 4, опорно двигательными системами у 5, переломами верхней челюсти у 2, костей носа у 3 больных. Сотересение головного мозга констатировали у 22 больных ушиб головного мозга у 7, тяжелой ушиб мозга у 3 больным.

Всем больным проведено стандартное лечение указанный минздравом РУз по оказанию экстренной медицинской помощи. После нормализации сознания больным переведен в отделение челюстно лицевой хирургии

Выводы: При ведении пациентов с сочетанной краниофациальной травмой требуется ранняя диагностика оценки сознания и после стабилизации провести шинирование челюсти.

## ЛЕВОСТОРОННОЕ ЛОБЭКТОМИЯ ПОВРЕЖДЕННОЙ ПЕЧЕНИ У РЕБЕНКА. (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Улугмуратов А.А., Шодмонов У.Ж., Улугмуратов Ф.А.  
Самаркандский филиал РНЦЭМП. Самарканд. Узбекистан

Больной Ш 14 лет поступил в центральную районную больницу в тяжелом состоянии. За час перед поступлением мальчик упал и остался под колесами тракторного прицепа. Сознание заторможено, в контакт вступает неохотно. Положение вынужденное – на правом боку со сложенными ногами. Кожа и видимые слизистые- бледные. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. АД 50/30 мм рт. ст. Пульс 120 уд/мин слабого наполнения. Живот в акте дыхания не участвует. Болезненность и напряжение мышц передней брюшной стенки во всех отделах. При перкуссии притупление. Общий анализ крови: Гемоглобин -56 г.л, эрит -  $2.8 \times 10^{12}$  лейкоциты -  $9 \times 10^9$  время свертываемости крови начало 4мин конец -7 мин

Данные УЗИ: Около 1000 мл жидкости в брюшной полости. Больной из приемного покоя сразу перенесен в операционной блок. Начато противошоковое мероприятие. Под общим обезболиванием выполнена срединная лапаротомия. В брюшной полости обнаружена кровь, около 2000 мл и оторванная разможенная левая половина печени. Осушено брюшной полости Печеночно-двенадцатиперстная связка прижата. Рассечено серповидная и круглая связка печени мобилизовала печень кпереди. Рана брюшной стенки расширилась вверх. Кровотокающие сосуды коагулированы. Но общее состояние больного ухудшилось, начато переливание крови и плазмы. Из-за обширной раны поверхности не удалось остановить кровотечение полностью поэтому решено установить «Demegescontrol». Дренажная трубка оставлена под печенью и в малом тазу. После стабилизации состояния, больной переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии. Проведена продленная ИВЛ на фоне интенсивной терапии. 2 сутки экстубации трахеи. Больной пришел в сознание, из дренажной трубки первый сутки выделилась около 200 мл геморрагической жидкости. В последующем уменьшалось до 20 мл в сутки. Со 2 суток начали энтральное питание «NAN» 8, сутки после операции релапаротомия удалена «Demeges control». Состояние больного улучшилась, выписан домой после 14 суток от поступления в стационар в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через месяц. Биохимические анализы соответствует нормам, УЗИ брюшной полости патологический жидкости не обнаружен.

## ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ БОЛИ В ЖИВОТЕ У ДЕТЕЙ

Улугмуратов А.А., Маматов С.О.,  
Нормуродов Д.К., Улугмуратов Ф.А.  
Самаркандский филиал РНЦЭМП

**Введение:** Доказано что боль в животе у детей являются частой причиной обращения к врачу и одним из основных поводов для экстренной госпитализации. Однако выявление причины болей нередко представляет значительные трудности не только в амбулаторных условиях, но и в стационаре. Многие дети с болями в животе неоднократно обследуются у различных специалистов, им ставят всевозможные диагнозы, причем некоторых напрасно оперируют в связи с подозрением на острый аппендицит, тогда как истинная причина боли годами остается неизвестной.

**Целью исследования:** является оценка результатов дифференциации боли в абдоминальной патологии у детей.

**Материал и методы.** В детском хирургическом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП, за 2017-2020 гг. госпитализированы 2140 детей по поводу острых болей в животе, в возрасте от 3 до 18 лет. Мальчиков было 1287 ( 60.1%), девочек – 853 (39,9%).

До 24 часов от начала заболевания поступило 45 (2,1%) детей, позже – 95 (4.4%). Это было связано с поздним обращением (75) и диагностическими ошибками на догоспитальном этапе (20). При поступлении больных детей мы обращали внимания на: время появления болей и связь её с приемом пищи, локализацию, миграцию и иррадиацию болей, а также на факторы, способствующие изменению болей, симптомы сопутствующие болей, кроме того у девочек изучали гинекологический анамнез, Сроки появления и продолжительность боли, внезапность или постепенность начало боли имели особое значение. Лабораторные исследования проводили за клиническими данными, полученными при обследовании ребенка. Первичное обследование должно включало общие анализы крови и мочи. При необходимости лабораторное исследование дополняется биохимическими анализа крови, мочи. Обзорную рентгенограмму брюшной полости вертикальном положении выполняли при подозрении на кишечную непроходимость или перфорацию полого органа, тогда как рентгенограмму грудной клетки – при подозрении на пневмонию. Наиболее спорным остаётся вопрос в экстренной медицине – о целесообразности применения УЗИ и КТ у пациентов с острой абдоминальной болью. В экстренной медицине УЗИ более рационально при подозрении на наличие кист и заворота яичников, острого аппендицита и его осложнений (инфильтрат, абсцесс), для выявления травм паренхиматозных органов, патологии желчного пузыря, поджелудочной железы, наличия жидкости (кровь, выпот) в брюшной полости. Выполнение КТ целесообразно в случаях выраженной пневматизации кишечника, когда УЗИ обладает ограниченными возможностями. Наиболее доступными для диагностики является диагностическая лапароскопии. Клиника течение 12 лет пользуется при спорных болях органов брюшной полости у детей.

**Результаты.** После установления диагноза острого аппендицита оперировано 802 (37.4%) больных, гинекологическими заболеваниями оперировали 41 (1.9%) девочек, травмами брюшной полости 83 (3.8%), с кишечной непроходимостью 77 (3.5%), дивертикул Меккеля 21 (0.9%) детей. 53 (2.4%) пациентам по показаниям произведено диагностическая лапароскопия. У остальных 1024 (48,3%) детей исключено острые хирургические заболевания после консультации они переведены в другие специализированные отделения или при удовлетворительном состоянии выписаны на амбулаторное наблюдения. Хирургическое вмешательство производилась доступом Волковича-Дьяконова у 733 (89,0%), параректальным – у 22 (2,6%), срединным – у 68 (8,4%) пациентов. Среднее пребывание этих пациентов в стационаре составило  $3,5 \pm 0,5$  койко-дней.

При кишечной непроходимости устранили причину, а при некрозе резецировали кишечник и накладывали различные виды кишечных анастомозов с интубацией кишечника зондам Эботта Мюллера.

**Заключение:** Таким образом, сложность интерпретации боли в животе у детей, обилие абдоминальных и внеабдоминальных причин требуют высокопрофессиональных знаний. Правильный диагноз заболевания при острой абдоминальной боли у ребенка основывается прежде всего на тщательно собранном анамнезе и данных физикального обследования, при необходимости несколько раз в динамике, дополненных лабораторно-инструментальными методами на различных этапах оказания лечебно-профилактической помощи. При спорных случаях самым достоверным считается диагностическая лапароскопия.

## ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДИКИ КОРРЕКЦИИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ (ВДГК) У ДЕТЕЙ.

Уралбоев И.Э., Ахмедов Ю.М., Мамутова Э.С.  
Самаркандский областной детский многопрофильный  
медицинский центр, Узбекистан

Введение. ВДГК у детей встречается с частотой 1-2 на 1000 новорожденных. В силу анатомической особенности порока в данной категории детей наступает ограничение физической активности, связанное с кардиопульмональными симптомами. Косметический дефект способствует формированию характерного психологического восприятия деформации.

Цель исследования: Оптимизировать методику коррекции ВДГК у детей.

Материалы и методы исследования. За период с 2016 по 2021 гг. в отделении детской ортопедии ОДММЦ проходили лечение 652 больных с ВДГК в возрасте от 2 до 18 лет. Из них мальчиков 396 (60.7%), девочек 256 (39.3%).

Согласно классификации по Н.И. Кондрашину (1968г): обычная форма отмечалась у 614 (94.1%), плосковорончатая - у 38 (5.9%). По виду деформации: симметричная - у 209 (32.0%); ассиметричная у 443 (68.0%) больных. По степени деформации: I степень - у 293 (44.9%); II степень у 185 (28,4%); III степень у 174 (26.7%) больных.

По стадии развития: компенсаторная стадия наблюдалась у 512 (78,5%), субкомпенсация - у 129 (19,8%), стадия декомпенсации выявлена у 11 (1.7%) больных. Сочетание с другой врожденной патологией отмечалось у 62 (9,5%) больных.

Всем больным проводилось комплексное клиническое обследование. Больные были поделены на 2 группы, исходя из классификационной формы и степени проявления кардиопульмональных симптомов.

I группу составили больные с ВДГК I-II степени с невыраженными кардиопульмональными симптомами 41 (6,3%) больных. В этой группе проводилась консервативная терапия при помощи Вакуумного колокола «Eckart Klobe, Экхарт Клобе 2006г. Германия».

II группу составили больные с ВДГК II-III степени с выраженными кардиопульмональными симптомами 204 (31,3%) больных. В этой группе проводилось оперативное лечение.

В группе с оперативной коррекцией ВДГК 127 (62.2%) больным проводилась мини инвазивная операция по Нассу, 75 (36,8%) по Парку и 2 (1,0%) больным проведена открытая коррекция по Равичу.

Результаты: через 12-18 месяцев в I группе больных, хороший результат отмечался у 28 (68.3%), удовлетворительный у 15 (36.6%) У 8 (19.5%) больных на сегодняшний день коррекция продолжается.

Во II группе, через 24-32 месяца после мини инвазивной коррекции по Нассу и по Парку хороший результат коррекции отмечался у 157 (77,0%) больных, у 38 (18,6%) больных - удовлетворительный результат.

Неудовлетворительные результаты отмечались у 9 (4.4%) больных. Из них: у 4 (1,9%) отмечалась ротация пластины, у 1 (0,5%) гиперкоррекция, у 4 (1,9%) выявлено отхождение фиксирующей проволоки. В данных наблюдениях проведены повторные оперативные вмешательства с положительным результатом. Хорошим результатом коррекции в обеих группах считались удовлетворительная степень коррекции косметического дефекта, нормализация кардиопульмональных показателей.

Вывод. Таким образом, результат коррекции ВДГК в детском возрасте напрямую зависит от подбора правильной методики, с учетом показателей кардиопульмональной симптоматики и степени деформации. Являясь сложным пороком, ВДГК требует тщательного обследования, подготовки и отбора больных как к консервативной, так и к оперативным методам коррекции.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫВИХОВ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ.

Уринбаев П.У., Эранов Ш.Н., Мадаминов А.А., Эранов Б.Н.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

**Введение:** Подвывих лучевой кости у детей в возрасте от 1 до 5 лет является часто встречающимся повреждением локтевого сустава. Причиной подобной травмы являются, вероятно, диспропорции роста, которые выражаются в слабости связочного аппарата суставов предплечья, а также в «избыточном» развитии синовиальной суставной сумки локтевого сустава у детей указанного возраста. В возрасте после 5 лет эта травма встречается крайне редко, пострадавших старше 7 лет не наблюдались.

По нашим данным, вывихи лучевой кости происходят по различным причинам, в результате травм (повреждения Монтеджа, изолированный вывих головки луча), после резекции локтевой кости по поводу болезни и как вследствие фиброзно-хрящевое экзостоза, оссификат в области проксимального лучелоктевого сочленения. Повреждения Монтеджа составляют 0,4-5,5% среди переломов костей предплечья. Несмотря на их относительную редкость, неудовлетворительные результаты лечения достигают 95%. Вопрос восстановления кольцевидной связки в литературе не разрешен. Имеются мнения о необязательности восстановления кольцевидной связки.

**Материал и методы исследования:** Наше сообщение основано на изучении больных обращенных в травматологический пункт в течение с 2017 по 2021 гг. следующими повреждениями: у 22 изолированный вывих, у 120 подвывих, у 23 повреждения Монтеджа. Мальчиков было - 105, девочек - 60. По возрасту: до 3 год - 82, 4-5 лет - 58, 6 лет и старше 25 больных.

Лечение проводилось консервативное в виде обезболивания, закрытое вправление и репозиция (при повреждениях Монтеджа), иммобилизация гипсовой повязкой у 138 больных. В случаях неуспешной закрытой репозиции перелома и вправления вывиха у 27 больных, дети лечились в стационарном условии. Им была проведена оперативное лечение.

При выполнении открытого вправления головки лучевой кости у детей, с застарелой травмой мы считаем целесообразным, обратить внимания на следующие моменты:

- воссоздание кольцевидной связки лучевой кости из передней капсулы локтевого сустава;
- иссечение рубцовой ткани из лучевой вырезки локтевой кости.

**Результаты:** Было изучено 97 больных с консервативным лечением в амбулаторных условиях, из них у 3 с повреждением Монтеджа было проведено оперативное лечение, а у остальных наблюдались хорошие результаты.

В изучении результатов оперативной лечении учитывали анатомическое восстановление плечелучевого сустава, формы и функции сустава. Отдаленные результаты из 27 больных, у 25 (93%) отметили хорошие результаты, у 2 (7%) удовлетворительные результаты.

**Заключение:** Хирургическое лечение детей с застарелыми вывихами головки лучевой кости, воссозданием кольцевидной связки, трансартикулярной фиксацией головки луча, позволила нам добиться хороших и удовлетворительных функциональных результатов в 96,4% случаев, а анатомических – в 94,7% случаев.

## АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Усаров А.М., Холова Н.Р.

Ташкентский Педиатрический  
Медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

**Введение:** Острый деструктивный панкреатит в настоящее время является одной из наиболее важных проблем экстренной хирургии. Несмотря на достигнутые успехи в совершенствовании интенсивной терапии, антибиотикотерапии и методов хирургического лечения, общая летальность при деструктивном панкреатите остается на высоком уровне от 3,9 до 21 % и достигает при инфицированном панкреонекрозе до 85%, при «фульминантном» течении заболевания составляет почти 100%.

**Материал и методы исследования:** За период с 2015 по 2020 г. в хирургических отделениях клиника №7 в г. Ташкенте по поводу острого панкреатита пролечено 102 больных. Деструктивные формы острого панкреатита обнаружены у 18 (17,6%) пациентов. Летальных исходов при отечном панкреатите не отмечено. В данной работе проведен анализ 8 историй болезней умерших больных за этот период с различными формами панкреонекроза. Мужчин было 6 (75%), женщин 2 (25%). Возраст умерших больных колебался от 32 до 78 лет.

Одним из основных факторов, оказывающих непосредственное влияние на течение заболевания, частоту развития осложнений и летального исхода, является длительность догоспитального этапа и своевременное проведение интенсивной терапии. Из 8 умерших больных в первые 24 часа в стационар поступили 1 (12,5%), с 24-72 часа 4 (50%) и позже 72 часов 3 (37,5%). Причиной панкреонекроза у этих больных были злоупотребление алкоголем у 4 (50%), заболевания желчного пузыря и желчных протоков - у 2 (25%), алиментарные нарушения - у 2 (25%).

**Результаты:** Из 8 умерших больных к оперативному вмешательству подвергались 7 (87,5%). Неоперированный больной поступил в стационар в крайне тяжелом состоянии, у которого стабилизировать гемодинамику не удалось и смерть наступила от прогрессирования ферментативно-токсического шока. В первые сутки с момента госпитализации оперировано 5 (75%) больных, вследствие прогрессирования панкреатогенного перитонита и отсутствия эффекта от проводимой терапии в течение 2-7 суток - 2 (25%). В большинстве случаев у одного и того же больного, в зависимости от тяжести и распространенности панкреонекроза, отмечалось несколько осложнений. Так, в первой (доинфекционной) фазе заболевания чаще выявлялись: ферментативно-токсический шок, ферментативный асцит-перитонит, парапанкреатический инфильтрат. Во второй (инфекционной) фазе заболевания наблюдались тяжелые септические флегмоны забрюшинного пространства и разлитой гнойный перитонит.

Из вышеизложенного можно сказать, что в большинстве случаев больные обращались за медицинской помощью поздно, после 24 часов от начала заболевания в 87,5%. Это обстоятельство привело к несвоевременному началу интенсивной терапии. Основными причинами панкреонекроза приведшие к летальному исходу явились злоупотребление алкоголем (50%).

**Заключение:** Таким образом, основной причиной летальных исходов больных с деструктивными формами панкреатита является прогрессирование патологического процесса в поджелудочной железе, нарастание интоксикации и развитие тяжелого абдоминального сепсиса. Поздние сроки госпитализации способствовали к несвоевременному началу необходимой интенсивной терапии и а также частой причиной деструктивного панкреатита было злоупотребление алкоголем, что свидетельствует о недостаточности медицинских грамотности населения.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СИРОЛИМУСА В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С СОСУДИСТЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ

Хагуров Р.А., Александров А.В., Рыбченко В.В.,  
Баязитов Р.Р., Гурская А.С., Дьяконова Е.Ю.,  
Наковкин О.Н., Сулавко М.А.

ГБУЗ ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗ г. Москвы.  
ФГАУ «НМИЦ Здоровья Детей» МЗ России.  
119296 г. Москва, Ломоносовский проспект, 2, стр.1.  
123001 г. Москва, ул. Садовая-Кудринская, д. 15.

Сосудистые мальформации являются распространенными заболеваниями у детей. Несмотря на то, что они являются доброкачественными, они могут привести к нарушению жизненно важных функций, вызывать значительную деформацию, хронические боли и даже угрожать жизни пациентам.

Цель: оценить эффективность и безопасность применения специфической иммуносупрессивной терапией с помощью препарата сиролимус(рапамун) в лечении обширных и сложных сосудистых мальформаций у детей.

Лечение больных детей с сосудистыми мальформациями включают в себя различные методы: хирургические, инструментальные и медикаментозные. К сожалению, ни один из вышеперечисленных методов лечения не дает 100% результат, что заставляло специалистов искать все новые пути решения сложных вопросов. Одним из современных методов лечения таких сложных пациентов является специфическая иммуносупрессивная терапия препаратом сиролимус (рапамун). Сиролимус является ингибитором пути mTOR, который представляет собой серин/треонинкиназу, регулируемую фосфоинозитид-3-киназой (PI3K) и протеинкиназой В (Akt). Путь PI3K/AKT/ mTOR действует в качестве главного переключателя на многочисленные клеточные процессы, включая клеточный катаболизм и анаболизм, подвижность клеток, ангиогенез и рост клеток. Ингибиторы mTOR, такие как сиролимус, блокируют последующий синтез белка и последующую пролиферацию клеток и ангиогенез.

Материалы и методы. На базе ГБУЗ ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗ Москвы, ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» МЗ России пролечено 18 детей с сосудистыми мальформациями. 5 больных с венозной мальформацией, 8 больных с лимфатической, 4 больных с венозно-лимфатической, 1 ребенок с артерио-венозной мальформацией. Возраст больных варьировался от 2 недель до 17 лет. Стоит отметить, что в 95% случаев больные показали либо минимальный ответ, либо полностью отсутствие эффекта от других видов лечения перед предстоящей специфической иммуносупрессивной терапией.

Сиролимус назначался перорально, дважды в день. Корректировка дозы как на начальном этапе лечение, так и в последующем проводилась с учетом поддержания уровня концентрации препарата в крови в пределах 8-15 нг/мл. Параллельно иммуносупрессивной терапии проводилась профилактика пневмоцистной инфекции. Нами проводился визуальный и инструментальный (УЗИ, МСКТ, МРТ, ФГДС) контроль эффективности лечения каждые 3 месяца.

Результаты. У всех 13 пациентов с венозной и венозно-лимфатической мальформацией в течение уже первого месяца лечения отмечался положительный ответ на проводимое лечение, а именно: уменьшение объемов мальформации, снижение болей, купирование кровотечений, улучшение лабораторных показателей анализов крови. Такие же результаты показали 5 из 8 пациентов с лимфатической мальформацией. У 1 ребенка с артерио-венозной мальформацией мы не увидели результата от проводимой иммуносупрессивной терапии.

Выводы: наш опыт показал, что в большинстве случаев сиролимус является эффективным методом в лечении пациентов с обширными и сложными сосудистыми мальформациями.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ОЖОГОВОГО ШОКА У ДЕТЕЙ**

**Хайдаров М.М., Мурадова Р.Р,  
Хакимов Э.А., Карабаев Х.К., Абдихалилов М.Э.**  
Самаркандский Государственный медицинский институт.

Проблемалечения детей с глубокими термическими поражениями характеризуется в современных условиях высокой медицинской и социальной значимостью.

За период с 2015 по 2019 гг. в ожоговом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП находилось налечении 315 детей, из них в возрасте до 3-х лет было 119. У 117 больных площадь глубокого ожога составила 2-5 % поверхности тела, у 90 - 6-10%, у 108– 11-20% поверхности тела. Самыми частыми причинами, вызвавшими ожоги в раннем возрасте, являются горячие жидкости (более 60%), пламя и сандал (38%), соприкосновение с горячими предметами (около 2%).

Опыт показывает, что глубокие ожоги любой площади, особенно при локализации в области лица и головы опасны для возникновения шока у детей. У детей в раннем возрасте обширные поверхностные ожоги вызывают ожоговый шок, особенно в возрасте до одного года жизни (32,4%). Среди детей с глубокими ожогами у 85% диагностируется шок. Из них у 96% наблюдений торпидная и у 4% случаев эректильная фаза шока. У детей по тяжести течения ожогового шока различается три степени: I-степень - легкая (у 71 ребенка), II-степень - тяжелая (у 29) и III-степень - крайне тяжелая (у 19).

Необходимо отметить, что продолжительность ожогового шока может быть до 48-72 часов. При неполноценном лечении или транспортировке ожоговый шок имеет склонность к рецидивированию с тяжелым течением и неблагоприятным прогнозом.

Лечение ожогового шока у детей начинается применением обезболивающих в сочетании с антигистаминными препаратами, которые усиливают их действие, оказывают седативный противорвотный эффект. В зависимости от возраста детей вводится внутривенно 1% раствор промедола одновременно с 1% раствором димедрола 0,3-1,0 мл, 0,125% раствор новокаина (30-50 мл) и проводится новокаиновая блокада по А.В.Вишневскому.

Объем перфузии в 1-е сутки = объем физиологических потребностей (мл) + замещение потерь (мл). Объем замещения потерь (мл) = % х МТ х 2. Жидкость вводят в течение 2-х суток. Согласно противошоковым стандартам, в первые 8 часов после травмы вводится 1/2 жидкости. В последующие 16 часов первых суток - ещё 1/2 жидкости. Объем инфузии на вторые сутки составляет 1/2 объема первых суток.

В тех случаях, когда имеется рвота, жидкость вводится внутривенно сверх регидратационной жидкости в виде 10% и 20% раствора глюкозы с инсулином.

Лечение детей в стадии шока нужно проводить индивидуально, учитывая степень и тяжесть шока, площадь и глубин поражения, возраст пострадавшего и на основании показателей лабораторных данных.

При I степени ожогового шока у детей внутривенно вводится 1% раствор промедола (0,1 мл на год жизни), 0,125% раствор новокаина (25-30 мл), плазма (50-100 мл), 10% раствор глюкозы с инсулином (100-150 мл + 4 ед. инсулина), полиглюкин (150-200 мл). В течение суток переливается жидкость около 10% веса тела ребенка, т.е. 750-1500 мл в зависимости от возраста детей.

Трансфузионная терапия ожогового шока II степени проводится в течение 2-х суток. Учитывая степень гемоконцентрации, уровень гематокрита, ОЦК, КЩР и других параметров гемодинамики и степени диуреза детям вводится жидкость в следующих соотношениях: 1/3 белковых препаратов (плазма), 1/3 коллоидных растворов (полиглюкин, гемодез) и 1/3 - 10% раствор глюкозы, 30-60 мл 4% раствора бикарбоната натрия. По показаниям вводится коргликон, строфантин, кокарбоксилаза, димедрол, преднизолон. Маннитол и гипосульфат натрия применяются в основном у детей с олигоанурией.

Лечение ожогового шока III степени проводится аналогично со II степенью, но им необходимо вводить внутривенно преднизолон 10-15 мг в сутки, контрикал (10 000-15 000 ед.), кордиамин, строфантин, эуфиллин. кокарбоксилазу.

Обычно в стадии ожогового шока у детей не следует применять антибиотики. Лишь при очень обширных и загрязненных глубоких ожоговых ранах их применяют внутривенно одно-



временно с инфузионной терапией.

Детям, не получавшим профилактических прививок, вводится по схеме 1500 МЕ противостолбнячной сыворотки с анатоксином.

Таким образом, наш опыт свидетельствует о том, что лечение детей, особенно младшей возрастной группы, в ожоговом шоке представляет значительные сложности. Применяемая нами комплексная противошоковая терапия способствовала тому, что летальность у детей в стадии шока снизилась с 8,6% (2010) до 3,3% (2019).

## АНЕМИЯ У ОБОЖЖЕННЫХ ДЕТЕЙ

Хайдаров М.М., Мурадова Р.Р., Хакимов Э.А.,  
Карабаев Х.К., Абдихалилов М.Э.

Самаркандский Государственный медицинский институт.

Как известно, при ожоговой болезни у детей происходит нарушение всех видов обмена веществ и функции жизненно важных органов и систем. В первые часы после ожоговой травмы отмечается значительная гемоконцентрация. Так, количество эритроцитов и гемоглобина повышается соответственно на 35,7-47,5% по отношению к контролю. Гематокрит (объем эритроцитов) увеличивается от 68,2% до 75об.%. (Б.С.Турсунов, Х.К.Карабаев, 2001). После того как у обожженного ребенка ликвидируется послеожоговое сгущение крови, показатели количества эритроцитов и уровня гемоглобина часто не только нормализуются, а отмечается дальнейшее снижение этих показателей красной крови.

Целью исследования является изучение гематологических показателей крови у обожженных детей.

Материалы и методы исследования. В Самаркандском филиале РНЦЭМП за 2015-2020гг. проведено обследование и лечение 126 больных с ожоговой болезнью в возрасте от 3 месяцев до 14 лет. Мальчиков было 79, девочек 47. Площадь глубокого ожога составила от 5 до 25% поверхности тела. Все больные получили комплекс консервативной терапии в стадии шока, токсемии и септикотоксемии, принятой в ожоговом центре. У них изучены важнейшие гематологические сдвиги: количество эритроцитов, уровень гемоглобина и гематокритной величины по И.Тодорову (1960). Исследования проводились на 4-5 день, 10-12 день и 18-22 день болезни. Всего произведено 649 исследований.

