

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан
Национальный детский медицинский центр

**BOLLALAR MILLIY
TIBBIYOT MARKAZI
AXBOROTNOMASI**

O'zaro ko'rib chiqiladigan ilmiy va amaliy jurnali

**HERALD
OF THE NATIONAL CHILDREN'S
MEDICAL CENTER**

Peer-reviewed scientific and practical journal

**ВЕСТНИК
НАЦИОНАЛЬНОГО ДЕТСКОГО
МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА**

Рецензируемый научно-практический журнал

3

Ташкент-2022

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан
Национальный детский медицинский центр

**МАТЕРИАЛЫ
МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«Современные технологии в диагностике
и лечении врожденных пороков
развития у детей»**

5 октября 2022 года

TAHRIRIYAT TARKIBI

Asosiy muharrir

Sharipov Alisher Mirxamidovich, t.f.d., professor

Milliy bolalar tibbiyot markazi direktori

Bosh muharrir o'rinbosari

Ablyazov Otabek Vaxabovich, t.f.d., dotsent

Fan va o'quv ishlari bo'yicha direktor o'rinbosari

Milliy bolalar tibbiyot markazi

Ijrochi kotib

Kurbanov Fuat Mukaddasovich, t.f.d., PhD

Bolalar milliy tibbiyot markazining fan bo'limining etakchi ilmiy xodimi

Alimov Anvar Valievich, t.f.d., professor

Sog'liqni saqlash vaziri o'rinbosari, Toshkent shahar Sog'liqni saqlash bosh boshqarmasi boshlig'i

Daminov Botir Turg'unpo'latovich, t.f.d., professor

ToshPTI rektori, O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasi huzuridagi Oliy attestatsiya komissiyasi Prezidiumi a'zosi, Respublika ixtisoslashtirilgan nefrologiya va buyrak transplantatsiyasi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi direktori

Oqilov Xabibulla Ataulaevich, t.f.d., professor

Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi direktori, bolalar xirurgiyasi kafedrasini mudiri

Inoyatova Flora Ilyasovna, t.f.d., professor

O'zbekiston Respublikasi Fanlar akademiyasi akademigi, Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi gepatologiya markazi mudiri.

Axmedova Dilorom Ilhamovna, t.f.d., professor

Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi direktori, ToshPTI 2-sonli gospiatal pediatriya kafedrasini mudiri

Kariyev Gayrat Maratovich, t.f.d., professor

Respublika ixtisoslashtirilgan neyroxirurgiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi direktori, ToshPTI Travmatologiya, ortopediya, bolalar travmatologiyasi, ortopediyasi, neyroxirurgiyasi va bolalar neyroxirurgiyasi kafedrasini mudiri

Kamolov Zaynitdin Sayfutdinovich, t.f.d., professor

O'zbekiston Respublikasi Fanlar akademiyasi Immunologiya va inson genomikasi instituti ilmiy ishlar bo'yicha direktor o'rinbosari

Yuldashev Muzaffar Akramovich, t.f.d., professor

Milliy bolalar tibbiyot markazi direktorining davolash ishlari bo'yicha o'rinbosari, ToshPTI dermatovenerologiya kafedrasini professori

Agzamova Shoir Abdusalamovna, t.f.d., professor

ToshPTI 1-sonli oilaviy shifokorlik kafedrasini professori

Amonov Shavkat Ergashevich, t.f.d., professor

Milliy tibbiyot markazi Otorinolarinologiya va plastmassa kafedrasini ilmiy direktori, ToshPTI Otorinolarinologiya, bolalar otorinolarinologiyasi, bolalar stomatologiyasi kafedrasini mudiri

Arzikulov Abdurayim Shamshievich, t.f.d., professor

Andijon davlat tibbiyot instituti pediatriya kafedrasini professori

Zaredinov Damir Arifovich, t.f.d., professor

NDMC Yadro tibbiyoti kafedrasini ilmiy rahbari

Majidova Yakutxon Nabievna, t.f.d., professor

MDMM Nevrologiya kafedrasini ilmiy rahbari, Respublika bosh nevrologi, ToshPTI Nevrologiya, bolalar nevrologiyasi va tibbiy genetika kafedrasini mudiri, Yevro-Osiyo tibbiyot fanlari akademiyasi muxbir a'zosi, O'zbekiston antiepileptik ligasi raisi, O'zbekiston nevropatologlar assotsiatsiyasi raisining birinchi o'rinbosari

Mamatqulov Baxrom Bosimovich, t.f.d., dotsent

NDMK Nefrologiya va gemodializ kafedrasini mudiri. ToshPTI shoshilinch pediatriya kafedrasini dotsenti

Navruzova Shakar Istaxanovna, t.f.d., professor

1 BuxMI pediatriya kafedrasini professori

Rustamov Mardonqul Rustamovich, t.f.d., professor

Samara davlat tibbiyot universiteti Neonatologiya №1 pediatriya kafedrasini professori

Gafarova Feruza Muratxo'jaevna, t.f.d., professor

NDMC ta'lim bo'limi boshlig'i, CRPCMR pediatriya kafedrası dotsenti

Satvaldieva Elmira Abdusamatovna, t.f.d., professor

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining Bolalar AR bosh boshqarmasi, O'zbekiston Respublikasi Assotsiatsiyasi prezidenti o'rinbosari.

MDMK reanimatsiya va reanimatsiya bo'limi ilmiy rahbari, ToshPTI anesteziologiya va reanimatsiya bo'limi mudiri

Shamansurova Elmira Amanullaevna, t.f.d., professor

MDHK konsultativ-poliklinika bo'limi ilmiy rahbari, 1-sonli oilaviy shifokor bo'limi mudiri, t.f.n., G.O.ToshPTI.

Shamansurov Shaanvar Shamuradovich, t.f.d., professor

Professor Shamansurov Shamurad Sharasulovich nomidagi bolalar nevrologiyasi kafedrası mudiri CRPCMR, O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi Bosh pediatriya

nevrologi, O'zbekiston Respublikasi Bolalar nevrologlari uyushmasi raisi

Ergashev Nasriddin Shamsiddinovich, t.f.d., professor

ToshPTI gospital bolalar xirurgiyasi kafedrası mudiri

Abdujabarova Zulfiya Muratxo'jaevna, t.f.d., dotsent

MDMK ta'lim bo'limi xodimi, Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi pediatriya kafedrası dotsenti

Mambetkarimov G'ayrat Abdulkarimovich, t.f.d.