Результаты и их обсуждение. Наши наблюдения свидетельствуют о том, что признаки "маскированной" анемии можно наблюдать при сравнительно небольших глубоких ожогах у детей. Так, у 29 из 126 больных с ожогами менее 7-8% поверхности тела с 4 по 6 день заболевания отмечалось снижение содержания гемоглобина на 20-27 г/л и уменьшение количества эритроцитов на  $700-800 \times 10^{12}/л$  крови. К 12-18-му дню заболевания почти у всех этих больных количество эритроцитов не достигало исходного уровня. При глубоких ожогах более 10-25% поверхности тела снижение гемоглобина и уменьшение количества эритроцитов с 4-5 дня наблюдалось значительно чаще, и оно более закономерно. Анемизация приобретает постоянный характер, развивается истинная послеожоговая анемия. Истинная послеожоговая анемия имеет гипохромный характер, количество эритроцитов снижается до  $2-2,5 \times 10^{12}/л$ , содержание гемоглобина падает до 55-60 г/л. Снижение количества эритроцитов сопровождается и их качественными изменениями, выражающимися в анизоцитозе, пойкилоцитозе, гипохромии и полихромазии.

Подводя итог сказанному, следует отметить, что анемии при ожоговой болезни у детей оказываются весьма частым явлением. Закономерность развития этого процесса, соответствие стадии анемии и площади глубокого ожога дают нам полное право считать малокровие одним из главных проявлений ожоговой болезни у детей.

Послеожоговая анемия представляет собою сложное клиническое понятие. В интересах правильной оценки значения этого синдрома и повышения эффективности лечения детей с глубокими ожогами мы предлагаем: комплексную инфузионно-трансфузионную терапию, диетотерапию, раннюю некрэктомию с одновременной свободной пересадкой кожи, что способствует в восстановлении гематологических показателей крови.

Как известно, присоединение анемии значительно отягощает течение ожоговой болезни, неблагоприятно влияет на эпителизацию ран и приживление пересаженных аутодермотрансплантатов. У тяжелообожженных детей наиболее часто встречаются железодефицитные формы. По нашим данным распространенность анемии у обожженных детей составляет 99-100%.

Представленные материалы свидетельствуют о высокой распространенности анемии у обожженных детей. Для её снижения и предотвращения последствий требуется активное проведение комплексного, целенаправленного консервативного (местного и общего) и хирургического лечения.

## УЛЬТРАЗВУКА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЛЕГОЧНО-ПЛЕВРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ.

Хайитов У.Х., Ахмедов Ю.М., Бегнаева М.У.

Самаркандский государственный медицинский институт

**Введение:** Ультразвуковая диагностика - одна из самых быстро развивающихся методов клинического исследования больных. За последние годы большинство клиницистов признали его значения в комплексном обследовании детей с заболеваниями не только органов брюшной полости, но и также органов грудной полости. Долгие годы существовало мнение о невозможности УЗИ легких, так как они содержат воздух, являющихся непреодолимым препятствием для ультразвуковых волн. Однако, вследствие развития патологических процессов в плевре и легких создаются условия, приводящие к снижению воздушности легкого на определенном участке, возникает так называемое «акустическое окно», что позволяет получать достоверную информацию и проводить диагностические и лечебные мероприятия на этом участке.

В настоящее время в клинической практике диагностические и тактические ошибки в распознавании легочно-плевральных осложнений деструктивной пневмонии остаются достаточно высоким.

**Материал и методы исследования:** Под нашим наблюдением в гнойно-септическом отделении областного детского многопрофильного медицинского центра за период с 2000 по 2010 годы находились 138 больных с различными формами острой деструктивной пневмонии. Среди них с легочно-плевральными осложнениями были 107 (пиотораксом 67, пиопневмотораксом 40) детей в возрасте от 1 месяца до 15 лет. Дети от 1 месяца до 3 лет было 51 (48%), от 3 до 7 лет 27 (25%), от 7 до 11 лет 14 (13%), от 11 до 15 лет 15 (14%).

**Результаты:** Рентгенологически плевральные осложнения были выявлены в 90% наблюдений. УЗИ в 100% случаев обнаружило наличие жидкости в плевральной полости, причем у 99 больных выпот был объемом более 100 мл, а у 8 незначительное количество (25-50 мл), которое рентгенологически не визуализировалось. Эхографические данные сопоставлены с клинкорентгенологическими результатами у всех 107 пациентов, компьютерно-томографическое исследование осуществлено 5 больным с целью уточнения и дифференциальной диагностики. Для исследования легких и плевральной полости использовали линейный и конвексный датчики от 3,7-7,5 МГц, в зависимости от возраста ребенка, размеров и глубины патологического очага.

Больных обследовали, в положении лежа и стоя. Ориентиром для установления датчика служили стандартные топографо-анатомические линии грудной клетки. Сначала обследовали передние и боковые поверхности грудной клетки, затем шаг за шагом проводили исследования по межреберным промежуткам, продвигая датчик сверху вниз. Базальные отделы легких и реберно - диафрагмальные синусы исследовали через акустические окна печени и селезенки. На основании проведенных исследований был определен характер эхографических изменений в легких и плевре при различных формах деструктивной пневмонии.

При УЗИ сканировании свободной плевральной полости выпот обычно формировал эхонегативную зону и отчетливо прослеживался в виде анэхогенных участков, напоминающих по форме амёбовидную картинку. Отчетливо визуализировался расслоение париетального и висцерального листков плевры ширина, которых определялся количеством плеврального выпота. Плевральный выпот с фибринозными наслоениями представляли собой множественные, различные по толщине линейные эхоструктуры, обусловленные выпадением нитей фибрина.

**Заключение:** Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что точность ультразвукового диагностирования при пиотораксе и пиопневмотораксе 100%. Важной практической стороной применения ультразвука при исследовании плевральной полости является определение оптимального места пункции. Очаги деструкции диагностируются при УЗИ раньше, чем при рентгенологическом, всё это является основанием для рекомендации широкого применения УЗИ в качестве скрининг-метода и для выявления патологических изменений в плевральной полости.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ СИНДРОМЕ ОСТРОГО ЖИВОТА У ДЕТЕЙ

Хайитов У.Х., Бегнаева М.У., Ахмедов И.Ю.

Самаркандский государственный медицинский институт

**Введение:** Вопрос о причинах болей в животе неясного характера у детей весьма актуален. Острая боль в животе может быть связана поражением одного из внутренних органов (аппендицит, панкреатит, почечная и печеночная колика, прободением стенки желудка или кишки, кишечная непроходимость, ущемленная грыжа и др.), поражением крупных сосудов (тромбы и эмболия брыжеечных артерий, тромбы воротной или печеночной вены), иррадиацией болей из другой области (пневмония, инфаркт миокарда, плеврит, пневмоторакс и др.) или может быть проявлением системного заболевания или отравления (соли тяжелых металлов). Боли могут возникнуть и при заболеваниях нервной системы (менингоэнцефалит, опоясывающий лишай и др.), инфекционных болезнях (брюшной тиф, дизентерия, бруцеллёз, грипп и др.), гинекологических заболеваниях. Дифференциальная диагностика этих состояний строится прежде всего на изучении анатомических и клинических данных. Однако нередко лучевая диагностика в этом комплексе приобретает решающее значение.

Основные задачи лучевого исследования является: установить причину клинического синдрома, определить локализацию и распространенность патологических изменений в органах брюшной полости, выяснить характер осложнений (внутрибрюшной абсцесс, псевдокиста и др.)

**Результаты:** В результате рентгенологического исследования грудной и брюшной полости могут быть распознаны кишечная непроходимость, спонтанный пневмоторакс, конкременты почек и желчного пузыря, поражение лёгких и плевры и др. При поражении органов брюшной полости с помощью УЗИ диагностируют холецистит, панкреатит, аппендицит, желчные и почечные камни, небольшие скопления свободного газа и жидкости в брюшной полости при перфорации язвы желудка или кишки.

Если при рентгенологическом исследовании и УЗИ в условиях естественной контрастности обнаружить признаки прободения полого органа или симптомы кишечной непроходимости (чаши Клойбера) не удаётся, а результаты клинического обследования не позволяют исключить эти патологические состояния, проводят контрастное исследование ЖКТ водорастворимыми контрастными веществами.

При недостаточности данных обычного рентгенологического исследования и УЗИ показана КТ брюшной и тазовой полостей, при подозрении на камень в общем желчном протоке- холеграфия, при подозрении на нарушение мезентерального кровообращения – мезентерикография.

**Заключение:** Таким образом, рациональный выбор последовательности и преимущественности каждого из этих методов в алгоритме диагностического процесса позволил обеспечить наиболее высокую степень диагностической достоверности, достигающей при хирургических заболеваниях органов брюшной полости 84-96 %

## ОСОБЕННОСТИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

Хайитов У.Х., Бегнаева М.У., Ахмедов И.Ю.  
Самаркандский государственный  
медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

**Введение:** В хирургии детского возраста проблемы гнойно - воспалительных заболеваний мягких тканей остаётся одной из наиболее важных и сложных. В работе анализируются некоторые особенности проведения лимфатической терапии в детском возрасте при гнойно - воспалительных заболеваниях мягких тканей.

**Материал и методы исследования:** Подвергнуто лечению 118 детей (72 мальчиков, 46 девочек), в возрасте от 1 месяца до 18 лет.

С целью достижения наилучшего эффекта химиотерапии, антибиотики вводились в общей известные точки. В первые дни поступления больных применяли антибиотики широкого спектра действия с последующим подбором антибиотиков соответственно результатам антибиотикограммы. При введении антибиотика разводили 0,5% растворе новокаина соответственно методике. Однако, данная концентрация раствора новокаина вызывала у наших пациентов беспокойство. Предварительное введение раствора, новокаина как лимфостимулятора не вызвало беспокойство у больных, они спокойно переносили манипуляцию.

**Результаты:** После лимфатического введения препарата при наличии процесса на конечностях соответственно методике мы накладывали манжетку от танометра с созданием давления в 35-40 мм рт. ст. Однако, нами отмечено у части больных онемение и похолодание конечности. Поэтому нами разработана формула для расчёта давления манжетки с учётом возраста ребёнка.

$D = D_m : 3$  при этом:

$D$  - необходимое давление в манжете

$D_m$  - максимальный уровень АД больного ребёнка

3 - постоянный коэффициент

Применение формулы помогло подобрать оптимальное давление в мм рт. ст. в зависимости от исходного АД и возраста ребёнка.

**Заключение:** Результаты лимфатического введения антибиотиков указывают на высокую эффективность этого метода. Однако, при его применении необходим индивидуализированный подход с учётом состояния развития нервной системы, возраста ребёнка и исходного уровня артериального давления.

## РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ В ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Хайитов У.Х., Бегнаева М.У.

Самаркандский государственный  
медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

**Введение:** Диагностики, клиника, лечение острых хирургических заболеваний органов брюшной полости является одной из наиболее важных и, к сожалению, ещё не достаточно решённой проблемой современной медицины. Острые заболевания органов брюшной полости весьма драматичны в своём исходе. Целью настоящей работы явилось изучение эффективности региональной лимфатической антибиотикотерапии у детей с патологией органов брюшной полости, осложнённых перитонитом (деструктивный аппендицит, перитонит и кишечная непроходимость).

**Материал и методы исследования:** Для решения поставленных задач на обследовании и лечении находились дети в возрасте до 15 лет с нагноительными процессами органов брюшной полости в послеоперационном периоде за последние 5 лет в отделение детской хирургии на базе областного детского многопрофильного медицинского центра города Самарканда. Основную группу составили 94 детей, которые на комплексного лечения получали региональную лимфатическую антибиотикотерапию, т.е. антибиотики вводились лимфатически в зависимости от региона поражения. При этом для введения антибиотиков микрокатетер оставлялся интраоперационно в забрюшинном пространстве и в брыжейке тонкого кишечника. В послеоперационном периоде антибиотики вводилось именно по этим микрокатетерам, а также вводилось по внутренней поверхности н/3 бедра 1-2 раза в сутки в зависимости от тяжести и глубины поражения гнойным процессом. В контрольной группе, которая состояла из 104 детей, на фоне комплексной консервативной терапии антибиотики вводилось традиционным методом.

**Результаты:** Анализ полученных результатов применения региональной лимфатической антибактериальной терапии у детей с нагноительными заболеваниями органов брюшной полости показал, что результаты различных способов введения антибиотиков на фоне комплексного лечения имеют свою специфичность. Полученные результаты в процессе лечения детей с нагноительными заболеваниями органов брюшной полости в сравнительном аспекте показали следующее: в основной группе детей в послеоперационном периоде стабилизация общего состояния наступала намного раньше, чем у детей в контрольной группе. Уровни Т и В-лимфоцитов и иммуноглобулинов в сыворотке крови в основной группе имели более быструю и достоверную тенденцию к нормализации, чем в контрольной группе детей, получавших традиционную антибактериальную терапию. Бактериологическое исследование гнойного содержимого раны и полученного содержимого из брюшной полости также имело положительную динамику. Но несмотря на проводимую терапию, также наблюдались осложнения и в основной группе, но в более меньшем количестве, чем у детей в контрольной группе, которые имели следующий характер: инфильтраты вокруг операционной раны с 10 до 3 наблюдений, нагноение раны с 6 до 1 случаев. Отмечался один летальный исход вследствие позднего поступления больного в стационар.

**Заключение:** Таким образом, проведенные исследования у детей с нагноительными заболеваниями органов брюшной полости (основная и контрольная группы) показали высокую эффективность региональной лимфатической антибиотикотерапии, что заключалось в стабилизации клинического состояния больного, нормализации клинических и лабораторных показателей достоверно наступает раньше, а процент послеоперационных осложнений резко снижается.

Применение данного способа в комплексном лечении детей с нагноительными заболеваниями органов брюшной полости имеет также большой экономический эффект, заключающийся в уменьшении кратности введения антибиотиков, сокращения койко-дней.

**ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ У ДЕТЕЙ.****Хамраев А.Ж., Жураев Ш.Ш.**

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

Актуальность. Геморрой у детей встречается редко. Учитывая особенности клинического течения геморроя у детей, тактика лечения имеет своеобразный характер, что является актуальным в детской колопроктологии.

Цель: Улучшить результаты лечения геморроя у детей, путем оптимизации тактики комплексного лечения.

Материалы и методы: На клинической базе госпитальной детской хирургии ТашПМИ за последние 8 лет на стационарном и амбулаторном лечении находились 65 больных детей с геморроем в возрасте: до 1 год – 2 (1,6%); 1–3 лет – 12 (18,3%); 3–6 лет – 33 (53,3%); 7–12 лет – 10 (15%); 13–18 лет – 8 (11,6%). Выявлен наружный геморрой – у 60 (96,6%); внутренний – у 3 (3,4%) и сочетания внутреннего и наружного у 2 (3,4%). Мальчики составили – 50 (77%), девочки – 15 (23%).

Всем больным проводились обследования: общеклиническое, лабораторное, ректальное пальцевое, аноскопии и ректоскопии, ректороманоскопии, УЗИ с доплером, полипозиционной ирригографии с целью дифференциальной диагностики. Нами изучены отдельные результаты лечения геморроя у 44 больных на основе катамнестических и комплексных клинических обследований.

Результаты и их обсуждение. При первичном осмотре размеры геморроидальные узлы ГУ составили от 0,5 см. до 2,5 см в диаметре. с одним узлом – у 32 (63%) больных; с двумя – у 22 (22%); с тремя – у 8 (11%) и более 3-х – у 3 (2,2%). ГУ сливались друг с другом с образовали подушки, где они чаще локализовались на 4, 7 и 11 часах условно часового циферблата. Локализации первой подушки отмечено на 2-5 часах – у 11 (29,8%); второй на 6-9 часах – у 15 (35,1%) и третья на 10-12 часах 14 (35,1%). ГУ по клиническому течению имели: постоянный характер – у 40 (86,4%) больных, транзитное – у 19 (13,6%), у 6 (11,3%) больных отмечался тромбоз ГУ.

В тактическом плане, дети с геморроем в раннем (до 3 лет) и дошкольном возрасте подлежали только к консервативному лечению и динамическому наблюдению, в связи отсутствием у больных экстренных клинических проявлений (кровотечение) геморроя угрожающих состояние ребенка и часто имело место транзитного характера клиническое течение.

У детей школьного и старшего возраста при лечении острого тромбоза геморроя в пищевом режиме предусматривали акцент на профилактику и лечения хронического запора, коррекция питания детей, содержащую достаточное количество шлаков. Клизмы при этом являлись активным методом профилактики и лечения вторичного геморроя.

У больных детей с геморроем с сочетанием хроническим колостазом проводили консервативное лечение: очистительные и лечебные клизмы раствором ромашки, облепиховой и антигеморрагические свечи и венопротекторы (детролекс). При необходимости проводили аноректальную баллонодилатацию и при наличии воспалительного отека в ГУ назначали светодиодный лазер (СДЛ).

При отсутствии эффекта в первые 3 дня от проводимого местного лечения, перешли на комбинированную. При комбинированном лечении проводили: СДЛ+ электрофорез (Э) + болюсокомпрессия (БК) + электростимуляция (ЭСМ) у больных до 5 летнего возраста в течение 3-5 дней. У больных старше 5 лет ЭСМ заменили на БОС терапию. Такой комбинации применения консервативных манипуляций в зависимости от возраста больных и размеру ГУ, нами получено у 50 (76,9%) случаях хорошие результаты.

При хирургическом лечении геморроя у детей в возрастном аспекте имели тактические и технические особенности. Среди предложенных многочисленных хирургических методов ГЭ у взрослых в детском возрасте применяли только более щадящие методы. При этом, важным моментом выбора метода является оценка состояния основания ножки единичных или множество одиночных ГУ.

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КОЖНО-УРЕТРАЛЬНЫЕ СВИЩИ ПРИ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ.

Хотамов Х.Н., Нарзуллаева М.Х.

Ташкентский Педиатрический медицинский институт.

**Введение.** Гипоспадия является одним из самых распространённых пороков развития мочеиспускательного канала у мальчиков и, несмотря на многочисленные исследования, продолжает привлекать пристальное внимание ученых и практикующих врачей. Гипоспадия встречается, в среднем у 1:125 — 1:150 новорождённых мальчиков.

По данным американского центра контроля за болезнями количество детей с гипоспадией за последний 30 лет увеличилось в два раза. Если данная традиция сохранится, то к 2030 году на 100 здоровых мальчиков будет рождаться один ребенок с гипоспадией.

Цель работы — разработать метод прогнозирования возникновения кожно-уретральной свищей (КУС) при пластике неоуретра, путем исследования качественных показателей форменных элементов крови.

**Материал и методы.** В работу включены данные клинических наблюдений 203 мальчиков с гипоспадией на протяжении с 2000 по 2019 годы в отделениях детской урологии клиники ТашПМИ. Были проанализированы результаты хирургического лечения и местной обработки послеоперационного поля при гипоспадии.

Были распределены на 3 группы. 1 группа (контрольная) — 63 больных, которые в послеоперационном периоде получали традиционное местное лечение.

В контрольной группе у 11 из 63 больных отмечалось образование КУС, что составило 17,5%.

Вторую группу составили 60 детей, которым в послеоперационном периоде проводили местное лечение неоуретры по предлагаемому способу. Позитивное воздействие предлагаемого способа лечения проявлялось в снижении частоты осложнений в виде образования КУС с 17,4% до 6,6% и привело к уменьшению потребности в повторных оперативных вмешательствах в 2,7 раза. В ходе исследования нами обнаружена диагностическая значимость соотношения показателя индекс форменных элементов крови (ИФЭК) отношение числа лимфоцитов к произведению числа моноцитов и палочкоядерных нейтрофилов.

У пациентов, леченных традиционным способом, данный показатель был равен 11,2. В группе больных, леченных разработанным нами способом, данный показатель был равен 7,5. Различия в сравниваемых группах были достоверными ( $P < 0,01$ ). Полученные данные свидетельствуют об информативности предлагаемого показателя. Для подтверждения этого нами изучены данные пациентов с УДФ ( $n=15$ ) и больных ( $n=15$ ) без осложнений.

У больных с УДФ данный показатель индекса крови был равен 11,5, тогда как у больных, не имевших осложнений, он составил 5,37. Достоверность различий индекса в исследованных группах была значимой ( $P < 0,01$ ). На основании величины данного индекса была выработана тактика оперативного вмешательства и выбран способ местной обработки. Это позволило нам дифференцированно подходить к определению показаний для оперативного лечения. Учитывались общее состояние пациента, картина периферической крови и её биохимические показатели. При значениях индекса более 5,0 пациенту до госпитализации в хирургический стационар рекомендовалась предварительная общеукрепляющая (диета, поливитамины, элеутерококк, пентоксил, пантокрин и др.) терапия в амбулаторных условиях. При показателе менее 5,0 пациенты госпитализировались для проведения оперативного вмешательства.

Третью группу составили 80 больных, отобранные для операции после определения индекса форменных элементов крови. В послеоперационном периоде и этим группам больных ( $n=80$ ) проводилось местное лечение неоуретры предлагаемым методом.

**Результаты и обсуждение.** Возможным информативным критерием может служить соотношение отдельных групп форменных элементов крови. Нами обнаружена диагностическая значимость индекса форменных элементов крови (ИФЭК) вышеуказанного индекса.

У пациентов, пролеченных традиционным способом, данный показатель был равен  $11,2 \pm 0,3$ . В группе больных, леченных предлагаемым способом, его величина составила  $7,5 \pm 0,2$ . Различие в сравниваемых группах было достоверным ( $P < 0,01$ ). Полученные данные свидетельствуют об информативности предлагаемого показателя.



Видимо, данный показатель характеризует интенсивность регенераторных процессов и, на этом основании, нами определялась тактика оперативного вмешательства и выбирался способ местной обработки.

Таким образом, предлагаемый индекс оказался информативным и прогностическим, характеризовал тяжесть послеоперационного течения и возможно, может служить прогностическим критерием адаптивных возможностей детского организма.

Заключение: Таким образом, тщательный подбор больных к операции с учетом показателя индекса форменных элементов крови и применение предлагаемого способа местного лечения неоуретры способствуют достоверному снижению образования КУС.

## ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

Худояров А. С.

Самаркандский государственный  
медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

**Цель:** изучить влияние гестационного пиелонефрита и его осложнений на беременность.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением в г.Самарканде, 4-роддоме в отделении патологии беременных в период 2019-2021 гг., 57 пациенток с ГП в сроки беременности от 18 до 36 нед. Диагностика ГП базировалась и включала клинические, лабораторные, инструментальные и ультразвуковые (включая УЗДГ) методы исследования. В ряде наблюдений при подозрении на гнойный характер заболевания мы проводили МРТ. При обращении пациентки предъявляли жалобы на лихорадку с ознобом, боль в поясничной области, присутствовали признаки интоксикации. В лабораторных анализах – лейкоцитоз и лейкоцитурия, бактериурия. Микробиологические исследования позволили установить, что этиологическим фактором ГП наиболее часто служили *E. coli* (64,91%), реже – *P. mirabilis* (12,28%), *Klebsiella spp.* (7,01%), *Staphylococcus* (10,52%), в 5,26% наблюдениях нами зарегистрирована ассоциация *E. coli* и *Staphylococcus aureus*. При УЗИ у 44 (77,19%) пациенток были выявлены признаки суправезикальной обструкции (дилатация чашечнолоханочной системы – ЧЛС). У 13 (22,81%) пациенток с ГП предшествовала дизурия. Для оценки органного кровотока и выявления морфоструктурных изменений в паренхиме у 49 (86%) пациенток нами выполнялась УЗДГ почек. При этом у 14 (28,57%) пациенток из 49 в паренхиме почки выявлены гипэхогенные очаги от 0,5 до 3,5 см неправильной треугольной или округлой формы, в центре которых практически не регистрировался кровоток, однако отмечено усиление периферического сопротивления в огибающих сосудах (зоны инфильтрации); У 1 пациентки выявлен анэхогенный очаг 2,5x2,9 см округлой формы (абсцесс), по поводу которого пациентка оперирована открытым путем. С целью уточнения диагноза, определения стадии ГП и тактики лечения 12 (21,05%) пациенткам нами выполнена МРТ.

### Результаты.

Ранняя диагностика, стадирование, своевременное дренирование ВМП и адекватная антибактериальная терапия позволили в 56 (98,2%) наблюдениях купировать атаку острого пиелонефрита, не прибегая к открытым оперативным пособиям. У 55 пациенток родоразрешение осуществлено в сроки 39–40 нед. Из них самостоятельно родили 43 пациентки, у 12 выполнено кесарево сечение. У 2 пациенток из-за индивидуальной непереносимости катетера-стента родоразрешение осуществлялось в сроки 36 и 37 нед путем кесарева сечения. Во всех наших наблюдениях дети родились здоровыми (7–9 баллов по шкале Апгар).

**Заключение.** Таким образом, накопленный в последние годы опыт ранней диагностики и лечения больных ГП с хорошими отдаленными результатами доказывает возможность применения при ГП малоинвазивных методов диагностики (УЗИ, УЗДГ и МРТ) и лечения. Ранняя диагностика, стадирование, своевременное дренирование ВМП и адекватная антибактериальная терапия позволили в 56 (98,2%) наблюдениях купировать атаку острого пиелонефрита, не прибегая к открытым оперативным пособиям.

## УСОВЕРШЕНСТВОВАННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО УСТРАНЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Чепурной М.Г., Чепурной Г.И.,  
Кацупеев В.Б., Чилибийский Я.И.

Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования «Ростовский  
государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ростов-на-Дону

**Введение.** В последние годы естественное развитие хирургии, как и медицины в целом, идет по пути разработки и внедрения в практику патогенетически обоснованных, органосохраняющих технологий в лечении практически любой хирургической патологии. Особенно это должно быть применимо к сложным морфофункциональным заболеваниям органов пищеварительной системы. Хирургия острой дуоденальной непроходимости нуждается в пересмотре с позиции современного понимания патофизиологических процессов и на их основе разработки новых органосохраняющих технологий функциональной реконструкции двенадцатиперстной кишки. В связи с этим разработка проблемы восстановления конфигурации двенадцатиперстной кишки после выполнения операций на ней оказалась весьма перспективной и актуальной.

**Цель.** Улучшить функцию двенадцатиперстной кишки после операции по Kimura, выполненной по поводу врожденной дуоденальной непроходимости, путём восстановления подковообразной формы duodenum.