Qoraqalpog'iston tibbiyot instituti pediatriya kafedrası mudiri

Raxmatullaev Akmal Abadbekovich, t.f.d., dotsent

MDMK urologiya kafedrası ilmiy rahbari, ToshPTI fakultet bolalar xirurgiyasi kafedrası dotsenti

Xamzaev Komiljon Amirovich, t.f.d., dotsent

MDMK Fan va xalqaro aloqalar bo'limi xodimi, ToshPTI shoshilinch pediatriya kafedrası dotsenti

XALQARO TAHRIRIYAT KENGASHI TARKIBI

Akramov Nail Ramilovich, t.f.d., professor

Qozon davlat tibbiyot universiteti bolalar xirurgiyasi kafedrası professori, Tatariston Respublikasi bosh pediatriya urolog-andrologi, Qozon, RF

Aleksandrovich Yuriy Stanislavovich, t.f.d., professor

Rossiya Federatsiyasida xizmat ko'rsatgan fan arbobi, Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining Sankt-Peterburg davlat pediatriya tibbiyot universiteti aspirantura va qo'shimcha kasbiy ta'lim fakulteti anesteziologiya, reanimatsiya va shoshilinch pediatriya kafedrası mudiri

Belova Lyudmila Anatolyevna, t.f.d., professor

Rossiya Federatsiyasining faxriy ta'lim xodimi, tibbiyot fakulteti dekani. T.Z.Biktimirova IMEiFK Ulyanovsk davlat universiteti, RF

Tashenova Gulnara Talipovna, t.f.d., professor

S.D. Asfendiyarov nomidagi Qozog'iston Milliy Tibbiyot Universiteti, bolalar kasalliklari kafedrası mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor. Qozog'iston, Olmaota

Varfolameeva Svetlana Rafaelevna, t.f.d., professor

Rossiya Federatsiyasi Federal davlat byudjet muassasasining Bolalar onkologiyasi va gematologiyasi ilmiy-tadqiqot instituti direktori

Georgiyants Marine Akopovna, t.f.d., professor

Xarkov tibbiyot oliy o'quv yurtidan keyingi ta'lim akademiyasi, Anesteziologiya, bolalar anesteziologiyasi va reanimatsiya kafedrası prorektori, professori. RF

Drozdovskiy Konstantin Vikentievich, t.f.d., professor

Belarus Respublikasi bolalar xirurgiyasi Respublika ilmiy-amaliy markazi

Dubrov Vitaliy Igorevich, t.f.d., professor

Belarus Respublikasi bolalar urologiyasi markazi rahbari, Minsk shahridagi 2-bolalar klinikasining urologiya bo'limi boshlig'i. Belarus Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi va Minsk shahar ijroiya qo'mitasi sog'liqni saqlash qo'mitasining bosh mustaqil pediatr urologi, Minsk, Belarus

Il Soo Ha, t.f.d., professor

Seul milliy universiteti, Koreya .

Kagantsov Ilya Markovich, t.f.d., professor

“N.N. V. A. Almazov» Rossiya Sog'liqni saqlash vazirligi, oliy malaka toifali shifokor, Yevropa bolalar urologlari jamiyati a'zosi, Sankt-Peterburg, RF

Kirgizov Kirill Igorevich, t.f.d., professor

Bolalar onkologiyasi va gematologiyasi ilmiy-tadqiqot instituti direktorining o'rinbosari, RF

Kozlov, Yuriy Andreevich, t.f.d.

Rossiyada xizmat ko'rsatgan shifokor, tibbiyot fanlari doktori, Irkutsk viloyat bolalar klinik shifoxonasi bosh shifokori, RF

Kornienko Elena Aleksandrovna, t.f.d., professor

Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining “Sankt-Peterburg davlat pediatriya tibbiyot universiteti” oliy kasbiy ta'lim davlat byudjeti ta'lim muassasasi oliy o'quv yurtidan keyingi va qo'shimcha kasbiy ta'lim fakulteti gastroenterologiya kafedrası mudiri

Kuznetsova Tatyana Anatolyevna, t.f.d., professor

FSBEI HE V.I. nomidagi Oryol davlat universiteti. I.S. Turgeneva, Pediatriyaning jarrohlik fanlari va pediatriyada innovatsion texnologiyalar kafedrası professori , RF

Mashin Viktor Vladimirovich, t.f.d., professor

Rossiya Federatsiyasi oliy ta'limning faxriy xodimi, Ulyanovsk davlat universitetining nevrologiya, neyroxirurgiya va tibbiy rehabilitatsiya kafedrası mudiri, Rossiya Federatsiyasi

Muxina Yuliya Grigoryevna, t.f.d., professor

SBEI HPE Rossiya milliy tadqiqot tibbiyot universiteti 1-sonli kasalxona pediatriya kafedrası professori. Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining N.I. Pirogov

Myrzabekova Gulshara Turebekovna, t.f.d., professor

Qozog'iston uzluksiz ta'lim tibbiyot universitetining onkologiya va gematologiya kursi bilan pediatriya kafedrası mudiri

Netrebenko Olga Konstantinovna, t.f.d., professor

N.I. Pirogov nomidagi Rossiya milliy tadqiqot tibbiyot universiteti kasalxona pediatriyasi kafedrası professori. Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining

Osipov Igor Borisovich, t.f.d., professor

Sankt-Peterburg davlat pediatriya tibbiyot universiteti urologiya kafedrası mudiri, Rossiya Federatsiyasi shimoli-g'arbiy federal okrugining bosh pediatriya urolog-andrologi

Paramonova Nella Sergeevna, t.f.d., professor

Belarus Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining “Gorden davlat tibbiyot universiteti” o'quv muassasasi bolalar kasalliklari bo'limi boshlig'i, dissertatsiyalar himoyasi kengashi raisi

Razumovskiy Aleksandr Yurievich, t.f.d., professor

Bosh mustaqil pediatriya jarrohi, 2-sonli bolalar shahar klinik shifoxonasi bolalar torakal jarrohligi bo'limi mudiri. N.F. Filatova DZM, bolalar xirurgiyasi kafedrasini mudiri GBOU VPO “N.I. Pirogov nomidagi RNIMU.” Rossiya Sog'liqni saqlash vazirligining muxbir a'zosi. RAS, RF

Revnova Mariya Olegovna, t.f.d., professor

RF MOH SPbSPMU Akademik A.F.Tur FSBEI nomidagi pediatriya kafedrasini mudiri, klinika bosh shifokorining tibbiy ishlar bo'yicha o'rinbosari, RF

Sang Don Li, t.f.d., professor

Professor, pediatrik urolog, Pusan milliy universiteti Yangsan bolalar kasalxonasi direktori, Koreya urologlar uyushmasi prezidenti (Koreya).

Sokolov Yuriy Yurievich, t.f.d., professor

Rossiya tibbiyot oliy o'quv yurtidan keyingi ta'lim akademiyasi (RMAPO), bolalar jarrohligi kafedrasini mudiri

Sulaymonov Shayirbek Alibaevich, t.f.d., professor

Qirg'iziston-Rossiya Slavyan universiteti pediatriya kafedrasini mudiri. B.N. Yeltsin, Bishkek, Qirg'iziston, tibbiyot fanlari doktori, professor (Qirg'iziston Respublikasi)

Sufianov Albert Akramovich, t.f.d., professor

Rossiya Federatsiyasining xizmat ko'rsatgan shifokori, Harbin tibbiyot universitetining faxriy professori, Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining Federal neyroxirurgiya markazi bosh shifokori, Tyumen, RF.

Tsigin Aleksey Nikolaevich, t.f.d., professor

Federal davlat avtonom muassasasi Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligi Bolalar salomatligi milliy tibbiy tadqiqot markazi

Chutko Leonid Semyonovich, t.f.d., professor

Rossiya Fanlar akademiyasining Sankt-Peterburg shahri, N.P.Bexterev nomidagi Inson miyasi institutining Xulq-atvor nevrologiyasi markazi rahbari va aqliy rivojlanish va moslashuvni korreksiya qilish laboratoriyasi mudiri.

Obuna indeksi: 1395

Tahririyat manzili: Toshkent shahri, Yashnobod tumani, Parkent ko'chasi, 294-uy, indeks 100171

E-mail: vestnik.ndmc@bmtm.uz

Sayt: <https://hnchmc.uz>

СОСТАВ РЕДАКЦИИ

Главный редактор

Шарипов Алишер Мирхамидович, д.м.н., профессор

Директор Национального детского медицинского центра

Заместитель главного редактора

Аблязов Отабек Вахабович, д.м.н., доцент

Заместитель директора по науке и образованию

Национального детского медицинского центра

Ответственный секретарь

Курбанов Фуат Мукаддасович, MD, PhD

Ведущий научный сотрудник отдела науки Национального детского медицинского центра

Алимов Анвар Валиевич, д.м.н., профессор

Зам.министра здравоохранения, начальник Главного управления здравоохранения г. Ташкента

Даминов Ботир Тургунпулатович, д.м.н., профессор

Ректор ТашПМИ, Член Президиума Высшей аттестационной комиссии Кабмин Республики Узбекистан, Директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра нефрологии и трансплантации почек

Акилов Хабибулла Атауллаевич, д.м.н., профессор

Директор Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников, Заведующий кафедрой Детской хирургии

Иноятова Флора Ильясовна, Академик АН РУз, д.м.н., профессор

Руководитель центра гепатологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра педиатрии.

Ахмедова Дилором Ильхамовна, д.м.н., профессор

Директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра педиатрии, заведующая кафедрой госпитальной педиатрии №2 ТашПМИ

Кариев Гайрат Маратович, д.м.н., профессор

Директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра Нейрохирургии, заведующий кафедрой травматологии, ортопедии, детской травматологии, ортопедии, нейрохирургии и детской нейрохирургии ТашПМИ

Камалов Зайнитдин Сайфутдинович, д.м.н., профессор

Замдиректора по научной работе Института иммунологии и геномики человека АН РУз

Юлдашев Музаффар Акрамович, д.м.н., профессор

Заместитель директора по лечебной работе Национального детского медицинского центра, профессор кафедры дерматовенерологии ТашПМИ

Агзамова Шоира Абдусаламовна, д.м.н., профессор

Профессор кафедры семейного врачевания №1 ТашПМИ.

Амонов Шавкат Эргашевич, д.м.н., профессор

Научный руководитель отделения оториноларингологии и пластики НДМЦ, Заведующий кафедрой Оториноларингологии, детской оториноларингологии, детской стоматологии ТашПМИ

Арзикулов Абдурайим Шамшиевич, д.м.н., профессор

Профессор кафедры педиатрии Андижанского государственного медицинского института

Зарединов Дамир Арифович, д.м.н., профессор

Научный руководитель отделения нуклеарной медицины НДМЦ

Маджидова Якутхон Набиевна, д.м.н., профессор

Научный руководитель отделения неврологии НДМЦ, Главный невролог Республики, Заведующая кафедрой Неврологии, детской неврологии и медико-генетической ТашПМИ, членкор Евро - Азиатской академии медицинских наук, председатель противоэпилептический Лиги Узбекистана, первый заместитель председателя Ассоциации неврологов Узбекистана

Маматкулов Бахром Босимович, д.м.н., профессор

Заведующий отделом нефрологии и гемодиализа НДМЦ. Доцент кафедры неотложной педиатрии ТашПМИ Наврузова Шакар Истахановна, д.м.н., профессор Профессор кафедры педиатрии 1 БухМИ

Рустамов Мардонкул Рустамович, д.м.н., профессор

Профессор кафедры педиатрии №1 неонатологии СамГМУ Гафарова Феруза Муратходжаевна, д.м.н., профессор

Начальник отдела образования НДМЦ, доцент кафедры педиатрии ЦРПКМР

Сатвалдиева Элмира Абдусаматовна, д.м.н., профессор

Главный детский АР МЗ РУз, Заместитель Президента Ассоциации АР РУз. Научный руководитель отделения реанимации и интенсивной терапии НДМЦ, Заведующая кафедры Анестезиологии и реаниматологии ТашПМИ

Шамансурова Элмира Амануллаевна, д.м.н., профессор

Научный руководитель консультативно-поликлинического отделения НДМЦ, Заведующая кафедры Семейного врача №1, ФВ, ГО ТашПМИ

Шамансуров Шаанвар Шамурадович, д.м.н., профессор

Заведующий кафедрой детской неврологии имени профессора Шамансурова Шамурад Шарасуловича ЦРПКМР, главный детский невролог Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан, председатель Ассоциации детских неврологов РУз

Эргашев Насриддин Шамсиддинович, д.м.н., профессор

Заведующий кафедрой Госпитальной детской хирургией ТашПМИ

Абдужабарова Зулфия Муратходжаевна, д.м.н., доцент

Сотрудник отдела образования НДМЦ, доцент кафедры педиатрии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников

Мамбеткаримов Гайрат Абдукаримович, д.м.н.

Медицинский институт Каракалпакистана, заведующий кафедрой педиатрии

Рахматуллаев Акмал Абадбекович, д.м.н., доцент

Научный руководитель отделения урологии НДМЦ, доцент кафедры Факультетской детской хирургии ТашПМИ

Хамзаев Комилжон Амирович, к.м.н., доцент

Сотрудник отдела науки и международных связей НДМЦ, доцент кафедры неотложной педиатрии ТашПМИ

СОСТАВ МЕЖДУНАРОДНОГО РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА

Акрамов Наиль Рамилович, д.м.н., профессор

Профессор кафедры детской хирургии Казанского государственного медицинского Университета, главный детский уролог-андролог, Республики Татарстан, г. Казань, РФ

Александрович Юрий Станиславович, д.м.н., профессор

Заслуженный деятель науки Российской Федерации, Заведующий кафедрой анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации

Белова Людмила Анатольевна, д.м.н., профессор

Почетный работник сферы образования Российской Федерации, декан медицинского факультета им. Т.З. Биктимирова ИМЭиФК Ульяновского государственного университета, РФ

Ташенова Гульнара Талиповна, д.м.н., профессор

Заведующая кафедрой детских болезней Казахского Национального Медицинского Университета имени С.Д. Асфендиярова

Варфоломеева Светлана Рафаэлевна, д.м.н., профессор

Директор НИИ детской онкологии и гематологии аппарата управления ФГБУ, РФ

Георгиянц Маринэ Акоповна, д.м.н., профессор

Харьковская медицинская академия последилового образования, проректор, профессор кафедры анестезиологии, детской анестезиологии и интенсивной терапии. Российская Федерация

Дроздовский Константин Викентьевич, д.м.н., профессор

РНПЦ детской хирургии Республики Беларусь

Дубров Виталий Игоревич, д.м.н., профессор

Руководитель центра детской урологии Республики Беларусь, заведующий урологическим отделением 2-ой детской клиники г. Минска. Главный внештатный детский уролог Министерства здравоохранения Республики Беларусь и комитета по здравоохранению Минского горисполкома, г. Минск, Беларусь

Ил Су Ха (Il Soo Ha), д.м.н., профессор

Сеульский Национальный Университет, Корея.