**Материал и методы.** Проведён сравнительный анализ 2 групп больных: 1-я группа – 31 больной, оперированные с мобилизацией нижней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки и наложением дуоденодуоденоанастомоза по Kimura без восстановления подковообразной формы duodenum; 2-я группа – 11 детей, оперированные по аналогичной методике, но с восстановлением подковообразной конфигурации duodenum путём фиксации начального отдела тощей кишки к связке Трейтца. После операции у пациентов обеих групп рентгенологически сравнивалось время прохождения бариевой взвеси через двенадцатиперстную кишку.

**Результаты.** У детей 1-й группы время прохождения контраста по duodenum составило  $43,9 \pm 3,9$  с, что приблизительно в 2 раза быстрее по сравнению с нормой. У пациентов 2-й группы этот показатель был больше в 3–4 раза по сравнению с больными 1-й группы и составил  $158,2 \pm 18,2$  с. Такое замедление продвижения химуса по двенадцатиперстной кишке удлиняло экспозицию пищевых масс с соком поджелудочной железы, жёлчью и кишечным соком, а, следовательно, повышало функцию duodenum.

**Заключение.** Авторы рекомендуют заканчивать операцию устранения врожденной дуоденальной непроходимости по технологии Kimura восстановлением подковообразной формы duodenum путём фиксации начального отдела тощей кишки к связке Трейтца.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГАЛАВИТА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Шавази Н. М, Ибрагимова М. Ф, Гайбуллаев Ж. Ш, Алланазаров А. Б.  
Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Внебольничная пневмония относится к наиболее частым заболеваниям у детей, которая является одной из главных причин смерти от инфекционных болезней. Основным возбудителем заболевания является пневмококк, который выявляется в 30-50 % случаев заболевания. На втором месте находятся возбудители так называемой «атипичной» пневмонии – *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, удельный вес которых составляет в пределах от 3 до 22 %. Ведущим механизмом патогенеза заболевания является противовоспалительный компонент и поэтому в терапии пневмонии мы включили противовоспалительный препарат Галавит.

Цель научного исследования: Изучить эффективность применения препарата Галавит в комплексной терапии пневмонии у детей

Материал и методы исследования. В зависимости от назначенной терапии 40 пациентов в возрасте от 6 до 15 лет были разделены на 2 группы, которые находились на стационарном лечении в СФРНЦЭМП в отделениях №1 и 2 педиатрии. В основную группу включено 20 детей, у которых комплексная терапия пневмонии сопровождалась назначением Галавита в возрастной дозировке. В контрольную группу вошли 20 больных, получавшие только комплексное лечение. Препарат назначался по одному суппозиторию ежедневно в течение 5 дней, затем по 1 суппозиторию через день в течение 10 дней. Курс 15 суппозитория. Оценка эффективности препарата проводилась на основании изучения динамики общего состояния ребёнка, клинических симптомов, физикальных изменений в легких, рентгенологических данных.

Результаты исследования: При поступлении общее состояние оценено у детей I группы как среднетяжелое у 16 (80,0%), у 3 – тяжелое (15,0%) и крайне тяжелое у 1 (5,0%), а у детей II группы среднетяжелое у 17 (85,0%), у 2 – тяжелое (10,0%) и крайне тяжелое у 1 (5,0%), что свидетельствует об относительном одинаковой степени тяжести состояния у больных обеих групп. Результаты проведенных исследований до лечения показали, что у 16 (80,0%) больных 1-й группы и у 14 (70,0%) больных второй группы наблюдались признаки интоксикации. У 19 (95,0%) и у 16 (80,0%) больных 1-й и 2-й групп наблюдался кашель. У 4 (20,0%) и у 5 (25,0%) больных наблюдалась одышка. Анализ физикальных изменений в легких, являющихся наиболее манифестными симптомами пневмонии, показал, что если на фоне традиционной терапии перкуторные изменения в легких нормализовались на  $5,6 \pm 0,3$ , аускультативные на  $5,1 \pm 0,3$  сутки, то в группе с применением Галавита наблюдалось достоверно ускоренное улучшение данных показателей  $3,9 \pm 0,4$ ;  $4,1 \pm 0,3$ ;  $P < 0,02$ . Включение свечей галавит в комплекс проводимого традиционного лечения в конечном итоге проявилось уменьшением длительности пребывания больных в стационаре в сравнении с больными II группы, в среднем на 1,0 день, составив при этом у больных II группы  $4,8 \pm 0,3$  койко-дня ( $P < 0,05$ ).

Выводы. Таким образом Галавит является эффективным противовоспалительным препаратом, который уменьшает частоту острых инфекций дыхательных путей, сокращает продолжительность их течения, снижает вероятность обострений пневмоний, а также увеличивает сопротивляемость организма к инфекциям дыхательной системы. Исходя из вышеизложенного Галавит может быть рекомендован для лечения детей с пневмонией.

## АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛУХА, ГОРЛА И НОСА У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ж.А., Атакулов Д.О., Махмудов З.М.,  
Данияров Э.С., Курбанов С.Х.  
Самаркандский Государственный медицинский  
институт, Самарканд, Узбекистан

**Введение:** Инородные тела уха, горла или носа, особенно у детей, – достаточно частая причина обращения к врачу. Наиболее распространенными инородными телами являются кусочки пищи, пластиковые игрушки и небольшие предметы домашнего обихода. Зачастую правильный диагноз устанавливается не сразу, поскольку не всегда родители присутствуют при попадании инородных тел, а симптомы этого состояния неспецифичны. Большинство инородных тел уха и носа могут быть удалены квалифицированным врачом в амбулаторных условиях с минимальным риском осложнений. Общепринятые методы удаления включают использование щипцов, промывание водой и отсасывание инородного предмета катетером.

**Цель:** провести анализ результатов лечения с инородными телами уха, горла и носа у детей.

**Материал и методы исследования:** В основу настоящей работы положен анализ обследования и лечения 74 больного с инородными телами уха, горла и носа (ИТ) получившие лечение в 2-клинике СамМИ за период с 2010 по 2020 годы. Мальчиков было – 43 (58%), девочек – 31 (42%). В основном дети младшей возрастной группы (от 1- до 6 лет) 69 (93%). По характеру инородные тела делились: орехи (горох, арахис, семя подсолнуха и т.д) (37%), стеклянные шарики, бусинки, жемчуг (40%), батарейки (2%), маленькие игрушки и их пластмассовые части (11%), колпачки от маркеров и ручек (6%), закрытые булавки, гвозди, шурупы (1%), медицинские таблетки, драже (2%), и мелкие насекомые (1%). В основном родители обращались сразу после попадания ИТ в приемное отделение клиники и этим больным оказывалась помощь в хирургическом стационаре одного дня (ХСОД).

**Результаты:** Для удаления инородного предмета его необходимо видеть. Проведение слепых манипуляций и «проталкивание» предметов дальше противопоказаны. Наружный слуховой проход сужается по направлению к костно-хрящевому соединению (перешейку). Когда в этом месте застревают инородные тела, их удаление представляет значительные трудности. Среди доступных методик мы применяли промывание водой, удаление щипцами, петлей для ушной серы, крючками и отсасывание при помощи катетера. Живые насекомые быстро умерщвлены инстилляцией спирта, 2% раствором лидокаина или растительного масла в наружный слуховой проход. До удаления инородного тела для уменьшения отека слизистой оболочки носового хода мы применяли детский «Пинасол», с целью обезболивания — лидокаин. Удаление производили при помощи щипцов, изогнутых крючков или отсасывания катетером. Также извлечь инородное тело можно, заведя тонкий катетер-баллон (катетер Фоли № 5 или 6) за инородное тело, а затем надув баллон и потянув его кпереди по направлению к ноздре, где удаление инородного тела не представляет особых сложностей. Кнопочные батарейки должны быть удалены из носа как можно быстрее из-за опасности ожога и некроза окружающих тканей.

**Заключение:** Таким образом, ИТ довольно часто встречаются в практике детского хирурга. Поэтому при поступлении пациента необходимо тщательно осмотреть нос, рот, глаза после удаления какого-либо инородного тела наружного слухового прохода. Манипуляции, связанные с удалением, зачастую болезненны, могут спровоцировать кровотечение, которое ограничивает зрительный контроль, а также вклинивание инородного тела. Больным данной категории должен оказывать помощь опытный врач, который может удалить инородное тело непосредственно на амбулаторном приеме.

## ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ СРЕДИННЫХ И БОКОВЫХ КИСТ И СВИЩЕЙ ШЕИ.

**Шамсиев Ж.А., Ибрахимов Ш.Х.,  
Бабаяров К.Р., Махмудов З.М., Атакулов Д.О.**  
Самаркандский Государственный  
медицинский институт, Самарканд, Узбекистан.

**Введение:** Врожденная срединная киста и свищи шеи – сравнительно частая патология и встречается до 2% детей. Осложнением врожденных срединных кист шеи является воспаление и нагноение. По поводу чего они обращаются к хирургу поликлиники и после вскрытия и спадения признаков воспаления кисты временно исчезают, но не исчезает сама причина, что приводит к рецидиву заболевания.

Цель исследования – улучшить результаты лечения врожденных кист и свищей шеи.

**Материал и методы исследования:** Во 2-клинике СамМИ с период с 2016 по 2020 года находилось на стационарном лечении 73 больных с предварительным диагнозом: врожденная срединная киста и свищи шеи. Из них у 49 (67%) больных отмечалось киста шеи, а у 24 (32%) больных свищ. Соотношение по полу преобладали девочки: девочек было 37 (50%), мальчиков 36 (49%). В возрасте до 3-х лет было 23 (31%), до 7 лет – 22 (30%), от 7 до 18 лет – 28 (%). Из них 13 городских составило 13 (17%) больных, а сельских 60 (82%). Рецидивов было - 2 (2%) пациентов. Первично обратились 49 (67%) больных, повторных обращений было 13 (18%), 11 (15%) больных поступило после неоднократного вскрытия нагноившейся кисты.

**Результаты:** Все больные после полного клинико – лабораторного обследования были прооперированы. При этом интраоперационно у 7 (9%) больных диагностирована атерома, которые были удалены. В остальных случаях обнаружена срединная киста или свищ шеи, при этом хирургическая тактика заключалась в иссечении свищевого хода или кисты с частичной резекцией прилежащего к ним тела подъязычной кости. При изучении непосредственных и отдаленных результатов лечения обнаружено, что повторного рецидива заболевания не отмечалось.

**Заключение:** Таким образом, при хирургической коррекции врожденных кист или свищей шеи предпочтение следует отдавать к иссечению кисты или свища с частичной резекцией прилежащего к ним тела подъязычной кости, что позволяет значительно улучшить результаты лечения.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ЭПИФИЗАРНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

**Шамсиев Ж.А., Махмудов З.М.,  
Байжигитов Н.И., Данияров Э.С., Атакулов Д.О.**  
Самаркандский государственный  
медицинский институт, Самарканд, Узбекистан.

**Введение:** Острый гематогенный остеомиелит (ОГЭО), несмотря на современные методы диагностики и лечения, является одним из наиболее тяжелых заболеваний у детей и до сих пор остается серьезной проблемой хирургии детского возраста. Но наибольшие трудности для врача представляют диагностика и лечение эпифизарного остеомиелита (ЭО), возникающего у детей раннего возраста. Свидетельством тому являются исследования многих авторов, которые показали, что ошибки в диагностике ЭО составляют от 33% до 50%, а количество диагностических ошибок на этапе обращения к фельдшеру и участковому врачу могут достигать 60%.

**Цель работы:** провести анализ хирургического лечения при ОГЭО у детей раннего возраста.

**Материал и методы.** В отделение хирургии новорожденных 2- клиники СамМИ за период с 2014 по 2021 года получили стационарное лечение 60 больных с различными формами ОГЭО. Из них мальчиков было 32 (61,5%), девочек 28 (38,5%). Превалировали больные из сельской местности 48 (80,0%), городских было 12 (20,0%). В зависимости от формы заболевания они распределились следующим образом: местная форма развилась у 46 (76,7%) пациентов, у остальных 14 (23,3%) выявлены септико-пиемическая форма заболевания – у 9 (17,3%) тотальное поражение эпиметафизарной зоны сустава и кости с развитием обширной остеомиелитической флегмоны, в 3-х случаях (5,8%) отмечалось развитие множественной формы заболевания с поражением 2 и более суставов.

**Результаты:** Основным методом в диагностике ОГЭО, кроме осмотра пораженного участка, явилось выполнение ультразвуковых исследований, при этом оценивались мягкие ткани, анатомическая структура костей, состояние суставной капсулы и полости. При запущенных формах заболевания (более 4-х суток) визуализировались структурные изменения костной ткани в метаэпифизарной или эпифизарной зонах. В зависимости от формы заболевания проводилась соответствующая хирургическая тактика: артротомия или вскрытие остеомиелитической флегмоны.

**Выводы.** Таким образом, ОГЭО, является тяжелым заболеванием у детей раннего возраста, и своевременная диагностика позволяет снизить количество тяжелых осложнений заболевания. УЗИ является эффективным, надежным и общедоступным методом при ранней диагностике ОГЭО. Немаловажным фактором является то, что диагностический метод высоко информативен и безопасен в связи с отсутствием лучевой нагрузки.

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ТРАХЕИ И БРОНХОВ У ДЕТЕЙ**

**Шамсиев Ж.А., Рузиев Ж.А.,  
Исаков А.М., Данияров Э.С., Бабаяров К.Р.**  
Самаркандский государственный  
медицинский институт, Самарканд, Узбекистан.

**Введение.** Аспирация инородного тела относится к жизнеугрожающим состояниям, так как вследствие нарушения проходимости дыхательных путей развивается острая дыхательная недостаточность, способная привести к асфиксии. После аспирации инородного тела внезапно возникает резкий приступообразный кашель, удушье, стенотическое дыхание, гиперемия или цианоз лица, слезотечение и гиперсаливация. Дальнейшее развитие клинических симптомов зависит от характеристики инородного тела, его локализации и сроков нахождения в дыхательных путях (ДП). Основным методом диагностики и лечения инородных тел дыхательных путей — бронхоскопия, которая проводится после рентгенологического обследования.

**Цель.** Анализ применения ригидной видеобронхоскопии при диагностике и лечении инородных тел трахеобронхиального дерева у детей.

**Материал и методы исследования.** За период с января 2000 по июнь 2019 годы в отделении торакальной хирургии 2 клиники СамМИ на стационарном лечении и обследовании находилось 1355 детей с подозрением на инородные тела дыхательных путей.

Основную группу детей составляли дети первых 7 лет жизни (88,6%), из которых самой многочисленной была группа детей раннего возраста жизни (56,3%). Из 1355 детей, госпитализированных с подозрением на инородные тела дыхательных путей у 407 (30,0%) диагноз исключен, а у 948 (70,0%) диагноз подтвержден.

Среди обследованных больных преобладали мальчики 858 (63,3%), по сравнению с девочками 497 (36,7%).

Дети из сельской местности преобладали над городскими в 4,5 раза, 1107 (81,7%) против 248 (18,3). В среднем тяжелом состоянии поступило 1162 (85,8%) детей. Тяжелое состояние отмечено у 167 (12,3%) пациентов. Крайне тяжелое состояние при обращении за помощью наблюдалось у 24 (1,8%) детей.

**Результаты.** Всем больным при поступлении выполняли рентгенологическое обследование органов грудной полости, при котором инородные тела были выявлены 26,6 % человек. У остальных больных инородные тела не обнаружены, т. к. они оказались нерентгеноконтрастными. Использовались комплекты ригидного бронхоскопа Фриделя. Для интубации трахеи при видеобронхоскопии использовали 6,0 мм тубус бронхоскопа. После гипервентиляции легких, с мониторингом гемодинамических показателей в тубус вводили 3,0 мм эндоскоп с подключением видеосистемы, для наилучшей визуализации слизистой трахеобронхиального дерева и для определения характера инородного тела. Видеобронхоскопия проводилась в течение 6-10 секунд. После обнаружения инородного тела, эндоскоп удаляли и инородное тело удалялось с помощью щипцов. Далее проводилась контрольная видеобронхоскопия (6-10 сек) и бронхолаваж с физ. раствором (микроскопия). В результате применения «видеобронхоскопии» - сократились длительность манипуляции, сроки пребывания больных в стационаре, сократилось количество повторных «санационных бронхоскопий» и количество рентген исследований.

**Заключение.** 73,4 % инородных тел бронхов нерентгеноконтрастны, поэтому при упорном течении хронического нагноительного процесса в легком и отрицательных данных рентгенологического обследования следует прибегать к диагностической бронхоскопии.

Всем больным с подозрением на инородное тело бронхов показана диагностическая бронхоскопия. Эффективность и безопасность процедуры удаления инородных тел у детей зависит от оснащенности учреждения и опыта врача-эндоскописта. Также «видеобронхоскопия» является надежным методом мониторинга лечения гнойного эндобронхита при длительно находящихся инородных телах дыхательных путей.



**АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ**

**Шамсиев Ж.А., Шамсиев А.М., Исаков А.М.,  
Рузиев Ж. А., Авезова Н. Ш., Шавдирова Г.М.**  
Самаркандский государственный  
медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

**Введение.** Ожог пищевода в зависимости от причинного фактора бывает двух видов: химические и термические ожоги пищевода. Ожоги пищевода у маленьких детей по частоте занимают первое место среди большинства болезней пищевода. Термические ожоги в свое время делятся на ожоги, вызываемые парами и газами и ожоги, вызываемые горячими жидкостями. При проглатывании горячей жидкости ожог чаще ограничивается слизистой оболочкой полости рта и глотки без поражения пищевода. Химические ожоги глотки и пищевода как по течению, так и по последствиям являются более тяжелыми. Глубина, тяжесть ожога зависит от концентрации и химической природы вещества, а также его количества и времени контакта со слизистой оболочкой. При химических ожогах 1 и 2 степени пищевод восстанавливается полностью. При ожогах 3 степени улучшение бывает временным. На 4 неделе после получения травмы возникает клиника непроходимости пищевода – затруднение при глотании, рвота, слюнотечение.

**Цель.** Анализ результатов лечения ожогов пищевода у детей.

**Материал и методы исследования.** За период с 2016 по 2020гг. в отделении торакальной хирургии 2-клиники Самаркандского государственного медицинского института пролечено 77 пациента с различными формами ожоги пищевода. Мальчиков было 45 (58%), девочек 32 (42%). Больные до 1 года -3 (4%), 1-3 лет 38 (49%), 4-7 лет 29 (38%), и с 8 лет до 18 лет было 7 (9%) пациента. При этом термические ожоги были у 32 (42%) детей, в основном кипятком в 30 (94%) и горячим чаем в 2 (6%) случаях. Термические ожоги в основном были I степени. Химических ожогов было в 45 (58%) случаях.

**Результаты.** По течению химические ожоги были намного тяжелее и в дальнейшем отмечалось рубцовые изменения слизистой пищевода у 27(35%) пациентов. Причиной последнего были следующие вещества бытовой химии: моющее средство «Казан» – 13 (48%), калий перманганат – 2 (7%), натрий гипохлорид -1(4%), уксусная эссенция – 5 (19%), каустическая сода – 2 (7%), чистотел – 3(11%) и аммофос – 1(4%) случаев. Из 27 пациентов у 16 (59,3%) произведена операция наложение гастростомы по Кадеру с проведением назогастральной нити для проведения бужирования пищевода. Остальным 11(40,7%) пациентам лечения проведено методом «слепого» бужирования пищевода. Больные находились на учете в течении 3 лет. В отдаленном периоде 31(40,3%) больной обследован в отделении и на эзофагоскопии не обнаружено рубцового стеноза.

**Заключение.** Правильное оказание первичной помощи и выбор верной тактики диагностики и лечения пациентов с химическим ожогом пищевода способствует снижению осложнений и инвалидизации детей с данной патологией. Наиболее часто (49 % пострадавших) страдают дети от 1 до 3 лет, что объясняется активностью ребенка в этом возрасте, с природным любопытством, их привычкой пробовать все в рот, и недосмотром со стороны родителей. Основная мера профилактики ожогов пищевода у детей – это правильное хранение бытовой химии.

## ЗНАЧЕНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНА-1В И ИНТЕРЛЕЙКИНА-18 В РАЗВИТИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ж.А., Шамсиев А.М.,  
Пулотов П.А., Юсупов Ш.А., Данияров Э.С.  
Самаркандский Государственный Медицинский Институт

**Введение:** Равновесие между продукцией, экспрессией и ингибцией синтеза белков семейства IL-1 $\beta$  играет одну из основных ролей в развитии, регуляции и исходе воспалительного процесса. IL18 рассматривается как один из ключевых факторов противомикробной защиты организма. В случаях уже имеющегося уролитиаза, исследование ассоциации молекулярно-генетических маркеров с развитием мочекаменной болезни (МКБ) является актуальным.

**Цель исследования:** изучение ассоциации генов интерлейкина-1 $\beta$  и интерлейкина-18 с развитием уролитиаза у детей

**Материалы и методы исследования.** Нами проведено клиническое обследование 100 детей с уролитиазом и 100 практически здоровых детей. Сбор материала проводился на базе 2 Клиники Самаркандского Государственного медицинского института. Среди больных преобладали дети школьного возраста – 69 (69%). Уролитиаз чаще встречается среди мальчиков – 68 (68%) детей, чем среди девочек 32 (32%).

Молекулярно-генетические исследования проводились в лаборатории геномики при Институте Биоорганической химии (ИБОХ) Академии Наук Республики Узбекистан (АН РУз). Выделение ДНК из цельной крови осуществлялось набором реагентов Diatom™ DNA Prep 200 (производство ООО “Лаборатория ИзоГен”, Москва, Россия). Был произведен дизайн праймеров и подбор рестриктаз для полиморфизмов генов интерлейкина-1 $\beta$  (IL-1  $\beta$ ) и интерлейкина-18 (IL-18).

**Результаты исследования:** распространенность частот генотипов TT, TC и CC гена IL-1 $\beta$  у детей, страдающих уролитиазом, составила 29%, 44% и 27% соответственно, тогда как в контрольной группе – 22%, 64% и 15% соответственно. Частоты распределения генотипа гетерозигот CC составляли 27%, а в контрольной группе 15% соответственно ( $\chi^2=0,47$ ;  $p=0,24$ ; OR=1,35; 95% CI 0,57-3,17; df=1). Выявление аллеля C в 1,4 раза повышало риск возникновения МКБ у детей, по сравнению с наличием аллеля T (95% ДИ = 0,68-2,93, df=1). Анализ частот генотипов гена IL-1 показал, что распределение анализируемых генотипов в нашей популяции соответствует распределению Харди-Вайнберга (ХВ) ( $\chi^2=6,77$ ;  $p=0,03$ ). Распространенность частот генотипов AA, AC и CC гена IL-18 у детей, страдающих МКБ, составила 52%, 43% и 5% соответственно, тогда как в контрольной группе – 57%, 41% и 2% соответственно. Сравнительный анализ распределения частот генотипов полиморфизма A/C гена IL-18 не выявил достоверно значимых различий между группой больных и контрольной группой, тогда как CC у больных детей встречалось в 2 раза чаще и имело достоверное отклонение ( $p<0,05$ ). Анализ доминантной частоты наследования показал, что частота распределения генотипов по ХВ в группе больных не имеет статистически значимого отклонения между общей и доминантной моделью наследования.

**Заключение:** таким образом результаты свидетельствуют о том, что ген IL-1 $\beta$  вносит вклад в детерминацию нарушений, способствующих развитию уролитиаза у детей. В частности в узбекской популяции генетическими маркерами предрасположенности к МКБ является генотип CC гена IL-1 $\beta$ .

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ КОНТРАКТУР ПАЛЬЦЕВ КИСТИ У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ж.А., Шамсиев А.М.,  
Тогаев И.У., Исаков А.М., Махмудов З.М.  
Самаркандский государственный  
медицинский институт, Самарканд, Узбекистан.

**Введение:** Послеожоговые рубцы и контрактуры пальцев кистей и стоп — одно из тяжелейших осложнений термических глубоких ожогов 3-4 степени. Такие рубцы стягивая кожу, не только уродуют внешний вид пациента после тяжелых ожогов, но и нарушают движения рук и ног. Чаще всего поражаются пальцы кисти, частота которых достигает 40%. Существуют множество методов устранения данной патологии, но преимущество отдается хирургической тактике.

**Цель:** провести анализ результатов хирургического лечения послеожоговых рубцовых контрактур пальцев кистей у детей.

**Материал и методы.** Во 2-клинике СамМИ за период с 2010 по 2020 год находилось на стационарном лечении 91 больной с послеожоговой сгибательной контрактурой пальцев кисти. Соотношение по полу было практически одинаковым: мальчиков было 54 (59,3%), девочек 37 (40,7%). В возрасте до 3-х лет было 35 (38,5 %), от 3х до 5 лет – 23 (25,3%), от 5 до 7 лет -18 (19,8 %), старше 7 лет – 15 (16,4%).

Причиной развития рубцовой контрактуры чаще служил ожог кипятком – 55 больной (60,4 %), у 24 (26,3%) ожог открытым пламенем, у 12 (13,1%) электроожог. Все больные до поступления в стационар получали консервативное лечение по поводу ожога по месту жительства. Контрактура пальцев правой кисти выявлена у 53 больных (58,2%), левой у 38 (41,8%). Рубцовая контрактура одного пальца отмечена у 33 (36,3%) больного, двух пальцев у 22 (24,1%), трех пальцев у 16 (17,6%), четырех пальцев у 18 пациентов (19,8%), всех пяти пальцев кисти у 2х (2,2%). Лечебная тактика заключалась в хирургическом устранении контрактуры пальцев кистей с аутодермопластикой.

**Результаты.** В раннем послеоперационном периоде осложнений со стороны раны не было. После выписки из стационара больные находились под диспансерным наблюдением, получали курс физиотерапевтических процедур: ультразвук с гелем «контратубекс», ЛФК с регулярным контрольным осмотром каждые 3 месяца. В отдаленные сроки до 5 лет после операции обследовано 59 (64,8%) пациентов, рецидив контрактуры выявлен у 2 (2,2%) детей, которым было проведено повторное хирургическое вмешательство.

**Выводы.** Таким образом, послеожоговая рубцовая контрактура пальцев у детей является тяжелым последствием термических ожогов, требующей своевременного оперативного лечения. Методом выбора при хирургической коррекции контрактуры является аутодермопластика.

## ОПЫТ КЛИНИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А.,  
Муталибов А.И., Данияров Э.С., Исаков А.М.  
Самаркандский Государственный  
медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

**Введение.** Воронкообразная деформация грудной клетки, как проявление дисплазии соединительной ткани всего организма, как правило, сочетается с изменениями в кардиореспираторной системе (нарушение проводимости миокарда, повышение частоты сердечных сокращений и минутного объема крови, снижение сократительной способности сердца, изменение клапанного аппарата сердца и др.). По данным различных авторов при обследовании детей с ВДГК у 90-95 % обнаружены изменения еще в дооперационном периоде, которые необходимо учитывать для снижения риска операции и предупреждения послеоперационных осложнений.