Каганцов Илья Маркович, д.м.н., профессор

Руководитель НИЛ хирургии врожденной и наследственной патологии Института перинатологии и педиатрии ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, врач высшей квалификационной категории, Член Европейского общества детских урологов г. Санкт-Петербург, РФ

Киргизов Кирилл Игоревич, к.м.н., профессор

Заместитель директора НИИ детской онкологии и гематологии, РФ

Козлов, Юрий Андреевич, д.м.н., Заслуженный врач России, д.м.н.

главный врач Иркутской областной детской клинической больницы, РФ

Корниенко Елена Александровна, д.м.н., профессор

Заведующая кафедрой гастроэнтерологии Факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства Здравоохранения РФ

Кузнецова Татьяна Анатольевна, д.м.н., профессор

ФГБОУ ВО Орловский Государственный Университет им. И.С. Тургенева, профессор кафедры хирургических дисциплин детского возраста и инновационных технологий в педиатрии, РФ

Машин Виктор Владимирович, д.м.н., профессор

Почетный работник высшего образования Российской Федерации, заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской реабилитации Ульяновского государственного университета, РФ

Мухина Юлия Григорьевна, д.м.н., профессор

Профессор кафедры госпитальной педиатрии №1 ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава Российской Федерации Мырзабекова Гульшара Туребековна д.м.н., профессор Заведующая кафедрой Педиатрии с курсом онкологии и гематологии Казахского медицинского университета непрерывного образования

Нетребенко Ольга Константиновна, д.м.н., профессор

Профессор кафедры госпитальной педиатрии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава РФ

Осипов Игорь Борисович, д.м.н., профессор

Заведующий кафедрой урологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, главный детский уролог-андролог северо-западного федерального округа РФ

Парамонова Нэлла Сергеевна, д.м.н., профессор

Заведующая кафедрой детских болезней учреждения образования «Горденской государственной медицинской академии» МЗ Республика Беларусь, председатель совета по защите диссертаций

Разумовский Александр Юрьевич, д.м.н., профессор

Главный внештатный детский специалист хирург, Заведующий отделением детской торакальной хирургии ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 13

Подписной индекс: 1395

Адрес редакции: г. Ташкент Яшнабадский район, улица Паркент, 294, индекс 100171

E-mail: vestnik.ndmc@bmtm.uz

Сайт: <https://hnchmc.uz>

Оглавление

ПРИВЕТСТВЕННОЕ СЛОВО ДИРЕКТОРА НДМЦ НА ОТКРЫТИИ МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ».....	13
СТАТЬИ	14
THE ROLE OF CYTOMEGALOVIRUS INFECTION IN THE INBORN MALFORMATION IN CHILDREN	14
РОЛЬ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ	14
ERTA YOSHLI 3 YOSHGACHA BO'LGAN BOLALARDA POSTCOVID SINDROMING KECISH XUSUSIYATLARI	17
CHARACTERISTICS OF POST-COVID SYNDROME IN EARLY CHILDREN UNDER 3 YEARS	17
АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПРИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ	20
ANTIBIOTIC THERAPY FOR MULTI-ORGAN FAILURE IN CHILDREN	20
РОЛЬ ВИЗУАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ.....	22
THE ROLE OF VISUAL STUDIES IN THE DIAGNOSIS OF CONGENITAL MALFORMATIONS OF THE BRONCHOPULMONARY SYSTEM	22
TASHQI ESHITUV YO'LI TUG'MA ATREZIYALI BO'LGAN BEMORLARNI JARROHLIK AMALIYOTIDA ELEKTROMAGNIT NAVIGATSIYA TIZIMINING AHAMIYATI	25
IMPORTANCE OF ELECTROMAGNETIC NAVIGATION SYSTEM IN SURGICAL PRACTICE OF PATIENTS WITH CONGENITAL ATRESIA OF THE EXTERNAL AUDITORY CANAL.....	25
ПРЕИМУЩЕСТВА УШИВАНИЯ ГРУДИНЫ ПОСЛЕ КАРДИОТОРА-КАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПО EDMUNDS L. HENRY ET AL. (1990) В МОДИФИКАЦИИ КАРДИОХИРУРГА МАДИЕВА Р.З. (2005).....	28
ADVANTAGES OF STUFFING OF THE STERNUM AFTER CARDIO-THORACIAL SURGERY IN EDMUNDS L. HENRY ET AL. (1990) MODIFIED BY THE CARDIAC SURGEON MADIEVA R.Z. (2005).....	28
ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ	32
QUALITY OF LIFE PARAMETERS IN PATIENTS WITH CHRONIC OTITIS MEDIA	32
ПОВТОРНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ.....	38
ПРИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЯХ У ДЕТЕЙ	38
REPEATED SURGICAL CORRECTION.....	38
FOR ANORECTAL MALFORMATIONS IN CHILDREN	38
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСПИРАТОРНОГО ХЛАМИДИОЗА У ДЕТЕЙ	40
CLINICAL AND FUNCTIONAL CHARACTERISTICS OF RESPIRATORY CHLAMYDIOSIS IN CHILDREN	40
ГЕПАТОБЛАСТОМА С ЯВЛЕНИЕМ НЕСОВЕРШЕННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА, СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ.....	44
HEPATOBLASTOMA WITH THE PHENOMENON OF IMPACT OSTEOGENESIS, A CASE FROM PRACTICE	44
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ.....	47
GENETIC FEATURES IN CHILDREN WITH ACUTE LEUKEMIA	47
ВЛИЯНИЕ TORCH-НОСИТЕЛЬСТВА МАТЕРЕЙ НА РАЗВИТИЕ ВРОЖДЕННОЙ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ДЕТЕЙ.....	49
INFLUENCE OF TORCH-CARRIER OF MOTHER ON THE DEVELOPMENT OF CONGENITAL CARDIOVASCULAR PATHOLOGY IN CHILDREN	49
ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА Д НА ИММУНИТЕТ	52
INFLUENCE OF VITAMIN D ON IMMUNITY	52
ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКАХ У ДЕТЕЙ	54
OPTIMIZATION OF TACTICS OF TREATMENT AND PREVENTION OF COMPLICATIONS IN ANORECTAL DISEASES IN CHILDREN	54
ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КАМНЕОБРАЗОВАНИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	56
MAIN INDICATORS OF STONE FORMATION IN CHILDREN JUNIOR SCHOOL AGE.....	56

ПРЕПАРАТ МОНТУЛАР В КАЧЕСТВЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	59
MONTULAR AS A BASIC THERAPY IN CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA.....	59
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДОРОДОВОЙ ДИАГНОСТИКИ И АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ У ПЛОДА.....	61
MODERN ASPECTS OF PRENATAL DIAGNOSIS AND OBSTETRIC MANAGEMENT IN CONGENITAL DIAPHRAGMIC HERNIATION IN THE FETUS.....	61
ЕЮНОИЛЕАЛЬНАЯ АТРЕЗИЯ – СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ	64
EJUNOYLEAL ATRESYA - MODERN VIEWS ON DIAGNOSIS AND TREATMENT	64
Сравнительная оценка результатов традиционной и лапароскопической коррекции врожденного пилоростеноза у новорождённых и грудных детей	68
Comparative evaluation of the results of traditional and laparoscopic correction of congenital pyloric stenosis in newborns and infants	68
ТЕЗИСЫ	72
ТЕЗИСЫ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ (студентов бакалавриата и магистратуры)	121
Указатель авторов	131

ПРИВЕТСТВЕННОЕ СЛОВО ДИРЕКТОРА НДМЦ НА ОТКРЫТИИ МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ»

УВАЖАЕМЫЕ ГОСТИ И УЧАСТНИКИ КОНФЕРЕНЦИИ!