Целью настоящей работы явилась оценка клинических результатов после выполнения операции Насса у детей при врожденной деформации грудной клетки.

**Материалы и методы исследования.** Проанализированы результаты лечения 27 пациентов с диагнозом ВДГК II–III степени. Операция Насса была выполнена 27 больным в возрасте от 5 до 18 лет. С 2012 года в отделении торакальной хирургии 2-клиники СамМИ применяется операция Насса как малоинвазивное корригирующее вмешательство. Вмешательство осуществляется через два симметричных доступа 3-5 см по переднеаксиллярным линиям, затем тупым способом формируется ретростернальный тоннель, в который вводят металлопластину вогнутой поверхностью, обращенной к груди. Пластину переворачивают на 180°. За счет упругости импланта и эластичности хрящевых отделов ребер происходит коррекция ГРК. Пластину фиксируют к пятому и шестому ребрам узловыми швами. Средняя продолжительность операции Насса была 45 минут. Летальных случаев и повреждений сердца, крупных сосудов не было.

**Результаты.** После операции Насса отмечалась положительная динамика всех дооперационных отклонений. В настоящее время корригирующая пластина удалена у 14 больных, через 4 года после торакопластики. По результатам опроса больных и родителей больных 94% отметили послеоперационное улучшение в основном за счет эстетического эффекта. Это в первую очередь указывает на то, что основной мотивацией пациентов и их родителей для выполнения операции является косметический изъян. Наиболее частыми осложнениями после операции Насса являются миграция пластины и пневмоторакс. В нашем исследовании в одном случае был напряженный пневмоторакс (3,7%) при котором было выполнено дренирование плевральной полости. Среднее пребывание пациентов в реанимационном отделении составило 2 дня, время пребывания в отделении торакальной хирургии составило 6-8 дней. Показанием к выписке являлось стабилизация общего состояния (отсутствие болевого синдрома, улучшение общего самочувствия), коррекция грудной клетки, удовлетворительные данные контрольной рентгенограммы, где отмечалось стабильность металлопластины, заживление послеоперационной раны первичным натяжением.

**Заключение.** Операция Насса демонстрирует в послеоперационном периоде хорошие и удовлетворительные результаты, с низким риском развития осложнений. Данный метод приводит к меньшему количеству рубцов, и доказательства указывают на более низкий риск инфицирования и кровотечения по сравнению с иными техниками. Данный вид торакопластики хорошо переносится пациентами и характеризуется короткими сроками госпитального периода и реабилитации.

## МАКРОЛИДЫ В ЛЕЧЕНИИ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Шарипов Р.Х., Расулова Н.А., Ирбутаева Л.Т.  
Самаркандский Государственный  
Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан.

**Введение:** Антибиотики по праву считаются ключевыми лекарственными средствами в терапии бактериальных заболеваний. Наиболее распространенными заболеваниями у детей, как известно, являются заболевания носоглотки и верхних дыхательных путей (отит, синусит, фарингит, бронхит, пневмония), а также инфекции кожи и мягких тканей.

Обычно этиологическими факторами развития бактериального инфекционно-воспалительного процесса в дыхательных путях у детей являются так называемые респираторные патогены: пневмококки (*S. pneumoniae*),  $\beta$ -гемолитические стрептококки группы А (чаще *S. pyogenis*), гемофильная палочка (особенно у детей до 7 лет), стафилококки, моракселла катарралис; сравнительно меньшую роль играют микоплазмы пневмонии и хламидофиллы пневмонии. Поэтому «золотым стандартом» антибактериальной терапии ОРЗ бактериальной природы у детей является назначение  $\beta$ -лактамов защищенных антибиотиков, которые большинством авторов рассматриваются в качестве препаратов первого выбора.

**Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 32 ребенка в возрасте от 6 мес. до 3-х лет, которые получали стационарное лечение в городской детской больнице № 1 по поводу острой тяжелой пневмонии (17) и ОРВИ, осложненной средним отитом (15). Детям, страдающим пневмонией, после курса парентеральной антибиотикотерапии назначали  $\beta$ -лактамы защищенные антибиотики. Одним из ведущих препаратов для лечения острого среднего отита у детей на сегодня является амоксициллин/клавуланат. При аллергии на эти препараты или при выявлении внутриклеточных возбудителей, таким детям назначали макролиды.

**Результаты:** Амоксициллин/клавуланат, в частности препарата Флемоклав Солютаб®, назначали в дозе 30-60 мг/кг массы тела в сутки в 3 приема в течение 7–10 дней у детей с острым средним отитом (11) и пневмонией для продолжения антибиотикотерапии ступенчатым методом (10). При наличии аллергии или изменении стула, детям (11) назначали препарат из группы макролидов – Вильпрофен Солютаб в дозе 40-50 мг/кг массы тела в сутки в 2-3 приема в течение 7–10 дней.

Установлено, что указанные препараты (Флемоклав Солютаб®) обладают высокой клиническую эффективность (98,7%), переносимость и благоприятный профиль безопасности. Улучшенная фармакокинетика новой лекарственной формы амоксициллина/клавуланата – диспергируемых таблеток Солютаб обеспечивают не только высокую клиническую эффективность, но и улучшают его переносимость. При наличии аллергии или изменении стула, детям (11) назначали препарат из группы макролидов – Вильпрофен Солютаб. Известно, что макролиды активны не только против возбудителей типичной пневмонии, но и атипичной. Учитывая безопасность макролидов, их возможность применения у больных с аллергией на  $\beta$ -лактамы антибиотики а так же пероральное введение, второй группе детей мы назначили препарат – макролид. Причем известно, что макролиды обеспечивают достижение высоких пиковых концентраций в сыворотке, тканях легких и активное антимикробное действие. Эффективность Вильпрофен Солютаб у наших пациентов достигала до 99%.

**Заключение.** Таким образом «золотым стандартом» антибактериальной терапии ОРЗ бактериальной природы у детей является назначение  $\beta$ -лактамов антибиотиков, которые рассматриваются в качестве препаратов первого выбора, а при аллергии на эти препараты или при выявлении внутриклеточных возбудителей - макролиды.

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОХОНДРОПАТИИ ГОЛОВКИ БЕДРА У ДЕТЕЙ.**

**Эранов Н. Ф, Эранов Ш.Н,  
Нарзикулов М. Д, Нуралиев А.М.**

Самаркандский Государственный  
медицинский институт, Самарканд, Узбекистан.

**Введение:** Остеохондропатии у детей являются тяжелым поражением опорно-двигательного аппарата, зачастую приводящим к инвалидизации пациента. На сегодняшний день болезнь Легг - Кальве - Пертеса (БЛКП) прочно занимает одно из ведущих мест в ортопедии детского возраста, составляя до 17% всех остеохондропатий и до 23% среди всех ортопедических заболеваний тазобедренного сустава у детей. Последние 10 лет отмечается существенный рост количества больных с данной патологией. Особо отметим, что если раньше заболевание возникало в возрасте 7-12 лет, то в настоящее время четкие признаки болезни появляются в 3-4 года. Для остеохондропатии тазобедренного сустава характерно длительное течение (от 1 >5 до 5 лет и более). Для разгрузки пораженного сустава, которая достигается, в основном, шинельным постельным режимом, манжетным вытяжением, разгружающими аппаратами различных конструкций. Применяются также гипсовые кровати, лечебная физкультура, массаж, физиотерапевтическое и медикаментозное лечение.

**Материал и методы исследования.** Работа основана на диагностике и лечении 197 больных с остеохондропатией головки бедренной кости в возрасте от 2 до 13 лет. Из них по полу мальчиков было 139, девочек 58. По возрасту дети распределились следующим образом: с 2 лет до 5 лет было 139, с 6 до 9 лет – 40, с 10 до 13 лет 18 больных. По стадиям течения заболевания I стадии у 49 больных, II стадии у 98, III стадии у 38 и IV стадии у 12 больных. Нами применялись клинические и лучевые методы исследования у всех больных в динамике; до лечения, во время лечения, в ближайший период и отдаленные сроки. При начальных стадиях заболевания у 147 больных, мероприятия направлены на остеопоротической и дистрофической перестройке головки бедра путем разгрузки тазобедренного сустава. Хирургическое лечение применяли у 50 больных – проводилась туннелизация шейки бедра для ускорения репаративных процессов и одновременно из проксимальной части бедра взяли аутокость в размере на 0,5-0,8 см. В III стадии где головка фрагментирована, деформирована и костные фрагменты выходят из-за суставной впадины произвели межвертельную остеотомию бедра с центрацией головки бедра для улучшения кровоснабжения эпифиза.

**Результаты лечения.** Несмотря на длительное комплексное консервативное лечение с тщательным выполнением режима разгрузки тазобедренного сустава, исходом чаще всего является развитие пре- и коксартроза. Результаты комплексного консервативного и оперативного лечения: хорошие – 81,2% и удовлетворительные у 11,6% случаев, неудовлетворительные результаты в 7,2%.

**Заключение:** Нарушение венозного оттока в области проксимальной метаэпифизарной зоны бедра вследствие синдрома локальной гиперкоагуляции является ведущим звеном патогенеза болезни Легг - Кальве - Пертеса у детей. С помощью комплексного лечения было достигнуто улучшение результатов лечения и уменьшение сроков реабилитации.

## ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО КАРДИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.

Эргашев А.Х., Юлдашев Б.А.

Самаркандский государственный  
медицинский институт, Самарканд, Узбекистан.

**Актуальность.** Поражения миокарда представляют собой широко распространенную форму кардиальной патологии у детей и привлекают к себе все большее внимание педиатров. Известно, что течение беременности с токсикозом и угрозой прерывания беременности сопряжено с риском гипоксических состояний плода и новорожденного, которые являются стартовым состоянием в формировании метаболических нарушений. В связи с этим для нас представлял интерес сведения о состоянии здоровья матери и акушерский анамнез.

**Цель.** Определить значение факторов риска развития острого неревматического кардита у детей раннего возраста.

Нами для определения факторов риска развития острого неревматического кардита у детей раннего возраста проведен анализ некоторых социально-биологических факторов у матерей 84 больных детей.

**Методы исследования.** Значимость каждого взятого фактора риска нами определялось с помощью тетрахорического коэффициента связи  $X^2$  (ХИ квадрат). При измерении влияния каждого фактора формировались группы здоровых детей, возможно близкие по всем показателям за исключением изучаемого признака. Вычисление велось, согласно приводимой формуле:

$$\tilde{O}^2 = \frac{(a \cdot d - b \cdot c)^2 \cdot (a + b + c + d)}{(a + b) \cdot (c + d) \cdot (a + c) \cdot (b + d)}$$

**Результаты.** Так у матерей больных НК наибольшей частотой встречались токсикозы I (30,9%) и II (19%) половины беременности, угроза прерывания беременности (17,8%), асфиксия в родах (32,1%), возраст матери старше 30 лет (30,9%). Большое значение для формирования факторов риска развития НК имели также большая частота патологии ССС у матери (21,4%) ( $P < 0,05$ ), анемий II-степени во время беременности (15,5%), хронического тонзиллита (17,8%) ( $P < 0,05$ ), аллергозов (10,7) ( $P < 0,05$ ). Увеличение массы тела более 3,5 кг при рождении чаще встречалось в группе больных НК (30,9%) ( $P < 0,05$ ), очевидно большая масса тела ребенка при рождении отражает те или иные метаболические нарушения в организме.

Возникновению и неблагоприятному течению НК способствовали сопутствующие заболевания детей. В группе больных НК почти у каждого третьего отмечались те или иные аллергические реакции (экссудативно-ката-ральный диатез, экзема, пищевая и медикаментозная аллергия). Аллергизации организма предшествовали острые респираторно-вирусные инфекции (48,1%), глистная инвазия (29,6%), заболевания ЛОР органов (22,3%).

**Заключение.** Полученные данные свидетельствуют о том, что имеется большое число факторов, влияющих на развитие НК у детей раннего возраста, которые можно отнести к группе мультифакториальных по классификации ВОЗ. Складывается впечатление, что частая заболеваемость миокарда в раннем возрасте в определенной степени связана с отягощенностью генотипа ребенка и является специфическим маркером неблагоприятного состояния здоровья и предрасположенности к ряду заболеваний, которые могут реализоваться в более старшем возрасте, при отсутствии своевременной коррекции.

## СЕЗОННАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ ПАРЦИАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПОЧЕК И СОСТАВА МОЧИ У ДЕТЕЙ С УРАТНОЙ НЕФРОПАТИЕЙ.

Эргашев А.Х., Юлдашев Б.А.

Самаркандский государственный  
медицинский институт, Самарканд, Узбекистан.

**Введение.** Известно о значительном влиянии высокой температуры окружающей среды и гиперинсоляции на течение обменных процессов в организме ребенка. В связи с этим представляет особый интерес особенности функциональной и метаболической адаптации у детей с нарушением метаболизма пуринов, конечным продуктом которого является мочевая кислота и её соли (ураты).

**Цель:** Изучить сезонные особенности парциальных функций почек и состава мочи у детей с уратной нефропатией и разработать меры корригирующей терапии

**Материал и методы.** В разные сезоны года обследованы 27 здоровых и 120 больных с уратной нефропатией в возрасте от 3 до 14 лет. Для оценки клубочковой фильтрации вычисляли клиренс эндогенного креатинина по формуле Ван-Слайка с пересчетом на стандартную поверхность тела взрослого человека. О функциональном состоянии судили по пробе Зимницкого, экскреции и клиренсу кальция, фосфора, аминокислот. Кальций определяли комплексонометрически, неорганические фосфаты – колориметрически с молибдатом аммония, свободные аминокислоты методом высоковольтного электрофореза на бумаге, определяли также суточную экскрецию оксалатов, уратов, аммиака, титруемых кислот.

**Результаты.** У здоровых детей фильтрационная деятельность клубочков имеет отчетливую сезонность, наиболее высокую в зимне-весенний период (диуреза  $72 \pm 0,04$  и  $0,67 \pm 0,07$  мл/мин). В летний период клиренс креатинина почти в 2 раза ниже по сравнению с зимним. Этому соответствует возрастание концентрации уратов (зимой  $2,41$  ммоль/л, летом  $3,04 \pm 0,19$  ммоль/л) увеличение экскреции фосфора, кальция, серина, глицина и гистидина. Эти изменения у здоровых детей нами оценены как проявления функциональной и метаболической адаптации к тепловой нагрузке.

Анализ полученных данных показал, что эффективность механизмов гомеостаза зависит от исходных особенностей метаболического статуса ребенка. Так, у детей с уратной нефропатией во все сезоны года достоверно выше экскреция уратов, оксалатов, фосфора, серина, глицина, гистидина ( $P < 0,05$ ). В период наибольшей тепловой нагрузки по сравнению с прохладным периодом достоверно выше экскреция уратов ( $P < 0,001$ ), серина ( $P < 0,001$ ), глицина ( $P < 0,005$ ). Следовательно, тепловая нагрузка способствует резкому увеличению в моче нефротоксических и камнеобразующих продуктов метаболизма, создает реальный риск усугубления нефропатии, поражения интерстициальной ткани и камнеобразования. Для коррекции выявленных функциональных и метаболических нарушений нами использовался формуляр, который включает: 1) Высокожидкостный режим, диета с резким ограничением продуктов богатых пуриновыми основаниями и создание соответствующего микроклимата. 2) Медикаментозная коррекция нарушенного метаболизма пуринов. 3) Антиоксиданты и мембраностабилизирующие препараты. 4) Применение энтеросорбентов

Использование данного формуляра обеспечивало однотипность терапевтической тактики, провести мониторинг эффективности проводимой терапии.

**Выводы.** Тепловая нагрузка и гиперинсоляция в летний период для детей с уратной нефропатией является существенным фактором риска, приводящим канальцевой дисфункции, резкому повышению уратурии, оксалурии и фосфатурии. Использование в этих условиях комплексного терапевтического формуляра позволяет значительно повысить адаптивные возможности больных с уратной нефропатией.



## РЕЗУЛЬТАТЫ КОЛОЭЗОФАГОПЛАСТИКИ И ГАСТРОЭЗОФАГОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ

Эргашев Н.Ш., Рахматуллаев А.А.,  
Султанов Х.Х., Норов М.М., Хуррамов Ф.М., Абдукаххарова Р.  
Ташкентский педиатрический медицинский институт.

Актуальность. Пластика пищевода остаётся одной из сложнейших проблем в хирургии желудочно-кишечного тракта у детей. При большом диастазе между концами пищевода при его атрезии, рубцовых стриктурах, не поддающихся консервативному лечению, методом окончательной коррекции болезни является пластика пищевода другими органами. Совершенствование методов пластики пищевода продолжает оставаться актуальным.

Цель исследования – анализ результатов колоэзофагопластики и гастроэзофагопластики у детей по материалам клиники.

Материал и методы: В 2016-2021 годы на клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ было выполнено 9 операций по поводу коло- и гастроэзофагопластики. Мальчиков было – 5, девочек – 4. Дети были в возрасте от 7 мес. до 3-х лет. У 8 больных показанием к операции являлось изолированная (бессвищевая) атрезия пищевода, у одного – с послеожоговой стриктурой пищевода. У 6 больных выполнено колоэзофагопластика, у 3 – гастроэзофагопластика (транспозиция желудка в грудную полость).

Результаты обсуждения. Пластику пищевода выполняли абдомино-цервикальным доступом без торакотомии. При колоэзофагопластики у 2 пациентов толстокишечный трансплантат был сформирован на среднебодочной артерии, у 4 – на левой ободочной артерии. Трансплантат был уложен изоперистальтически в 5 случаях, антиперистальтически в – 1. Трансплантат проводили во всех случаях загрудинно в переднем средостении в предварительно сформированном тоннеле. Анастомоз на шее формировали по типу «конец в конец» двурядными узловыми викариями швами. Из-за наличия гастростомы и микрогастрии 1 ребёнку пришлось наложить анастомоз на антральной части желудка без антирефлюксного механизма, а 5 детям на передней стенке желудка с инвагинационным антирефлюксным механизмом. В случаях гастроэзофагопластики транспозицию желудка проводили в заднем средостении с удалением дистального конца пищевода. Анастомоз на шее накладывали на высоте дна желудка двурядными швами. Для декомпрессии и улучшения эвакуации из желудка во всех случаях выполняли пилоропластику по Микуличу.

На 8-10 сутки после предварительного рентгеноконтрастного исследования начинали кормления через рот. В среднем дети находились в стационаре 18-22 суток. Наиболее ранним послеоперационным осложнением была воспалительная реакция и бронхо-обструктивный синдром, ликвидированные интенсивной терапией. У 2 детей с колоэзофагопластикой, и у 1 ребёнка с гастроэзофагопластикой на 6-10 сутки после операции возник свищ шейного анастомоза, которые зажило самостоятельно до выписки из стационара. Таких осложнений как некроз трансплантата, пневмоторакс, медиастинит, кишечная непроходимость не наблюдали. У одного ребёнка с колоэзофагопластикой через 6 месяцев наблюдалось сужение шейного анастомоза. Бужирование по проводнику и баллонная дилатация суженного участка не дали эффекта. В этом случае выполнена резекция суженного соустья и наложен реэзофагоколоаностомоз. Летальных исходов мы не наблюдали.

Заключение. Таким образом, при бессвищевых формах атрезии пищевода операцию желательнее выполнять как можно раньше, чтобы вернуть ребенка к относительно нормальному образу жизни. Гастроэзофагопластика является альтернативным методом пластики при невозможности выполнения колоэзофагопластики. Высокая частота ранних и поздних послеоперационных осложнений требует дальнейшего совершенствования методов пластики пищевода у детей.

## РЕЗУЛЬТАТЫ КОЛОЭЗОФАГОПЛАСТИКИ И ГАСТРОЭЗОФАГОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ

<sup>1,2</sup>Эргашев Н.Ш., <sup>1</sup>Рахматуллаев А.А.,

<sup>2</sup>Султанов Х.Х., <sup>1</sup>Норов М.М., <sup>1</sup>Хуррамов Ф.М., <sup>1</sup>Абдукаххарова Р.

<sup>1</sup>Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

<sup>2</sup>Национальный детский медицинский центр, Ташкент, Узбекистан

**Актуальность.** Пластика пищевода остаётся одной из сложнейших проблем в хирургии желудочно-кишечного тракта у детей. При большом диастазе между концами пищевода при его атрезии, рубцовых стриктурах, не поддающихся консервативному лечению, методом окончательной коррекции болезни является пластика пищевода другими органами. Совершенствование методов пластики пищевода продолжает оставаться актуальным.

**Цель исследования** – анализ результатов колоэзофагопластики и гастроэзофагопластики у детей по материалам клиники.

**Материал и методы:** В 2016-2021 годы на клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ было выполнено 9 операций по поводу коло- и гастроэзофагопластики. Мальчиков было – 5, девочек – 4. Дети были в возрасте от 7 мес. до 3-х лет. У 8 больных показанием к операции являлось изолированная (бессвищевая) атрезия пищевода, у одного – с послеожоговой стриктурой пищевода. У 6 больных выполнено колоэзофагопластика, у 3 – гастроэзофагопластика (транспозиция желудка в грудную полость).

**Результаты и обсуждения.** Пластику пищевода выполняли абдомино-цервикальным доступом без торакотомии. При колоэзофагопластики у 2 пациентов толстокишечный трансплантат был сформирован на среднеободочной артерии, у 4 – на левой ободочной артерии. Трансплантат был уложен изоперистальтически в 5 случаях, антиперистальтически в – 1. Трансплантат проводили во всех случаях загрудинно в переднем средостении в предварительно сформированном тоннеле. Анастомоз на шее формировали по типу «конец в конец» двурядными узловыми викриловыми швами. Из-за наличия гастростомы и микрогастрии 1 ребёнку пришлось наложить анастомоз на антральной части желудка без антирефлюксного механизма, а 5 детям на передней стенке желудка с инвагинационным антирефлюксным механизмом. В случаях гастроэзофагопластики транспозицию желудка проводили в заднем средостении с удалением дистального конца пищевода. Анастомоз на шее накладывали на высоте дна желудка двурядными швами. Для декомпрессии и улучшения эвакуации из желудка во всех случаях выполняли пилоропластику по Микуличу.

На 8-10 сутки после предварительного рентгеноконтрастного исследования начинали кормление через рот. В среднем дети находились в стационаре 18-22 суток. Наиболее ранним послеоперационным осложнением была воспалительная реакция и бронхо-обструктивный синдром, ликвидированные интенсивной терапией. У 2 детей с колоэзофагопластикой, и у 1 ребёнка с гастроэзофагопластикой на 6-10 сутки после операции возник свищ шейного анастомоза, которые зажило самостоятельно до выписки из стационара. Таких осложнений как некроз трансплантата, пневмоторакс, медиастинит, кишечная непроходимость не наблюдали. У одного ребёнка с колоэзофагопластикой через 6 месяцев наблюдалось сужение шейного анастомоза. Бужирование по проводнику и баллонная дилатация суженного участка не дали эффекта. В этом случае выполнена резекция суженного соустья и наложен реэзофагоколоаностомоз. Летальных исходов мы не наблюдали.

**Заключение.** Таким образом, при бессвищевых формах атрезии пищевода операцию желательнее выполнять как можно раньше, чтобы вернуть ребенка к относительно нормальному образу жизни. Гастроэзофагопластика является альтернативным методом пластики при невозможности выполнения колоэзофагопластики. Высокая частота ранних и поздних послеоперационных осложнений требует дальнейшего совершенствования методов пластики пищевода у детей.

## АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ

Эшкobilов Т.Ж., Жуманов З.Э., Эшкobilова С.Т.  
Самаркандский государственный  
медицинский институт, Самарканд, Узбекистан.

**Введение.** Перинатальная патология сегодня перестала быть только медицинской проблемой [1,2]. Как было указано в девизе Всемирного конгресса по перинатальной медицине, проходившей в Москве в 2013 году глобальные изменения в заботе о здоровье матери и ребенка является первостепенной задачей доказательной медицины. В последние годы в Узбекистане noticeably снизилась ранняя неонатальная смертность. Однако проблема перинатальной смертности повсеместно остается актуальной [1,2,3]. **Материал и методы.** Анализу подвергнуты материалы 27 умерших, констатированных в перинатальном периоде в родильном комплексе I клиники Самаркандского медицинского института. Препараты умерших окрашены гематоксилин-эозином.

**Результаты исследования.** Анализ материалов показывает, что в 23 случаях перинатально умерших смерть плода наступила в антенатальном периоде, 14 из них мужского, 9-женского пола. В 4 случаях наблюдалась смерть новорожденных, то есть, ранняя неонатальная летальность. 3 из них новорожденные малым весом, родившиеся в сроке 28,32 и 36 недель. 2 из них мужского, 1 женского пола. Не в одном случае не наблюдалась интранатальная смертность плодов.

Анализ материалов антенатально умерших, то есть, мертворожденных показало, что во всех случаях отмечены признаки внутриутробной гипоксии и асфиксии, обусловленные множеством существенных причин. Выявлены разные виды аномалий и пороков последа и её сосудов-короткость пуповины, тугое обвитие его вокруг шеи, двулобая плацента и преждевременная инволюция плаценты. В двух случаях наблюдался гемолитическая болезнь плода. Анализ истории родильниц показало, что у 12 женщин в период беременности была та или иная степень анемии. Все они родились с мацерацией кожи и при микроскопическом исследовании легких у них был обнаружен тотальный ателектаз.

Анализ причин летальности 4 новорожденных показало, что у 3 недоношенных новорожденных, кроме незрелости тканей, имели место тяжелые пороки развития и несовместимые с жизнью патологии, такие как, тяжелая пневмопатия, гидроцефалия с синдромом Пьер-Робинса с врожденной гипоплазией мозга, а у третьего, кроме пневмопатии были обнаружены множественные пороки костного скелета. У четвертого умершего новорожденного, родившегося с доношенным сроком диагностирован бронхолегочной муковисцидоз.

**Заключение.** Таким образом, проведенный анализ перинатальной смертности по материалам 27 умерших и сравнение наших данных с данными других регионов показывает, что в последние годы с уменьшением доли интранатальной мертворождаемости, повышается доля антенатальной летальности. Велика при этом роль патологии матери (анемия) и плаценты. Большое значение отводится к профилактике blastopatii и эмбриопатий, их своевременному распознаванию в ранних сроках беременности.

### Список литературы

1. Козловская А.В. Опыт изучения перинатальных потерь по данным ПАО Сыктывкара. Ж-л Арх.пат. №6. Москва, 2013, стр.39
2. Щеголев А.И. Мертворождаемость в субъектах РФ в 2010 г. Ж-л Арх.пат. №2. 2013, стр.20
3. Щеголев А.И. Ранняя неонатальная смертность в РФ в 2010 г. Ж-л Арх.пат. №4. 2013, стр.15

## ЗНАЧЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ХОЛАНГИОГРАФИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ КИСТ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ

Якубов Э.А., Эргашев Б.С., Собиров Х.А., Норов М.М.  
Ташкентский педиатрический медицинский институт.

**Введение:** Доказано, что интраоперационная холангиография (ИОХГ) имеет особое значение в диагностике аномалий желчевыводящих протоков, таких как: стенозы терминального отдела общего желчного протока (ОЖП), при определении точной анатомии кисты ОЖП и ее соотношения с поджелудочной железой (ПЖЖ).

**Цель:** Усовершенствовать диагностику кист холедоха у детей с помощью интраоперационной холангиографии по материалам клиники.

**Материал и методы исследования:** Обследовано 38 детей, лечившихся в клинике кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ в период 2011 - 2021 гг. с кистой холедоха. Больным проводили клиничко-лабораторные, инструментальные (рентген, УЗИ, МСКТ, ИОХГ) и специальные методы исследования для определения клиничко-анатомических форм и размеров кист холедоха, также ее соотношения с протоком ПЖЖ.

**Результаты:** Установлено, что окончательный диагноз и способ завершения операции устанавливали с помощью ИОХГ. Данное исследование проведено 38 оперированных больных. ИОХГ у 26 (68,4%) больных выявила I тип кистозного расширения. В 11 (29%) из 38 случаев одновременно наблюдалось расширение вне- и внутрпеченочных протоков (IV тип), то есть диффузное расширение желчных протоков: у 4 – симметричное (одинаковое расширение правого и левого печеночного протоков); у 7 – асимметричное (преобладало расширение правого или левого протока). У 1 (2,6%) пациента наблюдали незначительное расширение внепеченочных протоков и внутрпеченочное кистозное поражение на всём протяжении – атипичная форма – FF тип. Форма кистозного расширения у каждого пациента своеобразная: мешковидная (17), веретенообразная (9), шаровидная (5), цилиндрическая (7). Следует различать кистозное расширение желчных протоков без стеноза терминального отдела ОЖП (25 – 65,8%), когда нарушение оттока желчи носит кратковременный характер и обусловлено функциональной дискоординацией сфинктера Одди, и кисты со стенозом терминального отдела ОЖП (13 – 34,2%). Применение холангиографии позволило получить более ценную информацию о взаимоотношениях общего желчного и панкреатического протоков. При сообщении кист холедоха с протоком ПЖЖ образуется билиарно-панкреатическая киста, что отмечено у 4 (10,5%) из 38 оперированных детей. Это подтверждает необходимость дифференцировать билиарные кисты, содержимым которых является желчь, и билиарно-панкреатические кисты, при которых в кистозно-расширенный ОЖП поступают ферменты ПЖЖ из-за слияния с Вирсунговым протоком. Поступление сока ПЖЖ в полость билиарно-панкреатической кисты способствует развитию порочного круга - ферментативного холецистохолангита. А застой и затруднение оттока из полости кисты обуславливают развитие реактивного панкреатита. У 4 больных часто повторяющийся болевой синдром обусловлен реактивным панкреатитом вследствие билиарно-панкреатического слияния. В то же время поступление сока ПЖЖ в полость кисты в условиях застоя желчи, вызывает нарушение кровообращения и некроз стенок кисты желчных протоков и способствует спонтанному разрыву кисты холедоха. В наших наблюдениях из 3 больных с перфорацией кисты холедоха у одного при холангиографии диагностирована билиарно-панкреатическая киста.

**Заключение:** Таким образом, ИОХГ позволял детализировать результаты дооперационных УЗИ и КТ исследований; точнее определил форму, размер кистозного образования; характер расширения вне- и внутрпеченочных желчных протоков; симметричность расширения долевых протоков и дополнительные аномальные желчные ходы, открывающиеся в просвет кистозного расширения.

## ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Янгиев Б. А., Мансуров Т. Т.

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самарканд, Узбекистан.

**Актуальность.** Исторически сложилось так, что открытый абдоминальный адгезиолиз путем широкой лапаротомии долгое время был стандартным методом хирургического лечения спаечной острой кишечной непроходимости у больных с перфорацией или некрозом кишечника, а также при безуспешности консервативного лечения (R.P. Ten Broek et al., 2013; S.R. Reddy et al., 2017). В последние десятилетия был внедрен лапароскопический метод адгезиолиза, который способствовал снижению частоты послеоперационных осложнений у больных со спаечной тонкокишечной непроходимостью. Однако, при этом риск ятрогенного повреждения кишечника остается более высоким чем при лапаротомии (T. Wiggins et al., 2015; M.S. Sajid et al., 2016). Вопросы конкретизации показаний к лапароскопической операции при острой кишечной непроходимости и тщательный отбор пациентов для этого вмешательства остаются открытыми и в настоящее время.

**Цель работы:** изучить возможности использования лапароскопии в лечении острой спаечной кишечной непроходимости.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 1333 пациентов с острой кишечной непроходимостью, получавших стационарное лечение в 2010-2019 гг. В Самаркандском филиале РНЦЭМП. В 529 (39,7%) случаях кишечная непроходимость разрешилась после проведенной консервативной терапии, а 804 (60,3%) пациентам было проведено оперативное вмешательство, при этом в 119 (14,8%) случаях операции были проведены с использованием лапароскопических технологий. При выполнении лапароскопического доступа, первый (оптический) троакар устанавливали в верхней точке Калька по методу Хассона, остальные – под оптическим контролем исходя из локализации спаечного процесса. Основными причинами острой кишечной непроходимости являлись спаечная болезнь (563 пациента – 70,0%) и долихосигма (110 пациентов – 13,7%).

Выраженность послеоперационного болевого синдрома оценивали по необходимости назначения наркотического анальгетика после окончания оперативного вмешательства. Восстановление перистальтики кишечника оценивалось по времени первой дефекации с момента операции.

**Результаты.** Попытка лапароскопического адгезиолизиса была проведена 137 пациентам, из них в 18 (13,1%) случаях была произведена конверсия. Лапароскопический адгезиолизис при острой кишечной непроходимости был успешно проведен 119 (86,9%) больным.

Значимой разницы в частоте и тяжести осложнений, при применении лапароскопии в сравнении с лапаротомией, не наблюдалось. Необходимо особо отметить, что ни у одного больного не проводилось какой-либо декомпрессии тонкой кишки и довольно быстро (1-3 дня) восстанавливался пассаж по желудочно-кишечному тракту. Летальных исходов после лапароскопического рассечения спаек не наблюдалось. Послеоперационный период составил от 2 до 9 суток (в среднем 5,4 дня).

**Выводы:** Эффективность лапароскопических технологий в диагностике и лечении острой кишечной непроходимости зависит от формы и тяжести внутрибрюшного спаечного процесса. Использование лапароскопии в лечении послеоперационных осложнений позволило отказаться от наркотических анальгетиков, а нестероидные противовоспалительные средства применялись только в первые 2 суток.

## VAGINAL MIKROBIOSENOZ HOLATINI NORMALLASHTIRISH ICHKI JINSIY ORGANLARNING PROLAPSASI BO'YICHA VAGINAL OPERATSIYALARDAN KEYIN YUQUMLI VA YALLIG'LANISH ASORATLARINI OLDINI OLIISH UCHUN

Abdieva Sh. K.

Samarqand davlat tibbiyot instituti,

**Ishning maqsadi:** jinsiy organlarning prolapsi bulgan ayollarda operatsiyadan oldin va keyin mikrobiosinoz holatini takomillashtirish

**Tekshirish materiali va usullari:** Samarqand viloyati Perinatal markazi ginekologiya bulimida va tibbiyot hususi "Doktor" firmasida 2019-2020-yillarda davolangan jinsiy azalar prolapsi bulgan 50 bemorlar olingan.

**Olingan natijalar:** Viloyat perinatal markazi ginekologiya bo'limida va tibbiyot xususiy "doktor" firmasida davolangan jinsiy azalar prolapsi bo'lgan ayollarda qin mikrobiosenozi 50 bemorda urganildi. Ulardan shahar ahlari 44% ni kishlak aholisi 56% ni tashkil kiladi. Bemorlarni assosiy shikoyati qov sohasida tiqilish hissi va ogrik(85%), sydik tutolmaslik(76%) jinzi azolrda kichish(40%) va 65%. boshqa aellard turli jarohlik operatsiya utkazilgan. Tadmikot guruxlari barha bemorlida 3 yoki undan kop bulgan tugriki tugruq tarihini kursatadi.(1 tugruk -0%; 2 tugruk-12%; 3 tugruk-36%; 4 va undan ortik-49%) ulardan-76% da xomila vazni yirik bulib turli tugruk travmalarini olganliklarini takidlaydi. Xomila tushish va abortlar 65%ni tashkil kiladi. Gnikologik tekshirishda -62%bemorda bachadon buyni va vagina shilik kavatida trofik uzgarishlar (dekubital yara) va-8% leykoplakiya aniklanadi. Anamnezida bemorlarda turli ekstragenital kasalliklar kayd etilgan shulardan yurak kon tomir16 %ni gipertoniya 35% ni nafas azolari kasalliklari12%ni tashkil kiladi.Umumiy obektiv tadmikot shuni kursatdiki bemorlarda urtacha tana massa indeksi (BMI)  $28,72 \pm 3,16$  kg / m<sup>2</sup> ni tashkil etadi,bu ortikcha vaznga tugri keladi. Tekshirilgan ayollardagi jarroxlik amaliyot turlari: 17 ta bemorlarda Minilaporatomiya va ikkinchi bosqichda oldingi Kolporafiya, levatoroplastika bilan orqa kolpopereneorafiya, 21 ta bemorlarda oldingi Kolporafiya, levatoroplastika bilan orqa kolpopereneorafiya, 12 ta bemorlarda N.I. Nikitin bo'yicha bachadon buyni amputasiyasi .

Bakteriologik tekshiruvlarda birinchi darajadagi tozalik 16% ayollarda kuzatildi, 84% ayollarda 2 va 3-daraja aniqlangan, bu esa jinsiy azalar tushishining rivojlanishida infektsiyaning muhim o'rnini ko'rsatmoqda. Qin muhitining rn holati:Qin 1 darajali tozalik darajasi bironta aelda uchramagan bo'lsada, aellarning 9 nafarida qin rn kuchli kislotali bo'lib, 4.2 dan past bo'lib chiqdi. Bunday aellarda qin tozalik holati 2 darajali bo'lib, ularning ko'pchiligi ginekologik jihatdan sog'lom aellardir. Aellarning 17 tasida (34%) qin rn i 4.2 don 6.0 gacha, ya'ni kuchsiz kislotali, 19 nafarida (25,0%) kuchsiz ishqoriy, ya'ni 6.1 dan 8.0 gacha, kolgan 10% ida esa kuchli ishqoriy, ya'ni 8.0 dan yuqori ekanligi aniqlandi. Ayol tanasida yosh ulgaygan sayin tuxumdonlar faoliyatining asta sekin pasayishi kuzatiladi. Bu postmenopauzal holatda estrogen etishmovchiligiga olib keladi. Estrogen etishmovchiligi qin epiteliysi proleferasiyasini bloklaydi. Natijada laktobakteriyalar uchun ozuqaviy muhit bo'lgan glikogen tugaydi. Postmenopauza davrida ayollarda laktobakteriyalar soni kamayishi, qin torayishi kuzatiladi.

Biz qin mikrobiosenozi tiklash maksadida maxalliy „Femistron“ va „Bioselak“ preparatlarini kompleks davolash usulini taklif etamiz.

Bunda jinsiy azalar prolapsi bulgan ayollar umumiy klinik, gormonal, kolposkopik, UTT, Kinning bakteriologik va bakterioskopik, PTSR tekshiruvlari, proktolog va urolog ko'rigi utkaziladi. Jinsiy azalar periks vodorodning 3%-100 ml eritmasi bilan sanasiya kilinib, dazator yordamida „Femistron“ krem kin devoriga surtiladi va „Bioselak“ vaginal kapsulalari kinga kritiladi. Bu tajriba plastik operatsiyadan keyin xam takrorlanadi. Ilgari ayollarda jinsiy azalar prolapsini davolashda bu kompleks tajribada kullanilmagan.

**Xulosa:** Jinsiy azalar prolapsi bulgan ayollarda kin mikrobiosenozi tiklanishi orkali operatsiyadan keyingi asoratlar xafi kamayishiga va ayollarning yashash sifati yaxshilanishini taminlaydi. Reproduktiv yoshdagi ayollarda jinsiy azalar noto'liq tushishini keltirib chiqaruvchi omillar, neyroendokrin buzilishlar, peremenopauza davri, yuqori chastotali ginekologik (64.22%) va qo'shimcha kasalliklar (94,5%) oqibati bilan bevosita bog'liq.Ushbu kasallikning havf omillari ko'p sonli homiladorlik (82,57%), 2-3 va undan ko'p tug'ruq (91,74%), tug'ruq vaqtida oraliq yorilishi, epiziotomiya (55,96%) va irsiy moyillik (42,2%) hisoblanadi.

## KESAR KESISHDAN KEYINGI BACHADON CHANDIG'IDA YULDOSH O'SIB KIRISHNING OLIBBORISH TAKTIKASI

Abdukarimov A. U.  
Samarkand davlat tibbiyot instituti

**Maqsad:** kesar kesishdan keyingi bachadon chandig'ida yuldosh o'sib kirishning xavf omillarini aniqlash.

**Materiallar va usullar.** Kesar kesishdan keyingi bachadon chandig'ida yuldosh o'sib kirishi bilan asoratlangan bo'lgan 25 ayollarda asosiy guruxda va bachadonda chandig'i bor va bu asorat bo'lmagan 50 homilador ayollarda taqqoslash guruhida homiladorlikning kechishi va natijasini tahlil qilish amalga oshirildi

**Natijalar.** Yuldoshning bachadon chandig'iga o'sib kirish quydagi xavf omillari bilan belgilandi: 30 yoshdan katta homiladorlar (nisbiy xavf (NX) = 1,51; 95% ishonch interval (II): 1,04 – 2,17; p = 0,027), anamnezida 2 yoki undan ortiq kesar kesish operatsiyasi o'tkazilganda (NX = 2,26; 95% II: 1,58-3,22; p=0,0001), oldingi operatsiyadan keyingi davr asoratlangan kechishida (NX = 12,7; 95% si: 2,74-50,0; p = 0,0012), ushbu homiladorlik 4 yoki ko'proqda (NX = 2,49; 95% II: 1,67–3,69; p<0,0001), anamnezida 3 yoki undan ko'proq abortlar o'tkazilganda (o'z-o'zidan va sun'iy) (NX = 1,98; 95% II: 1,36-2,88; p<0,001), homiladorliklararo intervalni ikki yildan kam bo'lishi (NX=1,55; 95% II: 1,04–2,31; p=0,0303), anamnezida jinsiy a'zolarida surunkali infeksiyon-yallig'lanish kasalliklari (NX=2,11; 95% II: 1,49–2,99; p<0,0001) va chekish (NX=1,76; 95% II: 1,13-2,76; p=0,013).

Homiladorlikning birinchi trimestri oxirida UTT erdamida ko'rilganda plasenta oldinda yotishi yoki plasentani bachadon oldingi devori bo'ylab va chandig'i proektsiyasida joylashganda plasentani o'sib kirish xavfi ko'p karra oshadi (NX = 41,7; 95% II: 10,5-1652,8; p<0,0001). Olingan ma'lumotlar bizga plasenta o'sib kirish xavfini baxolash shkalasini to'zishga imkonini berdi. Ushbu asorat bo'yicha har tomonlama xavfni baholash klinik informativligi maqbul xususiyatlariga ega: sezgirlik - 84,8%, o'ziga xoslik - 89,0%.

**Xulosa.** Klinik va anamnestik ma'lumotlarni o'rganish va homilador ayollarning klinik va ultratovush tekshiruv natijalari asosida homiladorlikning dastlabki bosqichlarida plasenta o'sib kirishi, ularni monitoring qilish va skrining tekshirish, bemorlar guruhini tanlash uchun xavf omillarini ishonchli baholash mumkin.

## APPLICATION OF ENDOUROLOGICAL TECHNIQUES IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF UROLITHIASIS IN EMERGENCY SITUATIONS

Allazov S.A., Allazov Kh.S.,  
Gafarov R.R., Umarov A.U., Yusupov Dj.F.  
Samarkand Medical Institute

**Introduction.** Endoscopic manuals in the urolithiasis have so far been the most difficult problem in practical urology, especially in emergency conditions. Special technical difficulties arise in the provision of endourological care for kidney stones and ureters on both sides.

**Purpose of the investigation:** to study the features of endourological techniques in diagnosis and treatment of urolithiasis in emergency situations.

**Materials and methods.** Despite the seeming simplicity and comparative minimally invasive endoscopic diagnostic methods in their application possible complications, so it is necessary to adhere strictly to the indications for use of these methods, which is very important for the prevention of errors and complications. In urgent cases, urgent endoscopic examination or manipulation is often required.

The range of therapeutic measures that can be carried out even in emergency conditions, with the help of modern endoscopes wide: irrigation electroresection using elektrosektoskopes for tumors of the urethra, internal urethrotomy with short urethral stricture, electroresection of the bladder neck in Marion's disease, TURP, cystolithotripsy, endoscopic techniques at stones of the ureter.

**Results and discussion.** Since the introduction of endoscopic technique in Uzbekistan in the treatment of urolithiasis patients, more than 40 years have passed during which significant changes occurred that contributed to the development of modern urology in the country. A specialized center for Urology (RCCU) has successfully performed several thousand operations to remove stones from the urinary tract by the endoscopic way.

At the same time, as correctly noted by F.A.Akilov et al. (2011), the effectiveness and efficiency of minimally invasive percutaneous procedures endourological determined degree of development of this technology and significantly higher at block expanded implementing and using techniques as routine, rather than on the stage of their development.

In the endourological office of the Samarkand city hospital for the period 2010-2012. conducted: cystoscopy -1107, ureteroscopy -89, ureteral catheterization -185, cystolithotripsy -67, ureterolithoextraction -56, urethrolithoextraction - 24, cystolithoextraction - 52 cases.

The following complications were observed: urethral fever in 6 patients, hematuria in 12, urethrorrhagy in 12, separation of the end of the catheter 1.

In the office of "Uroliks" of Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care for the same period were conducted: cystoscopy - 915 times, ureteroscopy - 70; ureteral catheterization - 179, lithotripsy - 44 ureterolithoextraction - 29 urethrolithoextraction - 15 cystolithoextraction - 44 times.

The following complications were observed: urethral fever in 6 patients, hematuria in 14, urethrorrhagy in 11.

**Conclusions.** In conclusion, it should be pointed out that the use of appropriate methods of research and treatment in patients with urolithiasis in emergency situations is the key to successful medical care for patients. An important role is played by the use of minimally invasive endourological methods.



## COMPARATIVE FEATURES OF UROLITHIASIS IN CHILDREN AND ADULTS

**Allazov S.A., Gafarov R.R., Allazov Kh.I.S.,  
Batirov B.A., Bahtiyorov M.M.**  
Samarkand State Medical Institute

**Introduction.** According to the summary data of acad. N.A. Lopatkin (1995) urolithiasis occurs at any age, but in children and the elderly, kidney stones and urchins are less common, while bladder stones are more common. According to him, there are features in the frequency of bilateral nephrolithiasis in the age aspect: they are found in children in 2.2-20.2%, in adults - 15-20%. This is facilitated, apparently by some features of the child and adult organism in general, and the anatomical and physiological differences in the urinary system in children and adults in particular. As A.G. Pugachev (1995), a high percentage of malformations of the urinary system and the variability of the mechanisms of compensatory processes in the body in children often determine the peculiarities of the course of urological diseases, including urolithiasis in children. Urolithiasis among adults is more common in women, in children, on the contrary, 2-3 times more often found in boys.

**Purpose of the investigation:** to study the peculiarities of the clinical course of urolithiasis in children and adults.

**Materials and methods.** We conducted a comparative analysis of 128 children and 110 adults with urolithiasis. By age, children with urolithiasis were distributed as follows: up to 3 years 22, 4-10 years old - 64 and 11-14 years - 52 patients. Adults: 15-25 years - 21 patients 26-35 - 26, 36-45 years 34 and 46 and over - 29. Of 128 children there were 36 girls, boys - 92. Among adults - 68 women, 42 men. Of the causes of stone formation in children, anomalies of urinary tract development (36), inflammatory processes (24), and intravesical obstructions (8) were most often detected. In adults, inflammatory diseases of the kidney and urinary tract (in 48 patients), lower urinary tract diseases such as prostate adenoma (14), urethral stricture (9) take the first place in the history, then only follow the anomalies of kidney and upper urinary tract (12). For obvious reasons (time factor) more often, that is, from 110 adult patients, 8 (7.3%) had recurrent urolithiasis, whereas this index in children was only 1.2% (in 2 children out of 128).

**Results.** A characteristic feature of urolithiasis in children, unlike adult patients, is its multiple location. Thus, out of 128 children, 18 (14.1%) had multiple calculi: both kidneys in 8, in the kidney and ureter in 4, in the kidney and in the bladder - in 2, in the ureter and bladder in 2 patients. The following observation is noteworthy: Patient A., 4 years old, entered the pediatric surgery clinic with the diagnosis "Urolithiasis". In the clinic on the basis of a complete urological examination, the final diagnosis "Multiple stones of the left kidney, ureter and bladder" is established. The operation was performed - Simultaneous posterior pyelolithotomy on the left, ureterolithotomy on the left and epicystolithotomy. It is discharged in a satisfactory condition.

Complications of urolithiasis (pyelonephritis, hydro- and pionephrosis, CRF, ARF, etc.) in children are more common (56.4%) than in adults (32.2%), which is apparently depends on the difficulty and delay in diagnosis in children.

**Conclusions.** A comparative analysis of our material has shown that the success of treatment of urolithiasis in both children and adults determines early operative or instrumental-endoscopic (lithotripsy, lithoextraction) interventions. Prolonged conservative therapy and late diagnosis leads to irreparable complications.

**SHOSHILINCH AKUSHERLIK XOLATLARIDA KO'NDALANG VA BO'YLAMA ABDOMINAL KESMANI QIYOSIY BAXOLASH**

**Burxonova Sh. I., Abdieva Sh.K.**  
Samarkand davlat tibbiyot instituti

**Tadqiqotning maqsadi:** shoshilinch akusherlik amalyotida tug'ruqni abdominal optimal kesma turini tanlash.

**Tadqiqot ob'ekti va predmeti:** shoshilinch akusherlik xolatlarida tugrukni olib borish maksadida, abdominal yul orkali kirish kuyidagi guruxlarga bulinadi: 1 gurux - 30 ta xomilador ayollarda bo'ylama (o'rta-pastki) xirurgik kirish yo'li orqali. 2 gurux - 32 ta xomilador ayollarda ko'ndalang Djoel Koxen xirurgik kirish yo'li orqali.

**Tekshiruv natijalari:** shahar aholisidan tashkil etgan ayollar soni - 20 %, qishloq aholisidan tashkil etgan ayollar soni -80 %, so'rovda qatnashgan bemorlarning o'rtacha yoshi  $26,4 \pm 0,2$  yoshni tashkil etdi, qayta homilador va ko'p bolali ayollar ustun bo'lib, ular 72 % ni tashkil etdi. Shoshilinch xolatlarda pastki-o'rta laparotomiya kesar kesish operatsiyasiga ko'rsatma homiladorlikda qon ketishlar edi: normal joylashgan Yuldoshning barvaqt ko'chishi 33% nafar, Yuldoshning oldinda etishi 16,5%, og'ir preeklampsiya 7% va bachadonda 2ta va undan ortiq chandiqlarda 23% holatlarda ko'zatildi. Kundalang laparotomiya bilan kesar kesish operatsiyasiga ko'rsatmalar: normal joylashgan Yuldoshning barvaqt ko'chishi 12,5%, Yuldoshning oldinda etishi 6%, og'ir preeklampsiya 3,1%, bachadonda 2ta va undan ortiq chandiqlarda 31 %; xomila-chanok disproportsiyasi 3,1%, tug'ruq kuchlarining sustligi 2,8%, homilani noaniq xolati 6,25%, kindik tizimchasini tushib qolishi 12,5% aellarda ko'zatildi. O'rta pastki laparotomiya bo'yicha kesar kesish operatsiyasining davomiyligi  $40,1 \pm 4,0$  daqiqani tashkil etdi, ko'ndalang laparotomiya bilan taqqoslaganda 9,5 daqiqaga ( $p < 0,05$ ) kamroq edi. Shoshilinch akusherlik xolatlarda intraoperativ qon yo'qotish pastki o'rta chiziqli yondashuvdan foydalanilganda  $700,03 \pm 135$  ml qon yo'qotish kuzatildi. Kundalang endashuvda qon yuqotish xajmi  $1200 \pm 22$  ml ni tashkil etdi ( $r < 0,05$ ). Operatsiyadan keyingi davrda gemoglobinni aniqlash natijalari: 1 guruxda o'rtacha gemoglobin miqdori 84 g/l ni tashkil qildi, va 2 guruxda 67 g/l ni tashkil qildi ( $r < 0,05$ ). Shoshilinch xolatlarda pastki-o'rta laparotomiya operatsiyasida qorin old devori gematomalar ko'zatladi, Djoel Koxen laparotomiyasida bu asorat 9,4% ni tashkil qildi ( $r < 0,05$ ).

**Xulosa:** Qon ketish xavfi ostida bo'lgan xomiladorlarda operatsiya kechishi va operatsiyadan keyingi asoratlari ko'rsatkichini kamaytirish maqsadida bo'ylama abdominal kesmani qo'llash tavsiya etiladi; rejali akusherlik xolatlarida ko'ndalang abdominal kesma amalga oshirilishi tavsiya etiladi; laparotomiya va kesar kesishni amalga oshirish jarayonida qorin old devori mushaklari shikastlangan bo'lsa, qon tomirlar to'liq tekshirilishi va a.epigastrica profundus inferiorni tikib bog'lanishi zarur.

## THE CONDITION OF PARTIAL RENAL FUNCTION IN ACUTE GLOMERULONEPHRITIS IN CHILDREN

Islamov T. S., Akhmedzhanova N. I., Akhmedzhanov I. A.  
Samarkand State Medical Institute

**Introduction.** One of the important places in the pathology of childhood is taken by inflammatory diseases of the urinary system, among which various forms of glomerulonephritis are of special attention. The most constant symptom of glomerulonephritis (GN) in children is hematuria, which can be the leading, the only manifestation of the disease. Acute glomerulonephritis (AGN) has been the subject of a number of conferences and publications in recent years.

The aim of this work was to study the clinical and laboratory features of the course of primary and secondary GN in children.