Искренне рад приветствовать всех вас на конференции *«Современные технологии в диагностике и лечении врожденных пороков развития у детей»* проходящей с участием зарубежных коллег

Охрана здоровья детей является одним из приоритетных и стратегических направлений государственной политики, особое внимание в которой в настоящее время уделяется своевременной диагностике и лечению врожденных пороков развития, наследственных заболеваний у детей .

За прошедшие годы в нашей стране были реализованы меры, направленные на создание благоприятных условий для рождения и воспитания здорового и гармонично развитого поколения. Следует отметить, что в результате реформ, проводимых по инициативе Главы государства создана собственная национальная модель системы здравоохранения и Концепция развития системы здравоохранения Республики Узбекистан на 2019-2025 годы, признанные международным сообществом. Реализован ряд целевых национальных программ по укреплению здоровья населения, охране здоровья матери и ребенка. Организована широкая сеть качественно новых медицинских учреждений, отвечающих самым высоким современным требованиям, для оказания высококвалифицированной медицинской помощи и повышения информированности населения в вопросах репродуктивного здоровья и формирования здоровой семьи.

Убежден, что эти шаги будут основой для развития и эффективного использования огромного потенциала сотрудничества между отечественными и зарубежными коллегами с целью обмена знаниями и опытом, а также подготовки высококвалифицированных и конкурентоспособных медицинских кадров.

Сегодня мы проводим данную конференцию совместно с зарубежными коллегами, и, я надеюсь, что это станет продолжением наших хороших традиций для представителей как отечественных, так и зарубежных клиник и медицинских вузов.

Уверен, что данный формат гибридной конференции действительно станет хорошей площадкой для обсуждения актуальных проблем фундаментальной и клинической медицины. Конференция предоставляет хорошую возможность для специалистов обменяться мнением, обсудить сложные и нерешенные вопросы, согласовать дальнейшие направления исследований в рамках совместных программ. Я надеюсь, что работа конференции будет продуктивной и откроет новые возможности для сотрудничества в различных областях медицины и медицинского образования.

Поздравляю всех гостей и участников с открытием конференции и желаю вам успехов в Вашей научной и педагогической работе. Плодотворной работы всем Вам и всего самого наилучшего!
Благодарю за внимание.

Директор Национального детского медицинского центра, профессор А.М. Шарипов

СТАТЬИ

UDC: 616.9:614-051.1.3

THE ROLE OF CYTOMEGALOVIRUS INFECTION IN THE INBORN MALFORMATION IN CHILDREN

Sh.A. Agzamova¹, G.M. Khasanova²

National Children's Medical Center, Ministry of healthcare, Uzbekistan
Tashkent Pediatric Medical Institute Tashkent, Uzbekistan

To date, the problem of infections caused by herpes viruses is very relevant, considering their implication in the development of congenital malformations of various organs and systems.

Aim of the study. *To establish the frequency and clinical characteristics of congenital cytomegalovirus infection in children.*

Materials and methods. *Follow-up observation of 116 children aged from the neonatal period to 4 years. CMVI infection in parturient women was determined by detecting the pathogen genome in venous blood and urine by PCR and real-time PCR immediately after delivery. To detect intrauterine infection of newborns on the 1st-2nd and 15-28th days of life and the persistence of infection at the age of 3-6, 12-22 months, samples of umbilical and venous blood, urine, scraping of the epithelium from the nasopharynx were used.*

Conclusions. *Congenital cytomegalovirus infection can manifest itself before the age of 4 years as an occult cytomegalovirus syndrome. Children with congenital malformations of the kidneys, heart, central nervous system, eyes, liver damage, thyroid gland should be examined for cytomegalovirus and, if necessary, antiviral therapy should be prescribed in a timely manner.*

Keywords: *дети, цитомегаловирусная инфекция, врожденные пороки развития.*

РОЛЬ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ

Ш. А. Агзамова¹ Г. М. Хасанова²

Национальный детский медицинский центр, Ташкент, Узбекистан
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

На сегодняшний день проблема инфекций, вызванных герпес вирусами является весьма актуальной, в виду возможности их участия в развитии прогностически неблагоприятных последствий для здоровья ребенка, в частности, развитием врожденных пороков развития различных органов и систем.

Цель исследования. *Установить особенности клиники и частоты врожденной цитомегаловирусной инфекции у детей.*

Материалы и методы. *Катамнестическое наблюдения 116 детей в возрасте от периода новорожденности до 4 лет. Инфекцию ЦМВИ у рожениц определяли путем выявления генома возбудителя в венозной крови и моче методами ПЦР и ПЦР в реальном времени сразу после родов. Для выявления внутриутробного инфицирования новорожденных на 1-2-е и 15-28-е сутки жизни и персистенции инфекции в возрасте 3-6, 12-22 мес использовали образцы пуповинной и венозной крови, мочи, соскоб эпителия из носоглотки.*

Выводы. *Врожденная цитомегаловирусная инфекция может носить характер «скрытого» цитомегаловирусного синдрома и проявляться в возрасте до 4 лет. Детей с врожденными пороками развития почек, сердца, ЦНС, глаз, поражением печени, щитовидной железы необходимо обследовать на цитомегаловирус и при необходимости своевременно назначать противовирусную терапию.*

Ключевые слова: *дети, цитомегаловирусная инфекция, врожденные пороки развития.*

To date, the problem of infections caused by herpes viruses is very relevant, considering their implication in the development of prognostically unfavorable consequences for the health of the child [2]. According to the literature, the frequen-

cy of primary cytomegalovirus infection of the fetus during pregnancy does not exceed 1%, and intrauterine infection occurs in 30-50% during delivery. While 5-18% of children develop clinical signs of the congenital cytomegalovirus infection,

which is characterized by a severe course and often causes death. Currently, the possibility of superinfection due to the presence of different strains of the virus is not excluded. In these cases, fetal damage can also occur when an occult infection is reactivated in a pregnant woman or when she is infected with a new strain of cytomegalovirus [6]. Risk factors for the development of intrauterine cytomegalovirus infection, include previous abortions, miscarriages, stillbirths, early infant mortality, young age of the mother, the presence of chronic pathology, complicated current pregnancy [7].