**Materials and methods of the research.** In total, there were 70 patients with acute nephritis, including 35 with secondary glomerulonephritis (SGN) and 35 with primary GN (PGN). Patients with acute GN were examined during the period of expanded clinical manifestations and in dynamics.

All patients underwent a clinical and laboratory examination, including a general blood test, a general urine test, determination of total protein, protein fractions, residual nitrogen, urea, creatinine, cholesterol, serum transaminases, and GFR in the blood serum.

**The results of the study.** Kidney function at the time of the examination were preserved in 8 children. In 10 (55.6%) patients, there was a decrease in osmotic concentration (average level  $1016.8 \pm 0.29$ ), the average level of glomerular filtration by endogenous creatinine clearance in these children was  $76.6 \pm 1.48$  ml / min. A retrospective analysis of medical histories was performed in 7 children with restricted functions. At the time of the examination, they had a favourable clinical type. The average level of RC in them was  $1016.71 \pm 0.36$ , CF- $75.29 \pm 1.78$  ml / min. At the same time, the indicators of the activity of nephritic syndrome in patients of groups 1 and 2 (proteinuria, hypoproteinemia, hypercholesterolemia, hyperglobulinemia) also had no reliable differences. Thus, the combined decrease in osmotic concentration and glomerular filtration was the most frequent in children with AGN. As the severity of the disease increased, the progression of functional disorders was noted. It was expressed both in a decrease in the level of OK and CPh, and in an increase in the total number of children with limited renal functions and the percentage of patients with combined functional disorders. Renal dysfunctions were found mainly in the presence of prognostically unfavourable types. The inflammatory process affected osmotic concentration and glomerular filtration already in the early period of the disease. The influence of unfavourable clinical and morphological types was manifested, mainly, in the case of SGN.

**Conclusion.** 1. It was found that the presence of significant proteinuria and tubular disorders in the onset of GN indicates an unfavourable prognostic value. 2. The need for long-term nephrological follow-up due to the undulating course of secondary GN is emphasized.

## PATHOGENETIC JUSTIFICATION IN TREATMENT OF THE TRANSCONDYLAR FRACTURES OF CHILDREN'S HUMERAL BONE

**Kassymzhanov A. N., Poshan N. A.**

JSC «Medical University Astana» Nur-Sultan, Kazakhstan.

**Relevance:** Among the injuries of the distal end of the humerus transcondylar fractures are the most common and range from 65.8 to 85.0%. Extensor transcondylar fractures are more common than flexion.

Over 90% of transcondylar fractures accompanied by the displacement of bone fragments and require repositioning. Complex anatomical localization of the fracture, the technical difficulties of comparison and retention of fragments and possible neurological and microcirculatory disturbances, as well as the likelihood of post-traumatic deformation - main reasons causing the urgency of the problem. Transcondylar fracture - a fracture of the intra-plane crosses the condyle fracture and thin bone plate that separates the two pits.

Diagnostics of transcondylar fractures of the humerus is based on clinical and radiological findings. Clinical signs - an acute pain, marked edema, forced position and limb deformity. The main method of diagnosis - X-rays, through which reveals the nature of the fracture, the kind of displacement of fragments, which determines the choice of treatment. The difficulty in treating fractures of transcondylar caused a number of features:

1. Fractures are characterized by the small size of the distal fragment, making it difficult to reposition and stabilize the bone fragments.

2. The joint capsule is damaged undergoes productive inflammatory changes, the result is a limit of elasticity, which is one of the causes of joint contractures.

3. Due to the topographic features of the elbow when transcondylar fractures in adverse conditions turn out to blood vessels and nerves, which explains the significant percentage of neurovascular complications.

The use of closed reduction and followed by a plaster immobilization leads to a high rate of secondary displacements. Treatment is predominantly by closed reduction with osteosynthesis leads to unsatisfactory results in the case where the operative treatment is shown. In turn, the expansion of the indications for surgery is unacceptable as a result of the operation is developing fibrotic degeneration of the joint capsule, heterotopic ossification para-articular, leading to contractures of the elbow joint.

The purpose of the research: Improve treatment outcomes of transcondylar fractures of the humerus in children.

**Material and methods:** During the period of 2018-2020 in the Department of Traumatology have been treated 321 children with transcondylar fractures of the humerus offset. The age of patients ranged from 1 year to 15 years. 209 (65.1%) patients were male and 112 (34.9%) - are girls. In the age aspect patients were distributed as follows:

1 - 3 years - 53 (16.5%);

4- 7 years - 89 (27.7%);

8 - 11 years - 103 (32.1%);

Over 12 years - 76 (23.7%).

Extensor transcondylar fractures accounted for 219 (68.2%), and flexion - 102 (31.8%). The mechanism of injury - a drop of growth, falling off the fence and trees during sport games. Diagnostics of transcondylar fractures are based on clinical and radiological findings. It is important when examining to determine the radial pulse, reveal a violation of the sensitivity of the fingers.

The main method of treatment of transcondylar fractures of the humerus remains the closed reduction. However, one of the complications is still secondary displacement of the fragments. In our clinic, developed a method of closed reduction, based on the pathogenesis of these fractures - sequence mutual displacement of fragments. During the repositioning the rotation offset is removed firstly, then by width and last instance - by length. Closed reduction is performed under general anaesthesia. Immobilization plaster splint is implemented by the extensor transcondylar fractures in flexion of the elbow - 70 degrees and flexion - unbent to 160 degrees. Closed reduction is made - 298 patients, of which 117 cases are implemented under the supervision of an electron-optical converter (EOC), 181 children - the closed reduction with percutaneous Kirschner wires fixation on Pappu. Children written out from the hospital for 6-7 days after the control radiographs. The indications for

surgery were open fractures, comminuted fractures with significant displacement, the injury of blood vessels and nerves. Open reduction allows accurate matching of fragments to accomplish a reliable fixation and start early functional treatment. However, with excellent anatomic result, we have a less favorable functional effect. Open reduction with Kirschner wires fixation is made - in 9 patients. After 16-18 days the immobilization stops and the spokes can be removed and there are elaborated an elbow physiotherapy. Movement of the elbow is restored within 1.5 - 2.5 months, depending on age and the nature and timing of the fracture.

Results: Thus, a variety of treatments at transcondylar fractures of the humerus in children characterized by ambiguity approach to this type of injury. Reasonable choice of treatment to prevent complications such as secondary displacement, post-traumatic neuritis, varus deformity and contracture of the elbow joint. The pathogenetic approach to the treatment of transcondylar fractures of the humerus in children, Papp osteosynthesis with significant displacement of the fragments, allows to obtain favorable treatment results. A well-founded choice of the method of treatment prevents complications such as secondary displacement, post-traumatic neuritis, varus deformities and contractures of the elbow joint.

#### **Findings:**

1. Closed reduction of bone fragments at transcondylar fractures indicated for small displacements.
2. When transcondylar unstable fractures, dissociation fragments reposition should be done under the supervision of the EOC and implement fixation Kirschner wires on Pappu. The basic requirement for achieving stable osteosynthesis - passing needles through the opposite cortex.
3. The most optimal way of fixing - holding crossed spokes, providing a stable osteosynthesis.

## COVID-19 BILAN KASALLANGAN AYOLLARDA HOMILADORLIK VA TUG'RUQ KECHISHINING XUSUSIYATLARI

Usmonova Z. M., Muxiddinova D. N.  
Samarqand davlat tibbiyot instituti

**Maqsad** - Covid-19 bilan kasallangan ayollarda homiladorlik va tug'ruqni olib borishni o'rganish.

**Material va usullar.** Samarqand viloyat perinatal markazida Covid-19 bilan kasallangan 20 nafar 24-40 xaftagacha bo'lgan homiladorlar (homiladorligi, tug'ruq kechishi) o'rganildi.

**Tekshirish natijalari.** Tadqiqotdagi homiladorlarda kasallikning klinik belgilari kuzatilganda, ularning barchasida umumiy holsizlik (100%), hid va tam sezmaslik 15 nafarida (75%), tez charchash 10 nafarida (50%) nafas etishmovchiligi 6 nafarida (30%), yo'tallar 8 nafarida (40%), ishtaxasizlik 12 nafarida (60%), tana haroratining oshishi 8 nafarida (40%), burun bitishi 4 nafarida (20%), tomoq qichishi 14 nafarida (70%) aniqlangan. Bundan tashqari homilador ayollar somatik kasalliklari, zotiljam 3 nafarida (15%), gestasion pielonefrit 6 nafarida (30%), kamqonlikning engil darajasi 14 nafarida (70%), kamqonlikning og'ir darajasi 3 nafarida (15%), gestasion diabet 1 nafarida (5%), gipertenziv holatlar 4 nafarida (20%) uchragan.

Tadqiqotda 20 nafar Covid-19 bilan kasallangan ayollarda kasallikning og'irlik darajasidan kelib chiqib, uch guruhga bo'lib o'rganildi. Engil darajada: tam va hid bilishning buzilishi, ishtahasizlik, holsizlik, subfebril tana haroratining ko'tarilishi, yo'tal, tomoq qichishi va engil bo'g'ilishlar kuzatildi. O'rta og'ir darajada yuqoridagi belgilar somatik kasalliklar bilan birgalikda kechdi. Kasallikning og'ir darajasida yuqoridagi sindromlar bilan birga somatik kasalliklarning asoratlari bilan kechdi.

Yangi koronavirus infeksiyasini boshdan kechirgan homiladorlarda tug'ruqning kechishi. Muddatdagi tug'ruq 13 nafarida (65%), muddatdan oldingi tug'ruq 3 nafarida (15%), 4 nafar (20%) ayollarda tug'ruq qog'onoq suvining muddatidan oldin ketishi kuzatildi. 17 nafar (85%) homiladorlar tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'di, 3 nafarida (15%) kesar kesish operatsiyasi o'tkazildi. Kesar kesish operatsiyasiga ko'rsatmalar: og'ir darajali zotiljam, bachadondagi chandiq nosozligi, bosh chanoq disproporsiyasi.

**Xulosa.** Pandemiya vaqtida Samarqand viloyat perinatal markazida Covid-19 bilan kasallangan 20 nafar homilador ayollarda patologik asoratlarni namayon bo'lganligini xulosa qilib shuni aytish kerakki, akusher ginekolog va reanimatologlarning kuchaytirilgan davo chora tadbirlariga qaramasdan koronavirus infeksiyani yuqtirgan homilador ayollarda kasallik asoratlari og'ir kechdi. Shu jumladan kamqonlikning turli darajalari va nafas olish tizimi, yurak-qon tomir tizimi, buyrak tizimlarida asoratli patologik holatlar ko'zatildi. Shu bois davom etayotgan pandemiya sharoitida onani va homilani hayotini saqlab qolish maqsadida olib borilayotgan vaziyatli chora tadbirlar akusher ginekolog va reanimatologlarni ilojisiz qoldirayotganligi mutaxasislarni yanada chuqurroq va mukammalroq chora tadbirlarni ishlab chiqishini taqozo etadi.

## ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРДАГИ ЙИРИНГЛИ-НЕКРОТИК ЯРАЛАРНИ МАҲАЛЛИЙ ДАВОЛАШ ТАКТИКАЛАРИ

Абдуллаев С.А., Джалолов Д.А., Норбоев Х.О.  
Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Ишнинг долзарблиги: XXI асрнинг бошланишини хирургик инфекцияларни даволаш муаммоларидан бири деб ҳисоблаш мумкин.

Айниқса охириги йилларда қандли диабетнинг бутун дунё бўйича кўпайиб бориши ва унинг жуда хатарли асоратлар бериши кузатилмоқда. Қандли диабет билан 20-50% беморларда юмшоқ тўқималарда ҳар хил йирингли яллиғланиш ҳолатлари кузатилмоқда.

Ишнинг мақсади: Юмшоқ тўқималардаги йирингли-некротик яраларни маҳаллий комплекс даволашда оптимал усулларини такомиллаш.

Ишнинг материали ва текшириш усуллари: Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмасининг йирингли хирургия бўдимида даволанган қандли диабет II типи, юмшоқ тўқималарда йирингли-некротик асоратлари билан 40 та бемор кузатувда бўлди. Эркаклар-22 та, аёллар-18 та бўлиб, 35-78 ёшни ташкил қилдилар. Юмшоқ тўқималардаги йирингли-некротик яллиғланишнинг сабаблари бўлиб: қандли диабет II тип оғир шакли билан диабетик панжа синдроми, парапроктитлар, думба соҳасидаги постинъекцион абсцесслар, оралик флегмонаси, қориннинг олд девори операциядан кейинги яранинг яллиғланиши, елка ва бўйин соҳаси карбункули.

Ишнинг натижаси: Қандли диабет II типи ва унинг оғир шакли билан юмшоқ тўқималардаги йирингли-некротик яраларнинг деярли 60%да некротик фасциит асоратлари кузатилди. Некротик фасциитларнинг маҳаллий белгиларини визуал аниқлаш жуда қийин. Некротик фасциитларнинг алоҳида хусусияти йирингли ҳолат фасциялар бўйлаб тарқалади ва чуқур тўқималарга ўтиб мионекрозга олиб келади. Диагноз қўйишда клиник-лаборатория, рентгенография ва УТТдан фойдаландик. Айрим чуқур флегмоналарда МРТ, МСКТ қилинди.

Патологик ҳолатнинг локализациясига, унинг тарқалиш даражасига, атроф тўқималардаги ўзгаришларни ҳисобга олган ҳолда ҳар хил вариантда хирургик ёндашишлар қўлладик. Теридаги ўзгаришларга асосан ҳар хил узунликда ва кенгликда кесмалар қилинди. Теридаги ва тери остидаги некрозга учраган тўқима батамом кесиб олинди. Агар терида ҳам яллиғланган соҳада некроз ҳолати кузатилганда тери ости ёғ қатламидаги некрозга учраган қисми билан бир блок ҳолида учрашувчи иккита кесма қилиниб кесиб олинди. Ҳосил бўлган катта йирингли яра дефекти яхшилаб санация қилинди. Қандли диабет билан бундай яраларда этапли некрэктомиялар қилинди. Ярадаги яллиғланиш ҳолати тўхтагандан кейин, яранинг иккинчи фазасига ўтгандан кейин маҳаллий мойли боғламлар ишлатилди. Биз охириги йилларда левомикол + лорабен ёки левомикол + дермобактр аралашмаси билан ярага боғлам қўйишдан яхши натижалар олдик.

Юмшоқ тўқималардаги яралар, айниқса анаэроб флегмоналарни очилгандан кейин ярани  $H_2O_2$  эритмаси билан санация қилинди ва кейинги этапларда ярани перманганат калий эритмаси билан ювиш яхши натижалар берди. Кейинги этапли некрэктомиялар (3-5 мартагача), айниқса некротик фасциитлар билан мионекрозлар кузатилганда биз этапли некрэктомия амалиётини энг тўғри хирургик тактика деб ҳисоблаймиз.

Яралар некротик тўқималардан тозаланиш этапида катта хажмдаги яраларга терилар қиррасини яқинлаштирувчи сийрак чоклар (Донати чоклари) қўйилди. Бордию бу чоклар вақтида қўйилмаса тери қисқариб кейинчалик уларнинг қиррасини тортиш қийин бўлиб қолади ва айрим ҳолатларда тери кўчириш операциялари қилиш керак бўлади.

Хулоса: Юмшоқ тўқималарнинг йирингли-некротик яраларини даволашда эрта қўлланилган хирургик амалиёти, яраларни комплекс маҳаллий даволаш ва этапли хирургик ёндашув амалиёти энг оптимал даволаш усули ҳисобланади.

**ТИЗЗА ҚОПҚОҒИНИНГ ПОСТТРАВМАТИК ЛАТЕРАЛ НОСТАБИЛЛИГИНИ АРТРОСКОПИЯ УСУЛИ ЁРДАМИДА СТАБИЛИЗАЦИЯ ҚИЛИШ.****Қаландаров Д.Ў.**

Самарқанд давлат тиббиёт институти.

**Кириш:** Тизза қопқоғининг посттравматик латерал ностабиллигини артроскопия усули ёрдамида стабилизация қилиш. Малоинвазив усулда операцияни қилиш. Тизза қопқоғининг медиал комплексини барқарорлаштириш.

**Ишнинг мақсади:** Малоинвазив усулда операцияни таъминлаш: medioPatello-femoral боғламнинг анатомик яхлитлигини тиклаш билан жарроҳлик даволашнинг патогенетик асосланган тактикасини ўтказиш.

**Материал ва текшириш усуллари:** Медиал пателло-феморал боғлама (МПФБ) реконструкция қилиш жараёнида ушбу операцияни бошдан кечирган 114 нафар бемор мурожат қилди, улардан 63 нафари аёллар ва 51 нафари эркеклар. Беморларнинг ўртача ёши 22 ёш (15 ёшдан 35 ёшгача). Жарроҳлик техникаси шундан иборатки, соннинг фасция қисмидан латерал қисмига қараб аутоотрансплантат малоинвазив усулда соннинг ўрта учдан бир қисмининг латерал юзасидан тайёрланади ва тизза қопқоғи орқали ўтади. Тизза қопқоғининг ўқи бўйлаб тайёрланган канал . Аутоотрансплантат сон суягининг ички кондулусига трансоссал чоклар билан фиксация қилинади .

**Натижалар.** МПФБ реконструкция қилиш усули билан ўтказилган жарроҳлик даволашдан сўнг, беморларни кузатиш операция бошлангандан ва йил давомида давом этди. МПФБ реконструкциясини бошдан кечирган беморларда натижалар қуйидагича бўлди: ўртача Кужала кўрсаткичи 91,4 (максимал 100 балл билан). Умуман олганда, узок муддатли натижада релапснинг 2 та ҳолати кузатилди (1,9%), улардан биттаси реабилитация даврида бемор олган травма натижасидир.

**Хулоса.** МПФБ ни реконструкция қилиш кўрсаткичлари - бу бирламчи травматик дислокация натижасида ёки сурункали шикастланиш ҳолатида МПФСга етказилган зарар. Тизза қопқоғининг медиал комплексини малоинвазив усулда тиклаш орқали тизза қопқоғининг латерал ностабиллигини барқарорлаштиради. Тизза қопқоғининг шикастланиш беқарорлигида, МПФБ -га алоҳида зарар етказилиши ва дисплазияси бўлмаса, МПФБ ни қайта тиклашнинг тавсия этилган усули яъни артроскопия усулида уни операция қилиш энг яхши ечимдир.



## БОЛАЛАРДА КУЙГАНДАН КЕЙИНГИ ЕЛКА ВА ТИРСАК БЎҒИМИ КОНТРАКТУРАЛАРИНИ ЭРКИН БУТ ТЕРИ ЁРДАМИДА БАРТАРАФ ЭТИШНИНГ АФЗАЛЛИКЛАРИ

Кетмонов А.Г., Абдурахимов С.О.  
Андижон Давлат тиббиёт институти  
Болалар хирургияси кафедраси

Мавзуни долзарблиги. Куйиш касаллиги кўп холларда беморларда оғир асоратларга олибкелади. Айрим холларда куйиш жарохати битгандан сўнг беморларда бош, бўйин, тана, кўл ва оёқларда чандикли деформация (тери ва юмшоқ тўқималарни бужмайиб қолиши) лари ва котрактура (ёзилмай қолиш) лари кузатилади. Муаллифларни (Юденич В.В. и Гришкевич В.М., 2007) маълумотига кўра барча йирик бўғимлар контрактуралари орасида елка бўғимиконтрактураси 10-37% ни, тирсак бўғими контрактураси эса 7-28 % ни ташкил этади.

Материаллар ва текшириш усуллари. Хозирги кунда АВБКТТМ Юз-жағ ва пластик жаррохлик бўлимида куйгандан кейинги учрайдиган асоратларни пластик-қайта тиклаш жаррохлик усуллариининг замонавий усуллари қўлланилмоқда. 2021 йилгача 100 дан ортик болаларда куйгандан кейинги бўғимларнинг чандикли букилган контрактурасини бартараф этиш билан ташрих бажарилди. Шулардан биз елка ва тирсак бўғими чандикли букилган контрактураси билан 36 нафар беморларни кузатдик. Шулардан 8 нафари назорат ва 28 нафари асосий гуруҳлар. Ушбу беморларда умумклиник текширувлар билан бирга бўғимларни рентгенологик текшируви ўтказилди.

Муҳокама ва натижалар. Хозирда маълумки елка ва тирсак бўғими тотал чандикли контрактураларини бартараф этишда анъанавий усуллардан бири бўлган дермотом ёрдамида олинадиган эркин аутодермопластика усулидан фойдаланилади.

Бу усул қулайлиги билан бир қаторда бир қанча камчиликларга ҳам эга (трансплантат ретракцияси, гиперпигментация). Биз бу камчиликларни ҳисобга олиб куйгандан кейинги елка ва тирсак бўғимлари контрактураларини бартараф этишда янги замонавий усул, эркин буттери ёрдамида контрактураларни бартараф этиш усулини тадбиқ этдик. Ушбу усул билан куйгандан кейинги елка ва тирсак бўғимлари тотал чандикли букилган контрактуралари 28 нафар бемор болаларда ташрих ўтказилди. Бу усулда бажариладиган ташрихни анъанавий усулда бажариладиган ташрихдан фарқи куйдагича: елка ва тирсак бўғими чуқурчаларидаги тортиб турувчи чандиклар кесиб олинади. Гемостаз. Бўғим бироз реддрессация қилинади. Хосил бўлган жарохатга чов сохасидан скалпель ёрдамида терини барча қаватлари билан қўшиб олинган ва тери ости ёғ қаватидан ажратилган эркин бут тери ёпилиб, четлари атравматик тугунли чоклар билан тикилади. Жарохатга босиб турувчи фурациллинли боғлам қўйилади. Донорлик жарохат “ўткир дермотензия” усулда тикилади. Барча беморларда операция вақтида ва операциядан кейин 3-5 кун мобайнида антибиотикотерапия, операциядан кейинги даврда эса физио ва больнеотерапия ўтказилди.

Ушбу усулда елка ва тирсак бўғими чандикли букилган контрактураларини бартараф этилганда 1 (3,6 %) нафар беморда ўтказилган трансплантат лизисга учраб контрактурарецидив кузатилди.

Хулоса. Олинган натижалар шуни кўсатадики, назорат гуруҳидаги 8 нафар бемордан 2 (25%) нафарида трансплантат бужмайиши ва контрактурани қисман қайталаниши кузатилди. Асосий гуруҳдан 27 (96,4 %) нафар беморларда бўғим фаолияти яхшиланиб, меҳнат фаолиятигўла тикланиб, яхши натижаларга эришилди.

**ҚИЗИЛ МИЯ ЎСИМЛИГИНИНГ ДОРИВОРЛИК ХУСУСИЯТЛАРИ****Кубаев А.Э., Алиев Д. Д.**

Самарқанд давлат тиббиёт институти.

Мақсад ва долзарблиги: Мамлакатимизда мавжуд бўлган доривор ўсимликлардан таъбиотда оқилона фойдаланиш ва бизда мавжуд лекин таъбиотда ҳали таркиби ўрганилмаган доривор ўсимликларни даволаш жараёнига тадбиқ этиш.

Материал ва услублар: Мамлакатимиз таъбиотида, тарихи 8000 йилга бориб тақаладиган тиббиёт тарихида жуда ката аҳамиятга эга бўлган минглаб инсонларни ҳаётга қайтарган ўсимликлардан бири бу қизилмия ёки ширинмия ўсимлигининг илдизидир. Нима учун бу ўсимликни номлари турлича номланади. Сабаби ширинмия ўсимлигини илдизи чайнаб кўрилганда ширинликни сезамиз. Иккинчи номи қизилмия бўлиб уни қавлаб олинганда илдизни улчамига қараб ранглари турлича бўлади. Агар шўрхок жойларда ўсган бу ўсимликни илдизи оқимтир, сувли унумдор азот моддаси кўпроқ жойларда ўсган бўлса бу ўсимликни ранги қизғиш бўлади. Илмий тадқиқотлар шуни кўрсатадики амударё атрофларида ўсадиган ширинмия ўсимлигини илдизида ширинлиги кўпроқ бўлади, бу глициризин моддаси ва ранги қизғиш бўлади азот моддаси кўплигидан дарак беради. Айримлар бу ўсимликни сарикмия деб ҳам юритади. Демак бу ўсимликни номлари турлича бўлиб қизилмия, ширинмия, сарикмия ва чучукмия деб ҳам юритадилар. Таркибида жуда кўп глициризин углеводлар ва эликдан ортиқ микроэлементлар яъни калий, калций, магний, натрий, фосфор, азот ва бошқалар етарли миқдорда бўлганлиги учун илдизи жуда қаттиқ бўлади. Бу ўсимликнинг илдизи Д.И. Менделеев даврий системасига киритилган инсон фаолияти учун жуда ката аҳамиятга эга бўлган элементлардан иборат. Демак инсон организмга шу элементлар керак бўлиб турганда қизилмияда айниқса темир моддасининг борлиги қизилмиянинг таркибида камқонликларга жуда катта фойда беради, калцийнинг борлиги суяклар мўртлашганда, тишлар емирилганда истемол қилинса организмга жуда яхши таъсири аниқланган. Бугунги кунда имкон даражасида инсоннинг иммун ёки гормонал тизимига кучли таъсир қиладиган дориларни истемол қилмаган маъқул. Бундай гормонларда беморлар узок юриб бўлмайди. Агар узок юрадиган бўлса бемор қонида кальций камайиб кетади, қандли диабет пайдо бўлади ва ошқозон ичак тизимида яралар пайдо бўлади, беморнинг иммун тизими пасайиб кетади ва организмда яна бошқа нохуш ўзгаришлар пайдо бўлиши мумкин. Бу касалликларни олдини олишда биз етарли дозада қизилмия илдизини беришни бошласак демак организм узи гормон ишлаб чиқаришни бошлайди яъни буйрак усти безларини фаолияти яхшиланади, ошқозон ости безлари, қалқонсимон безлар, жинсий безларнинг фаолияти меърига келиши билан биз ташқаридан кириб турган гормонлардан аста секин воз кечиб кетишимиз мумкин бўлади. Замонавий медицина бугун булардан қандай самарали фойдаланаёпти. Қизилмиянинг давлатимиз томонидан ишлаб чиқарилган экстракти яъни суяқлиги балғам кўчирувчи восита сифатида фойдаланиш мумкин. Қизилмиянинг илдизидан қайнатиб олинган дамлама кўкрак қафасидаги балғамларни кўчиришда жуда қўл келади ундан ташқари замонавий медицинада ошқозон ичак яраларини, қизилунгач куйганда, геморрой яъни ичаклардан қон кетганда ёки ичакларни ёрилишида ундан ташқари гастритларда умуман олганда меда ичак тизими касалликларини олдини олишда жуда яхши фойдаланиш мумкин. Шу билан бирга яраларни тузатишда ва туқималарни ўстиришда жуда катта таъсири бор. Қизилмия ўсимлигини шифобахш хусусиятлари бисёр бўлсада баъзи хасталикларда уни қўллаб бўлмайди. Жумладан қизилмия ўсимлиги юрак фаолияти қон босими ошган кишиларга, ҳомиладор ва эмизикли аёлларга тавсия этилмайди. Шу билан бирга у бачадондан кучли қон келишига сабаб бўлиши мумкин. Шу боис ўсимликни қон ивувчанлик жараёни бузилишида қўллаш ман этилади. Ҳеч бир мамлакатнинг қўёши биздагидек иссиқ, қўёшли кунлари кўп бўлмайди. Қўёшдан келаётган барча энергия қизилмиянинг танасидан кириб илдизига ўтади. Шунинг учун қизилмиянинг таркибидаги биологик фаол моддалар бошқа мамлакатдаги қизилмияларга қараганда анча кучлидир.