It is known that cytomegalovirus is capable of long-term persistence in the body, has predominantly neurotropic, epitheliotropic, hepatotropic and cardiotropic manifestations. The ability of the virus to persist for a long time in the central nervous system leads to the development of specific encephalitis in the fetus, which often results in neurological defects in the form of mental retardation, epilepsy, and sensory-neural deafness [5]. It has now been proven that in the case of the development of CMVI in a seropositive lactating woman, natural feeding should not be stopped, since in this case the child receives anti-CMV antibodies with mother's milk. Passive specific immunization of a newborn prevents active replication of the virus and contributes to the development of an asymptomatic form of the disease [4]. Cytomegalovirus infection occurs in 30-50% of cases with infection during childbirth or in the postnatal period. It can have various clinical manifestations: from fever, sialadenitis, mononucleosis-like syndrome, gastrointestinal tract lesions to the development of generalized forms with consistent involvement of all organs and systems [1].

With cytomegaly, there is a high risk of: - abortion; - spontaneous miscarriage; - non-developing pregnancy; - antenatal fetal death; - developmental anomalies; - polyhydramnios. Ultrasound markers of fetal infection: microcephaly, calcifications in the brain, ventriculomegaly, intestinal hyper-echogenicity, heart defects, renal agenesis [3].

Aim of the study

To identify the clinical features and frequency of congenital cytomegalovirus infection in children.

Material and methods

A total of 116 children aged from the neonatal period to 4 years were under followup. CMVI infection in parturient women was determined by detection of the pathogen genome in venous blood and urine by PCR and real-time PCR immediately after delivery. Specimens of umbilical and venous blood, urine, and epithelial swabs of the nasopharynx were tested on the 1st-2nd and 15-28th days of life to detect possible intrauterine infection of newborns and at the age of 3-6, 12-22 months to detect the persistence of the infection. PCR diagnostics was carried out in the laboratory of the Scientific and Diagnostic Center "IMMUNOGEN TEST" of the Institute of Immunology of the Academy of Sciences of the Republic of Uzbekistan. Follow-up observation of newborns (n=116) was carried out at 6, 9-12 months of life, at 1-2, 3-4 years of age by means of a routine clinical and neurological examination, laboratory and instrumental examination with an assessment of

psychomotor and physical development. All observed children were examined by specialists: a neurologist, an oculist, an endocrinologist, a cardiologist and a nephrologist at the City Medical Children's Consultative and Diagnostic Center in Tashkent.

Results and discussion

During the follow-up examination, congenital cytomegalovirus infection was diagnosed in 41 children, of which in 15 (36.6%) patients in the first year of life, in 14 (34.1%) - in the second year, at the age of 3-4 years - in 12 (29.2%) people. While the remaining 75 children had an acquired cytomegalovirus infection, occurring in the form of infectious mononucleosis. In 10 (28.6%) children, a "hidden" cytomegalovirus syndrome was established, in which: there were no clinical manifestations of infection both at birth and over the next two years, the children grew and developed according to age and belonged to the group of conditionally healthy. And only at the age of 2-4 years, during a dispensary examination by specialists, malformations of the internal organs were revealed in them.

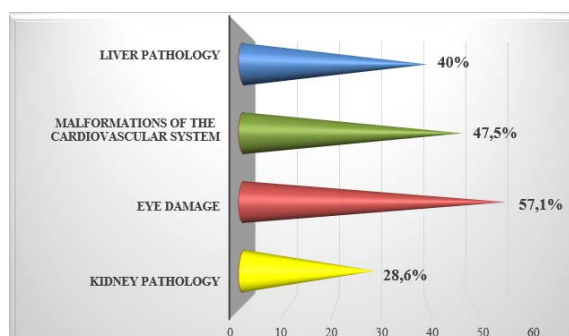


Fig. 1. The frequency of occurrence of congenital malformations in the examined children

In 10 (28.6%) children with congenital cytomegalovirus infection, kidney pathology was established: hydronephrosis, congenital vascular anomalies, kidney hypoplasia. 20 (57.1%) children had eye lesions in the form of focal chorioretinitis. In 16 (45.7%) patients, malformations of the heart were detected: minor anomalies, aortic stenosis, atrial septal defect. 11 patients had comorbidities. Only 2 children were diagnosed with congenital generalized cytomegalovirus infection in the maternity hospital. They developed clinical symptoms from the first day of life, many organs and systems were involved in the process. Respiratory and cardiac disorders were noted, jaundice was detected, which had a wave-like character, hemorrhagic syndrome associated with thrombocytopenia, and the development of cytomegalovirus encephalitis was observed. In one child aged 7 months, an endocrinologist revealed hypoplasia of the thyroid gland, which was combined with congenital heart disease – aortic stenosis and ventricular septal defect against the background of Williams syndrome. 40% of children had chronic liver pathology. Fig. 1.

Conclusion

Thus, cytomegalovirus infection is an actual problem of childhood, the clinical manifestations of which are very diverse, which is the reason for their late diagnosis. Congenital infec-

tion may have the character of a "hidden" cytomegalovirus syndrome and manifest itself before the age of 4 years. Therefore, children with congenital malformations of the kidneys, heart, central nervous system, eyes, damage to the liver, thy-

roid gland should be examined for cytomegalovirus and, if necessary, antiviral therapy should be prescribed in a timely manner.

REFERENCES

1. Bardanzellu F., Fanos V., Reali A. Human breast milk-acquired cytomegalovirus infection: certainties, doubts and perspectives. *Current pediatric reviews*. 2019;15(1):30-41. <https://doi.org/10.2174/1573396315666181126105812>
2. Hansell P., Palm F. A role for the extracellular matrix component hyaluronan in kidney dysfunction during ACE-inhibitor fetopathy. *Acta Physiologica*. 2015; 213(4):795-804. <https://doi.org/10.1111/apha.12456>
3. Paladini D., Volpe P. Ultrasound of congenital fetal anomalies: differential diagnosis and prognostic indicators. CRC press. 2018. <https://doi.org/10.4324/9780429462450>
4. Permar S. R., Schleiss M. R., Plotkin S. A. Advancing our understanding of protective maternal immunity as a guide for development of vaccines to reduce congenital cytomegalovirus infections. *Journal of virology*. 2018; 92(7):e00030-18. <https://doi.org/10.1128/JVI.00030-18>
5. Sittivarakul W, Benjhawaleemas T, Aui-Aree N, Jirattanasopa P, Liabsuetrakul T. Incidence rate and risk factors for contralateral eye involvement among patients with AIDS and cytomegalovirus retinitis treated with local therapy. *Ocular Immunology and Inflammation*. 2016;24:530-536. doi.org/10.3109/09273948.2015.1032307
6. Zhang X. Y., Fang F. Congenital human cytomegalovirus infection and neurologic diseases in newborns. *Chinese Medical Journal*. 2019;132(17):2109-2118. DOI:10.1097/CM9.0000000000000404
7. Zinserling V. Brain Lesions in Perinatal Infections // *Infectious Lesions of the Central Nervous System*. Springer, Cham. 2022; 251-270. https://doi.org/10.1007/978-3-030-96260-9_16

Corresponding author:

Agzamova Shoir Abdusalamovna – Doctor of Medical Sciences – Professor head of the Science Department of the National Children's Medical Center of Uzbekistan. **E-mail:** shoir_agzamova@mail.ru

UDK:616-053.3:616.24-008.4-008.4

ERTA YOSHLI 3 YOSHGACHA BO'LGAN BOLALARDA POSTKOVID SINDROMINING KECHISH XUSUSIYATLARI

E.A. Shamansurova, U.A. Atabekova

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, Toshkent, O'zbekiston

Pandemiya davrining boshidanoq bolalar o'rtasida Covid-19 koronavirus infeksiyasi bilan kasallanish holatlari qayd etila boshlandi. Dastlab bolalarda kasallik simptomlarisiz kechdi. Keyin esa bolalarda quyidagicha postkovid sindromi belgilari kuzatildi; umumiy holsizlik, yengil yo'tal, ishtahaning yo'qolishi, tomoq og'rig'i, burun bitishi, tana haroratining 38-39 C gacha ko'tarilishi, nafas olish ritmi va chastotasining o'zgarishi, ko'krak qafasida og'riqlar, nafas qisilishi, kon'yunktivit belgilari. Bolalarda kasallik dinamikasi laboratoriya tahlilida SARS-CoV-2 infeksiyasini tasdiqlash, yallig'lanish belgilarini, gemostaz tizimini baholash; instrumental tekshiruvda elektrokardiogramma o'tkazdirish, ko'krak qafasining kompyuter tomografiyasi, qorin bo'shlig'i organlarining ultratovush tekshiruvi orqali kuzatildi.

Kalit so'zlar: Covid-19, post-kovid sindromi, bolalar, SARS-CoV-2 ning "Britaniya" yangi shtammi.

CHARACTERISTICS OF POST-COVID SYNDROME IN EARLY CHILDREN UNDER 3 YEARS

E.A. Shamansurova, U.A. Atabekova

Tashkent Pediatric Medical Institute

Since the beginning of the pandemic period, cases of Covid-19 infection have been recorded among children. Initial reports described the infection as asymptomatic in children. Then the following symptoms of post-COVID syndrome were reported with higher frequency in children; general weakness, mild cough, loss of appetite, sore throat, runny nose, fever up to 38-39 C, changes in the rhythm and frequency of breathing, chest pain, shortness of breath, signs of conjunctivitis. In this study, laboratory confirmation of SARS-CoV-2 infection, the dynamics of the disease in children, assessment of inflammation symptoms, hemostasis system; during instrumental examination, an electrocardiogram, computed tomography of the chest organs, and ultrasound examination of the abdominal organs were analyzed.

Key words: Covid-19, post-COVID syndrome, children, new "British" SARS-CoV-2 strain.

Pandemiya davrining boshidanoq bolalar o'rtasida covid-19 koronavirus infeksiyasi bilan kasallanish holatlari qayd eta boshlandi. Bolalarda kasallikning o'ziga xos kechish xususiyatlari bilan boshqa bemorlardan ajralib turdi: dastlab ular umuman kasal bo'lmadi, hech qanday kasallik belgilari kuztilmadi. Keyin esa bolalarda koronavirus infeksiyasi bilan yengil darajada kasallanish holatlari qayd eta boshlandi: umumiy holsizlik, yengil yo'tal, ishtahaning yo'qolishi, tomoq og'rig'i, burun bitishi, tana haroratining 38-39 C gacha ko'tarilishi, nafas olish ritmi va chastotasining o'zgarishi, ko'krak qafasida og'riqlar, nafas qisilishi, kon'yunktivit belgilari. Bir qator tadqiqotlarga ko'ra, SARS-CoV-2 ning "Britaniya" yangi shtammi qayd etila boshlandi va bu shtamm bolalarda infeksiyaning oldingisiga nisbatan yuqumliroq va asoratli kechishi aniqlandi. 1-5 yoshgacha bo'lgan bolalar orasida Britaniyaning SARS-CoV-2 shtammi bilan kasallanganidan keyin bolalarda postkovid sindromi rivojlanganligi kuzatildi. COVID-19 bilan kasallanish tarkibida bolalarning umumiy ulushi 1-1,7% ni tashkil qildi [2]. Ularning 90% ida yangi koronavirus infeksiyasi simptomlarsiz tarzda, yengil yoki o'rtacha og'irlikda kechishi kuzatildi. 18 yoshgacha bo'lgan ba'zi bemorlarda kovid infeksiyasi fonida yallig'lanish

reaksiyalarining ortishi va ichki organlar yetishmovchiligi rivojlandi. Bunday o'zgarishlarni olimlar bolalarda ko'p tizimli yallig'lanish sindromi deb nomladilar. Bolalardagi ko'p tizimli yallig'lanish sindromi - bu bolalarda uchraydigan COVID-19 bilan bog'liq simptomlar majmuasidir. Shu bilan birga bolalarda Kawasaki kasalligi va toksik shok belgilari kuzatildi: tana haroratining 39-40 C ga ortishi, oshqozon-ichak tizimining buzilishi, meningeal simptomlar, teri toshmasi, kon'yunktivit, gipotenziya, miokardit [1]. Bolalarda kasallik dinamikasi laboratoriya tahlilida SARS-CoV-2 infeksiyasini tasdiqlash, yallig'lanish belgilarini, gemostaz tizimini baholash; instrumental tekshiruvda elektrokardiogrammani o'tkazish, ko'krak qafasining kompyuter tomografiyasi, qorin bo'shlig'i organlarining ultratovush tekshiruvi orqali baholandi. Davolashda JSSTi tomonidan ishlab chiqilgan standart asosida: kislorodli terapiya, kortikosteroidlar, antikoagulyantlar, immunoglobulinlar, antibiotiklar qo'llanildi [3-5].

Tadqiqot maqsadi

Covid -19 infeksiyasidan so'ng bolalarda post-covid sindromining rivojlanish xususiyatlarini o'rganish.