Ножуя таъсири: Бош айланиши, кунгилайниши, буғимларда оғриқ белгилари бўлиши мумкин. Қизилмия ўсимлигини ичогриганда қабул қилганимизда зарари бор. Бузарарни олдини олиш учун қизилгул ўсимлигини истемол қилиш керак бўлади

Натижа: Бугунги кунда имкон даражасида инсоннинг иммун ёки гормон тизимига кучли таъсир қиладиган дориларни истемол қилмасдан етарли дозада қизилмия илдизини бериш

орқали организм узи гормон ишлаб чиқаришни бошлайди, ташқаридан қабул қилинадиган гормонлардан аста секин воз кечилиб организм ўз хусусиятини тиклашда яхши натижага эришилади.

Хулоса:Бизни мамлакатимизда 4500 тадан ортиқ ўсимликлар ўсади улардан 1500 га яқини доривор ўсимликлар деб этирофэтилган. Шунга қарамасдан замонавий медицинамиз 600 га яқин шифобахш ўсимликлардан фойдаланади холос. Биз доривор ўсимлик деб қайд қилинган кейинги ўсимликларни ҳам таркибий фаолиятини ўрганиб мамлакатда табобатни медицина билан биргаликда табиий даволаш усулларини йўлга қўйиб юқори кўрсаткичларга эришишимиз мумкин.

## КОРИН БУШЛИГИ ПАРЕНХЕМАТОЗ АЪЗОЛАРИНИ ЖАРОХАТЛАНИШЛАРИДА ОПЕРАЦИЯДАН СУНГИ ДАВОЛАШДА НУТРИТИВ ОЗИКЛАНИШНИ АФЗАЛЛИКЛАРИ

Мавлонов Ф.Ш., Улугмуратов А.А., Улугмуратов Ф.А.  
РШТЁИМ Самарканд филиали СамДавТИ  
2 сонли болалар хирургияси кафедраси.

Корин бушлиги жароҳатлари ташхислашда мураккаблиги ҳамда асорат бериши жихатидан юкори уринларда турадиган касалликлардан хисобланиб болалар жаррохликлари фанини муракаб қисмларидан бири хисобланади. Сунги даврда бутун жаҳонда транспорт саноатини юксалиши ундан ташқари автомобилларни тезлик суратини ошиши бу каби жароҳатланиши болалар уртасида кундан кунга купайишига олиб келмокда. Даволашни натижаси эса болани қандай даражада жароҳат олганлигида уни қанча вақт ичида қандай траспортда шифохонага етказганлиги ва бирламчи ёрдамни қандай курсатганлигига боғлиқ булиб қолмокда. Бундай малакали хизматни курсатишни барча врачлар билиши шарт. Адабиётларда келтирилишича корин бушлиги жароҳатланишлари барча жароҳатланишларини 2- 5 % ни ташкил этади.

Тадқиқотни мақсади: Паренхематоз аъзоларни жароҳатланиши билан оператив даво утказилган беморларни операциядан сунги даврда нутритив озиклантиришга утилишини авфзаллигини урганиш

Материал ва услублар: Республика шошилич илмий маркази Самарканд филиали шошилич болалар хирургияси булимига ҳамда уни субфилиалларида 2011-2020 йиллар давомида оператив даво утказилган 125 та бемор бола бизни назоратимизда булди. Шулардан 56(44.8%) таси киз ва 69(55.2%) таси угил бола жинсига мансуб. Беморларни ёшига нисбатан 3 ёшгача булганлар 24(19.2%)тани, 7 ёшгача булганлар 35(28%)ва 18 ёшгақадар 66(52.8%) та беморни ташкил этди. Олинган жароҳатларни сабабларига кура қилинган тахлилларда қата травмалар 16(12.8%)та, спорт машгулотлари билан боғлиқ жароҳатланиш 31(24.8%)та ва йул траспорт ходисаларидан сунги травмалар 78(62.4%)тани ташкил қилди.

Тадқиқотни натижалари: Корин бушлиги паренхематоз аъзоларини жароҳатлари билан қелган беморлар қабул булимида қон сийдик тахлили, корин бушлиги УТТ ҳамда рентгенологик текширишлар билан бирга беморга алгоритм буйича даволаш тактикаси танланди.

Кичик гемоперитониум ва уртача гемоперитониум ҳолатларида умумий аҳволи стабил булганда беморга инфузион даво утказилиши билан биргалиқда қон тухтатувчи препаратлар қилинди. 17(13.6%) та бемор қон миқдори корин бушлигида қупаймаганлиги сабабли консерватив даво утказилди. Қон миқдори қупайиб бироқ аҳволи стабил ҳолатда булган 45 та бемор лапароскопик операция утказилди. 32(25.6%)ҳолатда жигар ва талокдаги жароҳатлар коагуляция қилиниб қон тухтатилди. Қолган ҳолатда лапаратомияга утилиб операция якунланди. Лапаратомия қилинган жиган жароҳатлари билан 18(14.4%) та беморга Demegescontrol урнатилди. Утказилган операциялардан сунг 3 (2.4%)та ҳолатда улим қушма огир жароҳатлари хисобига қузатилди. Операциядан сунги даврда беморларга эрта энтрал озиклантириш яъни нутритив озукалар хисобига утказилди.

Хулоса. Нутритив озиклантириш паренхематоз аъзоларни жароҳатланишида ичаклар перистальтикасини эрта ҳаракатига ва йукотилган қонсизланишни муътадиллаштиришда қушимча энергия манбаи хисбланади.

## ТУҒМА НУҚСОНЛАР ВА ИРСИЙ КАСАЛЛИКЛАРНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРА-ТАДБИРЛАРИ

Набиева Ш. М, Сирожиддинова Х. Н.  
Самарканд Давлат тиббиёт институти.

Кириш: Мустақиллик йилларида республикада оналар ва болаларни ҳимоя қилишга катта эътибор берилди. Болалар бизнинг келажагимиз, улар халқимизнинг давоми ва келажак ҳаётимиз уларга боғлиқ. Соғлом, баркамол авлодни вояга етказиш учун, аввало, соғлом бола туғилиши керак. 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича ҳаракатлар стратегиясини «Ёшларни қўллаб-қувватлаш ва аҳоли саломатлигини мустаҳкамлаш йили» да амалга оширишга оид давлат дастури шулар жумласидандир. Туғма ва ирсий патологияси бўлган болалар туғилиши ва ногиронлар туғилишининг олдини олиш мақсадида Ўзбекистонда «Она ва бола скрининги» давлат дастури мавжуд. Скрининг марказининг асосий мақсади туғма нуқсонлар ёки ирсий касалликларга чалинган бола туғилишининг олдини олиш, шунингдек, ирсий патологияга эга болаларга ихтисослашган тиббий-генетик ёрдам кўрсатишдир.

Тадқиқот мақсади: туғма нуқсонлар ва ирсий касалликларга чалинган чақалокларни кўриқдан ўтказиш, уларга ихтисослашган тиббий ёрдам кўрсатиш ва туғма нуқсонлар ҳамда ирсий касалликларга чалинган чақалокларни туғилишини олдини олиш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари:

Болалар вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг янги туғилган чақалоклар патологияси бўлимида жами 36 нафар чақалок тиббий кўриқдан ўтказилди. Шулардан 8 нафар туғма нуқсонлар билан, ирсий касалликларга чалинган янги туғилган чақалоклардир. Улардан 7 нафари қон-қариндош эмас, яъни 87,5% ташкил қилади, 1 нафари қон қариндош 12,5% ташкил қилади. Биз кузатган 8 нафар хаста чақалокларнинг муддатида туғилганлар сони 5та (62,5%), муддатидан олдин туғилганлар сони эса 3та (37,5%). Скрининг кўригидан ўтганлар сони 3та (37,5%), скрининг кўригидан умуман ўтмаганлар сони 5тани (62,5%) ташкил қилади.

Натижалар: Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, туғилган болалар орасида 8 нафари туғма нуқсонлар билан туғилган. Шулардан бир нафарида гидроцефалия кузатилган, қон қариндош никоҳдан бўлиб, скрининг кўригидан ўтмаган ва ихтисослашган тиббий ёрдам кўрсатилмаган. Кўриқдан ўтказилган яна бир нафар чақалокда юқори танглай ёриғи кузатилган. Чақалок қон қариндош никоҳдан эмас, скрининг кўригидан ўтмаган ва ихтисослашган тиббий ёрдам кўрсатилмаган. Кейинги беморимиз микрогнатия, микроглоссия ва юрак туғма бўлмачалараро тўсиқ нуқсони билан муддатида туғилган бўлиб, қон қариндош никоҳдан эмас, скрининг кўригидан ўтмаган ва ихтисослашган тиббий ёрдам кўрсатилмаган. Яна бир бемор кўп сонли туғма нуқсонлар билан туғилган. Унда туғма танглай ёриғи, полидактилия, туғма дакриоцистит ташҳиси қўйилган. Чақалок муддатида олдин туғилган бўлиб, қон қариндош никоҳдан эмас, скрининг кўригидан кўп марта ўтган ва ихтисослашган тиббий ёрдам кўрсатилган. Кейинги бемор микроцефалия, ҳомила ичи инфекцияси билан муддатида туғилган бўлиб, қон қариндош никоҳдан эмас, скрининг кўригидан ўтмаган. Яна бир беморда юқори лаб ва юқори танглай ёриғи, овал йўлининг очиклиги ташҳиси билан муддатида туғилган бўлиб, қон қариндош никоҳдан эмас, скрининг кўригидан ўтмаган. Олтинчи беморда туғруққа алоқаси бўлган мия жароҳати, кефалогематома кузатилган. Қон қариндош никоҳдан эмас, скрининг кўригидан 2 марта ўтган ва ихтисослашган тиббий ёрдам кўрсатилган. Еттинчи беморда кичик чанок бўшлиғида ўсма билан муддатида туғилган бўлиб, қон қариндош никоҳдан, скрининг кўригидан 2 марта ўтган. Сўнгги беморда танглай ёриғи ташҳиси қўйилган, муддатида туғилган бўлиб, қон қариндош никоҳдан эмас, скрининг кўригидан ўтмаган.

Хулоса: Шундай қилиб, туғма нуқсонлар ҳамда ирсий касалликларга чалинган чақалокларни туғилишини олдини олиш, қон қариндош никоҳларига йўл қўймаслик учун тарғибот ишларини олиб бориш, барча ҳомиладор аёлларга скрининг кўригидан ўтиш муҳим ва зарур эканлигини уқтириш, келажак авлодни соғлом туғилишига замин яратади.

## ҲОМИЛА ИЧИ ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ҲОМИЛА ИММУНОЛОГИК ҲИМОЯСИГА ТАЪСИРИ

Ортиқбоева Н.Т., Абдухалик-заде Г.А.  
Самарқанд Давлат тиббиёт институти

**Кириш:** Соғлом, баркамол авлодни вояга етказиш учун, аввало, соғлом бола туғилиши керак. 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича ҳаракатлар стратегиясини «Ёшлани қўллаб-қувватлаш ва аҳоли саломатлигини мустаҳкамлаш йили» да амалга оширишга оид давлат дастури шулар жумласидандир

Ҳомила ичи инфирцирланиши-деганда фақат ҳомилани ҳомиладорлик даврида еки туғрук даврида инфекцион омил билан зарарланиши тушунилади. Бу атама асосан чақалоқларда инфекцион касалликнинг клиник белгилари намоен булмаган ҳолатларда лекин, анамнестик маълумотларга кура бунинг акси аниқланганда қулланилади. Ҳомила инфекцияси ҳомилани анте-еки интранатал даврида инфекцион касаллик билан касалланиши тушунилади. Бунда инфекцион касалликнинг клиник белгилари аниқланади ва лаборатор текширувлар асосида уз исботини топади.

Тадқиқот мақсади: ҳомила ичи инфекцияси билан туғилган чақалоқлар ҳаётининг илк кунндаёқ, этиологик- анамнестик омилларни ўрганиш ва ретроспектив баҳолаш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари:

Тадқиқот учун гестацион муддати 38-40 ҳафталик бўлган, 45 та чақалоқнинг ретроспектив анамнестик курсаткичлари антенатал, интранатал ва постнатал даврда ўрганилди; 20 та ўғил бола (44,44%) ва 25 та қиз бола (55, 56%).

Натижалар: антенатал даврнинг этиологик омиллари булиб, акушерлик анамнезининг нотинчлиги 7 та ҳолатда – 15, 55 %; (ҳомиланинг тушиши, ўлик бола туғилиши); ҳомиладорликнинг патологик кечиши– 18 та ҳолатда –40 % (анемия, инфекцион ва соматик касалликларнинг қузғалиши) ; генитал патология- 5 та ҳолатда – 11, 11 % ; (урогенитал инфекция, кольпит, эндоцервицит), плацентанинг патологияси.

Интранатал даврнинг хавф омиллари- 15 та ҳолатда – 33, 33 %; туғрук жараенининг оғир кечиши, боланинг асфиксия билан туғилиши, ҳомила тана вазнининг кичик булиб ривожланмаганлиги, онада иккиламчи туғрук фаолиятининг сустлиги булиб ҳисобланди.

Цитомегаловирусли инфекция натижасида 18 та ҳолада- 40% да ўт йуллари атрезияси, паравентрикуляр киста, буйраклар поликистози, туғма юрак нуқсонлари билан болалар туғилган. 15 та ҳолат да эса - 33, 34 % да хламидий оқибатида энгил неврологик симптомлар кузатилди: тугма нистагм, Грефе симпоми кузатилди.

Хулоса: Ҳомила ичи инфекцияси таъсирида унинг зарарланиши мавжуд булган микроорганизм ва унинг токсинларининг таъсири, имплантация ва плацентация жараенининг бузилиши, метаболик жараенлар ва ҳомила иммунологик ҳимоясининг барқарор эмаслиги билан боғлиқ.

## ОЗИКЛАНТИРУВЧИ, ИЗОЛЯЦИОН ПЛАСТИНКАЛАРНИ ТАНГЛАЙ ТУГМА НУКСОНЛИ ЧАКАЛОКЛАРДА КУЛЛАШ.

Туксонбоев Н. Х., Азизов А.М.

Вилояти Болалар Куп Тармокли  
Тиббиёт Маркази, Самарканд, Узбекистон.

**Кириш:** Юкори лаб ва ёки танглайнинг тугма нуксонлари (CL / P) энг кенг тарқалган тугма орафацал аномалиялардан биридир. Таснифи, мумкин булган этиологик омиллар, патогенез ва кемтикларнинг реабилитацияси буйича турли хил протоколлар адабиётларда баён этилган. Бундай холатлар куплаб мутахассисларнинг биргаликдаги сайи-харакатларини талаб килади. Улар орасида ортодонт ва юз-жаг жаррохи фаол ва самарали иштирок этишлари керак. Юкори лаб ва тангай тугма нуксонли (CL / P) беморларда овкатланиш жараёни одатда кийин кечади ва овкатланиш вақти жуда узок кечиб она ва боланинг физик зуриқишига сабабчи булади.

Озиклантирувчи пластинка нафакат тугри овкатлантириш учун, балки краниофацал усишда ҳам муҳим рол уйнайди ва урта кулок йули, бурун халқум сохалари инфидирланиш даражасини камайтиради.

**Текшириш учун матераил ва методлар:** Самарканд вилоят болалар куп тармокли тиббиёт маркази 2018 йилдан 2021 йилгача булган муддатда 5 кунликдан 1 ойликгача булган 155 та чакалокларда текширув утказилди. Классификация буйича улардан 38.0% (59 та) ни танглайнинг тулик; 27.7% (43 та) ни юкори лаб ва танглайнинг бир томонлама тулик; 23.8% (37 та) ни юкори лаб ва танглайнинг бир томонлама кесиб утувчи; 10.3% (16 та) ни икки томонлама кесиб утувчи тугма нуксонлари ташкил килади.

Барча болаларда антропометрик текширув утказилган ва индивидуал кошиклардан фойдаланган холатда Zeta plus (Zhermack, Italy) колип олувчи ашёдан колип олинди ва индивидуал пластинкалар таёрланди. Таёрланган пластинкалар бемор огиз бушлигига Корега гели ёрдамида фиксация килинди.

**Текшириш натижалари:** Озиклантирувчи пластинкадан фойдаланмаган беморлардан кузатувдаги беморларда усиш ва ривожланишдан ортга қолиш 39% га камайди. Озиклантирувчи пластинкалар огиз бушлигида босимни сунъий равишда кутариб турганлиги хисобига болада суриш билан боғлиқ муаммолар бартараф килинди.

Бундан ташқари озиклантирувчи пласникалардан фойдаланиш орқали беморларда кулок урта ва бурун-халқум йуллари инфекцион касалликлари мос равишда 34% ва 82% гача камайганлиги аниқланди.

**Хулоса:** Урта ва огир даражадаги юкори лаб ва ёки тангайнинг тулик ва кесиб утувчи тулик тугма нуксонли беморлада озиклантирувчи пластинкани куллаш нафакат боланинг тугри озикланишида ва маҳаллий соханинг инфекцион касалликларга нисбатан камрок чалинишида, балки, ота-онанинг психо-эмоционал ва физик зуриқишини олдини олади. Озиклантирувчи пластинкаларга курсатма булган холатларда тугри танлаб ишлатиш мақсадга мувофиқ хисобланади.

## БУРУН КАНОТИНИ ШАКЛЛАНТИРУВЧИ НАЗОАЛЬВЕОЛЯР МОЛДИНГНИ (НАМ) ЮКОРИ ЛАБ ВА ТАНГЛАЙ ТУГМА НУКСОНЛАРИ БИЛАН ТУГИЛГАН ЧАКАЛОКЛАРДА КУЛЛАШ.

**Туксонбоев Н. Х.**

Вилояти Болалар Куп Тармокли  
Тиббиёт Маркази, Самарканд, Ўзбекистон.

Кириш: Юкори лаб ва танглай тугма нуксонлари хар хил даража ва формада учрайди. Кенг формадаги кемтиклар сезиларли даражада бурун лаб деформацияларини юзага чиқаради. Бу кенг кемтиклар юкори сифатли функционал ва косметик натижага эришишда катта хирургик муаммони юзага чиқаради. Хаттоки, танглайнинг уз ичига олмаган юкори лабнинг нотулик тугма нуксони ҳам сезиларли даражада бурун канотлари деформациясига сабабчи булиши мумкин. Купчилик хирурглар жуда кичик чандик, симметрик проекциядаги бурун канотини шакллантиришга харакат қилишади. Кичик хажмдаги чандиклар катта булмаган тортишувдаги хирургик кесма битгандагина хосил булади.

Назоальвеоляр молдингнинг (НАМ) асосий вазифаси кемтик орасидаги масофани камайтириш ва бурун канотини симметрик ҳолатда шакллантиришдан иборат. Бу хирург учун минимал даражадаги тортишувда ишлашга имкон яратади.

Назоальвеоляр молдингнинг қушимча вазифаси альвеоляр нуксоннинг милк туқималарида пассив контакт пайдо бўлгунча камайтиришдан иборат.

Текшириш учун материал ва методлар: Самарканд вилоят болалар куп тармокли тиббиёт марказида 2021 й. буйича 4 кунликдан 20 кунликкача булган жами 14 та юкори лаб ва танглайнинг кесиб утувчи тулик тугма нуксони билан тугилган чакалоклар текширувдан утказилди.

Текширувдан утказилган болаларнинг барчасида антропометрик текширув утказилди ва индивидуал пластинкалар тайёрланди. Пластинкани кемтик жойлашган томонида бурун канотини шакллантириш мақсадида бурун стенти модификация қилинди. НАМ нинг яна бир асосий элементларидан бири булган жарохатни ёпувчи материал (лейкопластр) НАМ га бирлаштирилди.

Текшириш натижалари: Текширувдан утказилган беморларда НАМ системасини куллаш орқали огир даражадаги кесиб утувчи тулик тугма нуксонли (альвеоляр усиклар орасидаги масофа 1.0-1.2 см гача) чакалокларда операция муддатигача нуксон кенглигини 0.3-0.4 см гача торайтиришга эришилди. Урта ва енгил даражадаги (43%) беморларда усикларнинг бир бири билан пассив контакт хосил қилишига еришилди.

Нуксон томондаги яссилашган бурун канотлари пластинкада шакллантирилган бурун стенти орқали халқасимон шаклга қирди ва қисман соғлом томондаги бурун каноти билан симметрик ҳолатга келтирилди.

Хулоса: Охириги ун йил ичида тажриба қилувчи шифокор ва ота-оналарнинг сайи-харакатлари ҳисобига НАМ ҳозирга формасига келтирилди. НАМ ни куллаш орқали қиска муддатда кемтик кенглигининг торайиши ва бурун канотларинг шакллантирилиши ҳисобига қутилган ва кам чандикли натижага эришилади. Бундан ташқари НАМ системаси кулланган чакалокларда режалаштирилган пластик операциялар сони бир мунча қисқаради.



## БОЛАЛАР ҚОРИН БЎШЛИҒИ ШИКАСТЛАНИШЛАРИДА ИНГИЧКА ВА ЙЎҒОН ИЧАК ЖАРОҲАТИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИ ЎРГАНИШ

Тўракулов З.Ш., Исаков Н.З.

Андижон давлат тиббиёт институти

Кириш. Йўғон ва ингичка ичакнинг шикастланиши ҳар доим шошилич жарроҳликнинг долзарб муаммоси бўлиб қолмоқда ва доимо замонавий диагностика ва даволаш усуллари талаб қилмоқда. Бугунги кунда диагностика ва даволаш усуллари кенг ишлаб чиқилган ва қўлланилган бўлса-да, клиник маълумотларнинг ноаниқлиги туфайли ушбу беморларга кўпроқ эътибор талаб этилади. Ушбу муаммоларни бартараф этишда диагностика ва даволаш усуллари ҳамда тиббиёт ходимларининг шахсий тажрибаси ва касбий маҳорати муҳим рол ўйнайди.

Қоринни ёпиқ шикастланишидаги ўлимнинг асосий сабаблари перитонит ва ингичка ичакнинг шикастланиши оқибатидаги қон йўқотишдир. Қорин бўшлиғининг ёпиқ шикастланиши туфайли ингичка ичакнинг шикастланишлари жарроҳлик усулда даволанишни талаб қилмайдиган ичакларнинг шикастланиши - кўкаришлар ёки майда гематомалардан тортиб ҳаётга лойиқлигини тўлиқ бузилиши сабабли ампутатсияга қадар бўлиши мумкин.

Тадқиқот мақсади. Болаларда қорин бўшлиғи шикастланиши билан ингичка ва йўғон ичак шикастланишларини 2010 йилдан 2019 йилгача РШТЁИМ АФ шифохонасининг болалар шошилич хирургияси бўлимида даволанган йўғон ва ингичка ичак зарарланиши оқибатида хирургик даволанган 48 нафар беморни натижалари ўрганилди. Беморларнинг ёши 2-18 ёшда. Қорин бўшлиғининг ёпиқ шикастланиши ёки қорин олд деворига шикаст етган беморларни қабул қилишда стандарт инструментал ҳамда лаборатор текширувлари ўтказилди, гемодинамик барқарорлик баҳоланди ва зарур бўлганда диагностик лапароскопия ўтказилди.

Тадқиқот натижалари. Қон йўқотиш ҳажми ўртача  $340 \pm 115$  мл ни ташкил этди. Операциянинг ўртача давомийлиги 57 минут. Реанимацияда қолиш муддати 1-18 кун. Ичак шикастланишлари орасида ичак тешилиши 9 нафар беморда, сероз қатлам зарарланиши 14 нафар беморда, ичак девори гематомалари 21 нафар беморда, мезентериал ва деваскуляризация 4 нафар беморда кузатилди.

Шикастланишдан сўнги дастлабки 6 соат ичида 27 нафар беморга, биринчи кунда - 15 нафар беморга ва қабул қилинган кундан кейин бир кундан кўпроқ вақт давомида - 6 нафар беморга жарроҳлик даво усули қўлланилди. Беморлар аҳволининг ёмонлашувига геморрагик шок ва унинг оқибатлари, оғир мия шикастланиши сабаб бўлди. Диагностик лапароскопия 33 нафар беморда (69%) ўтказилди, ананавий усулдаги лапаротомия 15 нафар беморда ўтказилиб, шундан 5 нафар беморда ичак резекцияси амалиёти ўтказилди.

Операциядан кейин консерватив даво олган беморлар 7-38 кун давомида касалхонада кузатилган.

Хулоса. Шундай қилиб йўғон ва ингичка ичак жароҳати билан касалланган беморларни даволаш натижаларини ретроспектив таҳлил қилиш, қорин бўшлиғи шикастланганда ковак аъзоларнинг шикастланишларини ташхислаш ва даволаш қийин вазифа деган хулосага келишимизга имкон беради.

**ШОШИЛИНЧ БОЛАЛАР ХИРУРГИЯСИДА «DAMAGECONTROLSURGERY»  
УСЛУБИНИ КУЛЛАНИЛИШИ АФЗАЛЛИКЛАРИ**

**Улугмуратов А.А., Маматов С.О.,  
Нормуродов Д.К., Улугмуратов Ф.А. Обланова Д.С.**

Республика шошилинич тиббий ёрдам  
илмий маркази Самарқанд филиали (директор Янгиев Б.А).  
Самарқанд Давлат тиббиёт институти  
(ректор проф.Ризаев Ж.А).Самарқанд Ўзбекистон

Ишнинг долзарблиги. Кундалик ҳаётимизга техника тараккиётини тез кириб келиши, ривожланган тезюрар автомобилларни купайиши, урбанизацияни ортиб бориши кучаларимизда шикастланишларни купайиши аҳолини огир даражадаги жароҳат олишларини сабабларидан бири булиб қолмоқда. Огир қушма жароҳатлар - болалар травмасыда улимга олиб келадиган энг мудҳиш жароҳатлардан бири ҳисобланади. Жароҳатланганлар асосан куп кон йукотиш натижасыда, куп сонли жароҳатлари борлигидан ҳамда нотугри траспортировка килинишидан ҳалок булишади. Операция даврини қискартириш ва беморни гемодинамик курсаткичларини муътадил саклаб туриш учун сунги пайтларда нафақат катталар хирургиясида балки болалар хирургиясида Damage Control курак кафаси, корин бушлиги ва таянч тизими жароҳатларида кенг кулланила бошлади.

«Damage control surgery» - бу программалашган куп босқичли жароҳлик тактикаси ҳисобланиб, бирламчи операция вақтини қискартириш ҳисобига организмда травма ҳисобига издан чиққан организмни ҳаётий фаолиятини стабилзация килишига қартилган операция туридир. Damage control – бу ҳарбий денгиз флотига доир жумла булиб чуқаетган кемани кутқариш деган маънони англатади.

Ишнинг мақсади. Болаларда политравмаларда жигар жароҳатларига Damage control куйиш натижасыда операция даврида ва кейинги асоратлар келиб чиқишиникамайтириш.

Материал ва услублар. Мазкур ишимизда Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиали шошилинич болалар хирургияси булимида ва туманларни шошилинич тиббий ёрдам булимларида охириги 8 йил мобайнида политравмалар натижаларида жигар ҳамда буйраклар жароҳати натижасыда даволанган 48 бемор киритилди. Шулардан 36 та бемор филиалда ва 12 ҳолатда субфилиалда операция килинди. Жинсига нисбатан олинганда 15 таси кизлар ва 21 таси угил болаларни ташкил этди. Жароҳатларни келтириб чиқарувчи сабабларига кура 27 ҳолатда автохалокатлар, 17 ҳолатда жисмоний тарбия ва 4 ҳолатда кататравмалардир. Шифохоналарда барча беморларга умумий кон тахлили ва резус омили, сийдикни умумий тахлили УТТ ва рентгенологик текширишлар амалга оширилган. 12 беморга диагностика кийинлиги сабабли лапароцентез куйилди. Барча беморларга юқори урта лапаратомия килинганда 26 ҳолатда жигарни унг булагига ва 17 ҳолатда чап булагига, унг буйракда 3 та ва чап буйракни жароҳати 2 та ҳолатда аниқланган.

Натижалар. 37 ҳолатда жигар жароҳатлари максимал даражада кетгут чоклар билан тикилиб, марли тампонлар билан томпонада килиниб бир учи дренаж най билан биргаликда ташқарига чиқарилди ва 6-7 чи кунлари соат цефрблатига тесқари холда бураш усулида 2 босқичда олиб ташланди. 11 ҳолатда ички томондан тампонланиб, 5-7 суткада релапаратомия килиниб тампон олинди. Буйраклар жароҳатларида беморлар лапаратом усулда корин бушлиги очилгач жароҳат олган буйракни тафтиш килиниб пальпацияда буйракни жароҳати аниқлангач дарвоза кон томирлари бармоқлар билан қисилган холда буйрак жароҳатлари тикилиб агарда жароҳатдан кон сизиши кузатилган холларда тампонада килинди. 1 ҳолатда беморда буйрак жароҳати Моог таснифи билан 4 даража булганлиги сабабли нефруретерэктомия килинди корин парда орти гематомасыдан кон кетиши давом этганлиги сабабли «Damage control surgery» услуби кулланилди. Операция килинган беморлардан операциядан сунги 3 чи суткада огир бош мия жароҳати туфайли бош мияни хавфли шишиши натижасыда 1 беморда улим кузатилди.

Хулосалар. Огир қушма травмаларда жигар ва буйрак жароҳатларида уни эзилиб йиртилган жароҳатларида беморлар куп микдорда кон йукотиши натижасыда беморни ҳаётини хавф остига солиб операция вақтини чузмаслик учун болаларда Damage control услубини куллаш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

## ВИРУСЛИ ПНЕВОНИЯ (COVID-19) БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА СЎВНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ ҲАҚИДА АНЕСТЕЗИОЛОГЛАР-РЕАНИМАТОЛОГЛАРНИ ЎҚИТИШНИНГ АҲАМИЯТИ.

Шамсиев Ж.А., Бабаяров К.Р., Дусяров Ж.Т., Унабоев Ж.О.  
Самарқанд давлат тиббиёт институти

Долзарблиги: Оғир касалларни даволаш, айниқса, SARS-CoV-2 коронавирусини томонидан келиб чиққан вирусли пневмонияга чалинганларни даволаш жуда муҳим, чунки ҳаётий функцияларни бошқариш ва назорат қилиш қисман ёки тўлиқ равишда шифокор томонидан ҳал қилинади. Шунинг учун мониторинг белгиланган кўрсаткичларни доимий равишда қайд этилишини, уларнинг реал вақт ва динамикада рақамли ёки график шаклларда тақдим этилишини ва олинган маълумотларнинг бирламчи талқин қилинишини таъминлаши керак. Табиийки, усқуналар билан малакали ишлаш нафақат маълум «фойдаланувчи» кўникмаларини, балки хатолар, чекловлар ва бошқаларнинг мумкин бўлган манбалари принципларини билишни ҳам талаб қилади.

Мақсад: Тадқиқотнинг мақсади - имкон қадар тезроқ маълум бир мавзу бўйича анестезиолог-реаниматологларнинг билим, кўникма ва малакаларини ошириш.

Материал ва усуллар: Ҳозирги вақтда анестезиологлар ва реаниматологларнинг касбий фаолиятига қўйиладиган талаблар беқиёс даражада ошди. Врач фаолиятида юқори ишончлилик тизимини яратиш учун нафақат назарий билимлар даражасини доимий равишда ошириш, балки уни даволаш протоколларига қатъиян техник жиҳатдан мураккаб ҳаракатларни тўғри ва хавфсиз бажаришга ўргатиш ҳам муҳимдир.

Шифокорларнинг касбий тайёргарлигида анестезиолог-реаниматологлар фаолиятининг психологик жиҳатларини ҳисобга олиш керак, чунки мутахассисга доимий равишда режадан ташқари вазиятга дуч келиш хавфи туғилади.

Ҳозирги шароитда анестезиологлар ва реаниматологларни касбий фаолиятига тайёрлашнинг сифат жиҳатидан янги ёндашувларидан бири бу вирусли инфекция билан касалланган беморларда механик шамоллатиш хусусиятларини ўргатишдир (COVID-19).

Тренингнинг энг муҳим устунлиги - беморга жисмоний ва психологик зарар етказмасдан амалий кўникмаларни ривожлантириш, шунингдек ҳар бир мутахассис томонидан касбий тайёргарлик сифатини объектив баҳолаш.

Тренинг бошланишидан олдин барча мутахассисларга, анестезиолог-реаниматологларга, вирусли инфекция (COVID-19) билан касалланган беморларда ўткир респиратор дистресс синдромини (ЎРДС) ривожлантириш бўйича билимларнинг бошланғич даражасини баҳолаш учун кириш тестлари берилди.

Тренингдан сўнг барча мутахассислар, анестезиологлар ва реаниматологларга ушбу мавзу бўйича яқуний билим даражасига эришиш учун машғулотлар бошлангунга қадар бўлган баҳолаш тестлари берилди. Клиник вазиятни батафсил муҳокама қилинди, ҳар бир мутахассис ўз ҳаракатларини таҳлил қилди. Натижада клиник машғулотлар, амалий машғулотлардаги заиф томонларни аниқлаш ва тузатиш муаммолари муҳокама қилинди.

Натижа: Ўқув жараёнида мураббийлар кириш ва дастлабки тест натижаларини қайта ишлашди, уларнинг асосий мақсади ўқув натижаларини объектив баҳолашни таъминлаш ва дарс мазмунини ўзлаштириш хусусиятларига йўналтирилган. Синовзорати 10 та вазифадани борат бўлиб, уларнинг ҳар бирида 5 та жавоб вариантларимавжуд.

Хулоса: Юқорида айтиб ўтилганларга асосланиб, «Вирусли пневмония (COVID-19) билан касалланган беморларда механик вентиляция хусусиятлари» қўшимча касбий малака ошириш дастури бўйича анестезиолог-реаниматологларни ўқитиш махсус манекенлар ва усқуналар ва ҳар бир мутахассиснинг касбий тайёргарлигининг эришилган даражасини объектив баҳолашга имкон беради. Бундай тайёргарликдан ўтган ҳар бир мутахассис юқори профессионал билим ва кўникмаларга эга бўлади.

## БОЛАЛАРДА АППЕНДИКУЛЯР ПЕРИОНИТДА ОПЕРАЦИЯОЛДИ ТАЙЁРГАРЛИГИ, АНЕСТЕЗИЯ ВА ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ТЕРАПИЯ

Шамсиев Ж.А., Бабаяров К.Р., Дусяров Ж.Т., Унабоев Ж.О.  
Самарқанд давлат тиббиёт институти

Долзарблиги: Болаларда аппендикуляр перитонит – гидроион алмашинувининг жиддий бузилишлари билан кечувчи касаллик бўлиб фаол операцияолди тайёргарлиги, анестезия ва операциядан кейинги терапияни талаб этади.

Тадқиқот мақсади: Перитонит билан касалланган болаларда даволаш натижаларини яхшилаш.

Материаллар ва усуллар: 2019 йилдан 2020 йилгача СамМИ 2 клиникасида аппендикуляр перитонитнинг кенг тарқалган шакллари бўлган 34 та бемордаволанган. Беморларнингёши 1-17 ёш. Операциядан олдинги тайёргарлик барча болалар томонидан 6-8 соатдан 12 соатгача касаллик давомийлиги ва гемодинамиканинг бузилишини даражасига қараб амалга оширилди. Операциядан олдинги тайёргарлик тактикаси куйидагича эди: ошқозонни декомпрессиялаш, дезинтоксикацион таъсирдаги плазмаўрнини босувчилар, гомеостаз коррекцияси ва АКХ (айланиб турувчи қон ҳажми) қоплаш ва кристаллоид эритмалар билан амалга оширилди. Перитонитнинг токсик босқичида, оксигенотерапия ва юрак-қон томир тизимининг функциясини яхшилайдиган препаратлар қўшилди. Беморнинг аҳволини барқарорлаштириш ва ижобий гемодинамика, бу операция аралашувни амалга ошириш учун асос бўлиб хизмат қилади.

Операциядан олдинги тайёргарликдан сўнг комбинацияланган в/и га доимий нафас олиш бошқаруви назоратида наркоз ўтказилди. Ёшга боғлиқ дозалаш бўйича атропин + димедролванаркотик анальгетиклар билан примедикация ўтказилди. Кириш наркозда кетамин + сибазон 3-4 мг/кг ишлатилди. Мушакнинг релаксациясидитилин ва аркурон эритмаси билан наркозни чуқурлаштириш учун фенталин билан бўлиб-бўлиб киритилди. Наркозни қўллаб қувватлаш пропафол билан ўтказилди. Операциядан кейинги даврда, беморлар 1-2 кун ичида парентералозиклантиришда бўлишган, антибиотиклар ёшга оид дозировкада вена ичига операцияолди ва операциядан кейинги даврда киритилди, 2-4 кун давомида ичак парези даражасига боғлиқ ҳолда давом этирилади. Ўтказилган тадбирлар умумий ахволининг яхшиланишига ижобий таъсир кўрсатди ва беморларнинг реанимация бўлимида бўлишини 4-5 кунгача қисқарди шу билан бирга операциядан кейинги асоратлар миқдорини минимумгача пасайтириш имконини берди.

Хулоса: Шундай қилиб, аппендикуляр перитонитда танланган операцияолди тайёргарлиги ва операциядан кейинги даволаш интоксикация симптомларини, ичак парези белгиларини, тезда бартараф этиш имконини беради, бу эса болаларда операциядан кейинги даврнинг кечишига ижобий таъсир кўрсатади.

## ЧАҚАЛОҚЛАРДА ҚУСИШ СИНДРОМИ

Шамсиев Ж.А., Давранов Б.Л.,  
Муталибов И.А., Шарапова Д.Н., Худойкулова Ш.И.  
Самарқанд Давлат Тиббиёт институти, Самарқанд

Долзарблиги. Қусиш болаларда кўплаб касалликларнинг биринчи аломатидир. Қусишнинг кам микдорда кузатилиши бола учун хавф туғдирмайди, аммо тез-тез такрорланиши кўпинча беморнинг ҳаётига таҳдид солади. Барча ҳолатларда, унинг сабабларини аниқлаш учун анамнезни чуқур таҳлил қилиш ва болани тўлиқ ҳар томонлама текшириш керак. Анамнез нийиғиш, чақалоқни клиник, инструментал ва лаборатор текширувидан ўтказиш, қусишнинг асосий патогенетик механизмини аниқлашга интилиш ва шунга қараб ташхис қўйиш ва даволаш режасини режалаштириш лозим.

Тадқиқот мақсади. Дастлабки ташхиси Қусиш синдроми булган ва стационар шароитга даволаниш мақсадида ётқизилган болаларни текшириш натижаларини таҳлил қилиш.

Материал ва усуллар. Тадқиқот 2012 -2021 йиллар давомида Самарқанд давлат тиббиёт институтининг 2-клиникасида 6 кунликдан 4 ойликгача бўлган 259 нафар бемор болалар стационар шароитда текширилди ва даволанишди. Улар дастлаб қусиш синдроми ташхиси билан ётқизилган. Бунда қишлоқ жойларидан келган беморлар сони- 196 (75,7%), шаҳарлик беморлар сони 63 (24,3%). 6 кунликдан 28 кунликгача бўлган даврда 78 (30,1%), 3 ойликгача - 104 (40,2%), 3 ойликдан катта 77 (29,7%). Та беморни ташкил этади. Касалхонага ётқизилгандан сўнг, барча беморлар тўлиқ клиник ва лаборатория текширувидан ўтказилган. Умумий клиник тадқиқотлар усуллари, инструментал, рентгенологик, керак бўлса, тегишли мутахассис-шифокорлари (неонатологлар, неврологлар, юқумли касалликлар бўйича мутахассислар) билан консултациялар ўтказилди.

Натижалар. Текширув давомида пилоростеноз ташхиси 58 да (22,4%) беморда тасдиқланиб жарроҳлик муолажаси – пилоромитомия операцияси ўтказилган. Қолган беморларда жарроҳлик касаллиги тасдиқланмади. Уларда қуйидаги патологиялар аниқланган: 84 та (32,4%) беморда асаб тизимининг перинатал шикастланиши, 54 (20,8%) беморда ичакларда сўрилишнинг бузилиши, 27 (10,4%) тасида пилороспазм, 20 (7,8%) тасида ўткир обструктив бронхит ва неонатал сариклик 16 (6,2%). Уларнинг барчаси тегишли консерватив даволанган ва қоникарли ҳолатда улар яшаш жойидаги тегишли мутахассислар назорати остида уйга жавоб берилган.

Хулоса. Шундай қилиб, қусиш синдроми бўлган чақалоқлар тегишли клиник жарроҳлик бўлимига ётқизилиши талаб қилинади ва буерда тўлиқ клиник ва лаборатор текширувидан сўнг беморларнинг барча контингентини савияли даволаш тактикаси ишлаб чиқилади.

## СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ В МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Вохидов А.М<sup>1</sup>, Маликов М.Р<sup>1</sup>, Вохидов Д.А<sup>2</sup>.

Самаркандский государственный медицинский институт,  
Ташкентский Университет информационных технологий,  
Самаркандский филиал, магистр, Самарканд, Узбекистан

**Введение:** Данная работа посвящена основным вопросам проведения статистического анализа клинических исследований. Статистическая обработка представляет собой сложный многоступенчатый процесс, от уровня научной организации которого решающим образом зависит качество накапливаемых статистических данных, результаты их обработки и осмысления.

**Материал и методы исследования:** В статье освещены основные вопросы проведения статистического анализа клинических исследований. Статистическая обработка представляет собой сложный многоступенчатый процесс, от уровня научной организации которого решающим образом зависит качество накапливаемых статистических данных, результаты их обработки и осмысления.

Современную медицину невозможно представить себе без использования точных и надежных методов анализа и прогнозирования. Известно, что теория вероятностей и математическая статистика возникли в середине XVII век в результате развития общества и товарно-денежных отношений.

Статистика, как любая другая наука, возникла из практических потребностей людей. Еще в древнем мире необходимость сбора налогов, несения военной службы и другая общественная деятельность обусловили потребность учета населения, его размещения, рода занятий.

**Результаты:** Как любая наука, статистика имеет свой предмет исследования и свои специфические методы. Предметом статистики служит количественная сторона массовых явлений любой области в неразрывной связи с их качественным содержанием. При этом количественное выражение закономерностей развития этих явлений осуществляется с учетом конкретных условий места и времени<sup>1,2</sup>.

Специфические приемы, с помощью которых статистика изучает массовые явления, образуют статистическую методологию (или метод статистики).

Во всяком статистическом исследовании можно выделить три последовательные стадии:

1. Статистическое наблюдение, т. е. сбор первичного статистического материала.
2. Группировка и сводка результатов наблюдения.
3. Вычисление специфических характеристик изучаемого явления и анализ полученных сводных и расчетных материалов, формулировка выводов и предложений<sup>1,2</sup>.

На этих стадиях статистического исследования применяются специфические методы, образующие в совокупности содержание методологии статистической науки.

Общей чертой сведений, составляющих статистику, служит то, что они всегда относятся не к одному единичному (индивидуальному) явлению, а охватывают связанными характеристиками целую группу таких явлений (элементов).

Статистическая обработка представляет собой сложный многоступенчатый процесс, от уровня научной организации которого решающим образом зависят качество накапливаемых статистических данных, результаты их обработки и осмысления.

В настоящее время в различных направлениях медицинской деятельности проводится большое количество научных исследований, но статистическая обработка не всегда соответствует современным требованиям, что вызывает большие сомнения в предоставляемых результатах. Данная ситуация вызывает определенное недоумение, т. к. имеет место недостаточное количество литературы по особенностям статистической обработки именно медицинских данных<sup>3</sup>, а также широкий спектр программного обеспечения (пакет прикладных статистических программ Biostat, Statistica 6.0 фирмы InstallShieldSoftwareCorporation (США); пакет программ SPSS (PASWStatistics) for Windows и т. д.).

Применение статистических методов не является формальной процедурой, это - творческая деятельность. И, как любая творческая деятельность, планирование исследований и интерпретация полученных результатов требуют глубоких знаний в области математики<sup>2</sup>.

Велика и ответственность - часто именно статистическая оценка результатов клинических

исследований определяет решение в пользу данного метода лечения. На практике статистический анализ или формально выполняют сами медики, или уже после сбора данных их анализ поручается математикам, не имеющим отношения к медицинским приложениям. Кроме того, нередко недостаточное внимание уделяется планированию исследований.

В результате уже после окончания этапа сбора информации, при попытке применить статистические тесты может оказаться, что собранных данных не хватает для формирования статистически значимого вывода о преимуществах одного сравниваемого метода лечения перед другим. И тут даже самые сложные математические методы анализа полученных результатов не спасут ситуацию, если они были получены в ходе неграмотно спланированного исследования<sup>2</sup>.

Коэффициент корреляции Пирсона

И все же, почему для описания тесноты связи нельзя воспользоваться регрессионным анализом? В качестве меры тесноты связиможно было бы использовать остаточное стандартное отклонение. Однако если поменять местами зависимую и независимую переменные, то остаточное стандартное отклонение, как и другие показатели регрессионного анализа, будет иным. Выбираем гипотетический пример: в древности на земле существовали две вида Homo Sapiens: первая группа - высокоростом, вторая группа - пигмеи (низкие ростом). По известной нам выборке из 12 древних земель построены две линии регрессии. В одном случае вес - зависимая переменная, во втором - независимая. Линии регрессии заметно различаются. Получается, что связь роста с весом одна, а веса с ростом - другая. Асимметричность регрессионного анализа - вот что мешает непосредственно использовать его для характеристики силы связи. Коэффициент корреляции, хотя его идея вытекает из регрессионного анализа, свободен от этого недостатка. Приводим формулу<sup>3</sup>.

$$r = \frac{\sum(X - \bar{X})(Y - \bar{Y})}{\sqrt{\sum(X - \bar{X})^2 \sum(Y - \bar{Y})^2}}$$

где  $\bar{X}$  и  $\bar{Y}$  — средние значения переменных  $X$  и  $Y$ . Выражение для  $r$  «симметрично» - поменяв местами  $X$  и  $Y$ , мы получим ту же величину. Коэффициент корреляции принимает значения от -1 до +1. Чем теснее связь, тем больше абсолютная величина коэффициента корреляции. Знак показывает направление связи. При  $r > 0$  говорят о прямой корреляции (с увеличением одной переменной другая также возрастает), при  $r < 0$  - об обратной (с увеличением одной переменной другая уменьшается). максимально сильная прямая корреляция:  $r = +1$ . максимально сильная обратная корреляция:  $r = -1$ . корреляция прямая, тоже достаточно сильная:  $r = 0,8$ . какая-либо связь между признаками отсутствует:  $r = 0$ .

Возьмем пример с 12 древних земель, который мы уже рассматривали с точки зрения регрессионного анализа. Вычислим коэффициент корреляции. Исходные данные и промежуточные результаты вычислений приведены ниже в таблице. Объем выборки  $n = 12$ , средний рост  $\bar{X} = \sum X/n = 1402/12 = 116,8$  и вес  $\bar{Y} = \sum Y/n = 222/12 = 18,5$

Находим:  $\sum(X - \bar{X})(Y - \bar{Y}) = 143,0$ ;  $\sum(X - \bar{X})^2 = 241,7$ ;  $\sum(Y - \bar{Y})^2 = 103,0$ ;

Подставим полученные значения в формулу для коэффициента корреляции:

$$r = \frac{143,0}{\sqrt{241,7 \times 103,0}} = 0,91$$

Величина  $r$  близка к 1, что говорит о тесной связи роста и веса. Чтобы лучше представить себе, какой коэффициент корреляции следует считать большим, а какой незначительным, взгляните, в ней приведены коэффициенты корреляции

**Таблица. Проведенные этапы вычисления коэффициента корреляции для 2 группы:**

№	X	Y	$X - \bar{X}$	$Y - \bar{Y}$	$(X - \bar{X})(Y - \bar{Y})$	$(X - \bar{X})^2$	$(Y - \bar{Y})^2$
1	120	21	3,2	2,5	7,9	10,0	6,3
2	121	22	4,2	3,5	14,6	17,4	12,3
3	118	19	1,2	0,5	0,6	1,4	0,3
4	116	17	-0,8	-1,5	1,2	0,7	2,3

5	119	20	2,2	1,5	3,3	4,7	2,3
6	117	18	0,2	-0,5	-0,1	0,0	0,3
7	115	16	-1,8	-2,5	4,6	3,4	6,3
8	108	13	-8,8	-5,5	48,6	78,0	30,3
9	113	18	-3,8	-0,5	1,9	14,7	0,3
10	122	19	5,2	0,5	2,6	26,7	0,3
11	123	24	6,2	5,5	33,9	38,0	30,3
12	110	15	-6,8	-3,5	23,9	46,7	12,3
	116,8	18,5	0,0	0,0	143,0	241,7	103,0

В таблице приведены основные рассчитанные величины для вычисления коэффициента корреляции в нашем примере, который мы разбирали выше.

#### Связь регрессии и корреляции

Примеры коэффициентов корреляции мы первоначально использовали для построения линий регрессии. Действительно, между коэффициентом корреляции и параметрами регрессионного анализа существует тесная связь, которую мы сейчас продемонстрируем. Разные способы представления коэффициента корреляции, которые мы при этом получим, позволят лучше понять смысл этого показателя.

Вспомним, что уравнение регрессии строится так, чтобы минимизировать сумму квадратов отклонений от линии регрессии.

**Таблица. Примеры корреляций**

Пример	Коэффициент корреляции $r$	Объем выборки $n$
Рост и вес древних землян (таблица)	0,91	12

Заключение: Таким образом, обработка и предоставление данных, полученных в ходе коэффициент корреляции Пирсона в клинических исследованиях, включают несколько основных этапов: определение характера анализируемого признака (количественный, качественный); зависимые или независимые группы; определение типа распределения (нормальное или отличное от нормального). Адекватность выбора статистических методов анализа является определяющей в правильной интерпретации полученных данных.

#### Список литературы:

1. Статистический портал StatSoft. <http://www.statsoft.ru/home/portal/default.asp>
2. Реброва О. Ю. Описание процедуры и результатов статистического анализа медицинских данных в научных публикациях. <http://www.mediasphera.ru/mjimp/2000/4/r4-00-21.htm>
3. Гланц С. Медико-биологическая статистика. М., 1999: стр. 250-255
4. Ефимова М. Р., Петрова Е. В., Румянцева В. Н. Общая теория статистики. М., 2005: 413 с.
5. Ребров О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М., 2005: 305 с.



**МАТЕРИАЛЫ**  
**международной научно-практической конференции**

**«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ,  
ТРАВМАТОЛОГИИ, ПЕДИАТРИИ И АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-  
РЕАНИМАТОЛОГИИ»**

**посвященной 95-летию со дня рождения доктора медицинских наук,  
профессора, заслуженного работника здравоохранения Узбекской ССР,  
заслуженного деятеля наук Республики Узбекистан,  
Махмуда Ахмедовича Ахмедова**

**(Самарканд, 28 мая 2021 г.)**



М.А. Ахмедов родился 27 декабря 1926 г в Китабском тумане Кашкадарьинского вилоята. Проф. М.А.Ахмедов является организатором и основоположником детской хирургии в Самаркандской области и Зерафшанской долины. Профессором М.А.Ахмедовым опубликовано более 330 научных работ, в том числе 9 сборников научных трудов, 20 учебно-методических пособий, 12 учебно-методических статей, 8 изобретений, 20 рациональных предложений, 10 публицистических работ. В период руководства М.А.Ахмедова на кафедре защищено 9 докторских и 19 кандидатских диссертаций. 6 докторских и 12 кандидатских диссертаций защищено под непосредственным руководством профессора М.А.Ахмедова. Остальные 3 докторские и 7 кандидатских диссертаций по рекомендации кафедры и института защищены в городе Москве и Ленинграде в целевой докторантуре и аспирантуре.

М.А.Ахмедов за самоотверженный труд удостоен следующих правительственных наград:

1964 г. – «Отличник здравоохранения СССР»

1970 г. – медаль «За доблестный труд»

1980 г. – «Заслуженные работник здравоохранение РУз»

1985 г. – медаль «Ветеран труда»

1990 г. – «Заслуженный деятель науки РУз»

1996 г. – «Почетный член Российской ассоциации детской хирургии».