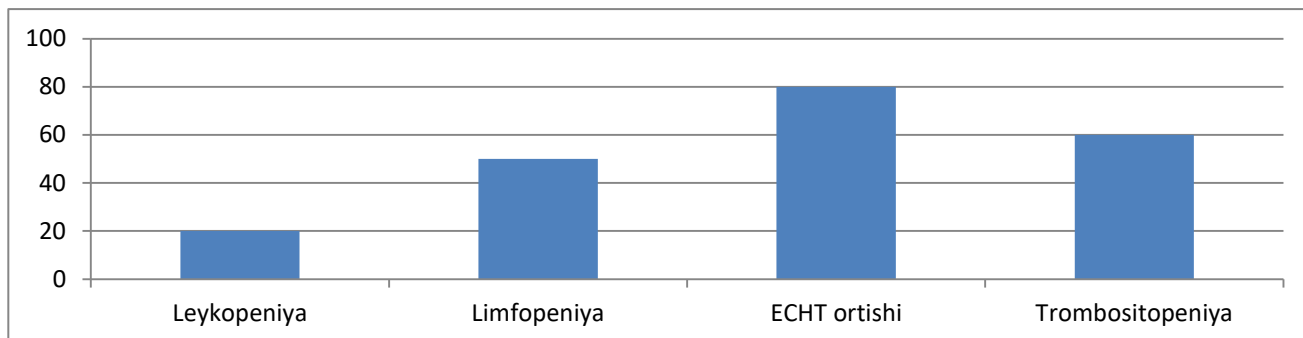
Tadqiqot materiallari va usullari

RIPIATM pulmonologiya, erta yoshli bolalar patologiyasi, kardiopulmonologiya, allergologiya bo'limlarida davolangan 50 nafar bemor bola kuzatuvda bo'ldi. Barcha bemorlar oldingi 6 oy ichida Covid-19 infeksiyasi bilan xastalangan, bemorlarning yoshi 1 yoshdan 3 yoshgacha bo'lgan bolalardir. Barcha bemorlar allergolog-immunolog, kardiolog, nevrolog, gastroenterolog, terapevt shifokor guruhlaridan tekshirildi. Laboratoriya tahlillari baholandi: biokimyoviy qon tahlili (ferritin, C-reaktiv oqsil); Immunitet holati ko'rsatkichlari 1 yoshdan 3 yoshgacha bo'lgan sog'lom bolalardan olingan

(nazorat guruhi). Hamma bemorlar exo-elektrokardiogramma (ExoKG), o'pkaning kompyuter tomografiyasi (KT), qorin bo'shlig'i ichki a'zolari ultratovush tekshiruvidan o'tkazildi.

Tadqiqot natijalari

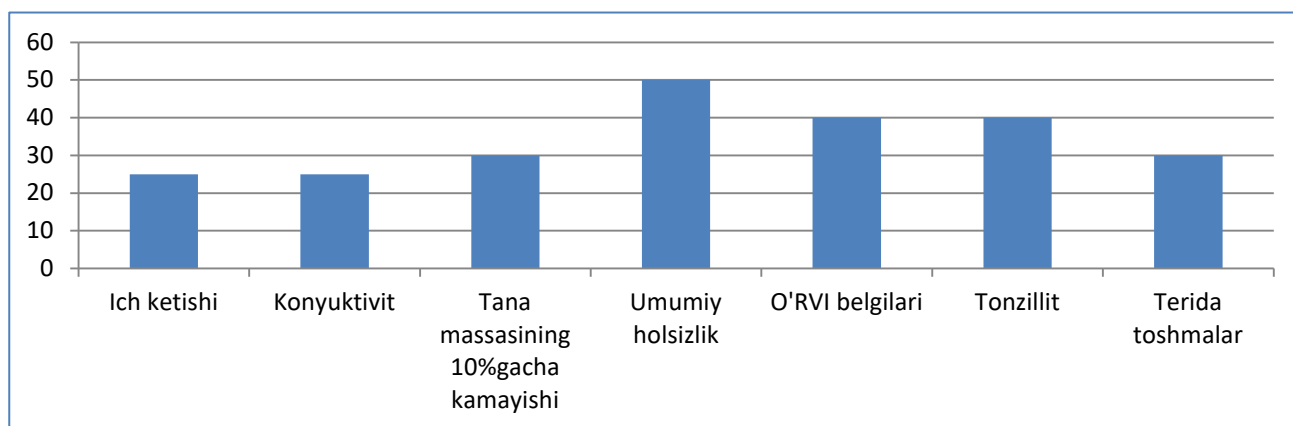
Covid-19 infeksiyasi bilan kasallangan bolalarning 70%ida postkovid sindromi qayd etilgan. Bolalarning 30%ida 10%dan ortiq vazn yo'qotish, 25%ida kon'yunktivit, 50%ida charchoq va zaiflik, tekshirilgan bemorlarning 40%ida tez-tez o'tkir respiratorli virusli infeksiyalar, tonsillit, 30%ida teri toshmasi kuzatildi (1-rasm).



Rasm 1. Postkovid bilan xastalangan bolalarda kuzatilgan klinik belgilar

Tadqiqot natijalariga ko'ra, postkovid bilan xastalangan bolalarda quyidagicha nevrologik simptomlar kuzatilgan: 35%ida ta'mning o'zgarishi, 60%ida uyqu buzilishi holatlari qayd etil-

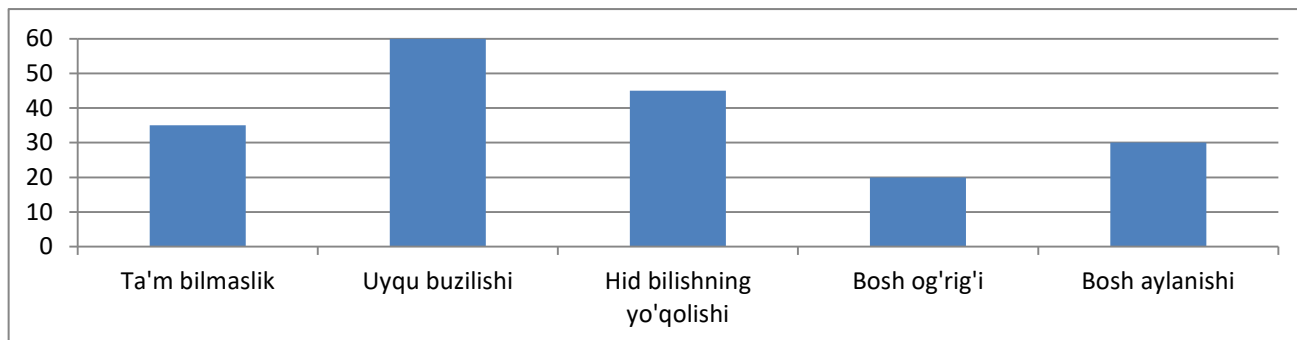
gan. Bolalarning 45%ida hid bilishni yo'qolishi, sog'ayganlarning 20%ida bosh og'rig'i, 30%ida bosh aylanishi holatlari kuzatilgan (2-rasm).



Rasm 2. Postkovid bilan xastalangan bolalarda kuzatilgan nevrologik simptomlar

Postkovid bilan xastalangan barcha bolalarning umumiy qon tahlilida quyidagicha o'zgarishlar aniqlanildi: 20% leykopeniya, 50% limfopeniya, 80% ECHT ortishi, 60% bolalarda trombositlar sonining kamayishi (3-rasm). Qonning biokimyoviy tahlilida qondagi temir moddasining kamayishi kasal bo'lganlarning 40%ida qayd etilgan, ferritin miqdori 40% bolalarda, umumiy oqsil miqdori 35%, albumin 30% bolalarda kamayishi, bolalarning 80%ida C-reaktiv oqsil ko'payishi, magniy miqdori 70%, kaliy 30%, kalsiy 30%, fosfor 30% holatlarda kamayishi kuzatildi.

Barcha bemorlar instrumental tekshiruvdan o'tkazildi: ExoKG, o'pkaning kompyuter tomografiyasi, qorin bo'shlig'ining ultratovush tekshiruvi. Tekshirilgan bolalarning 40%ida ExoKG o'zgarishlari aniqlandi: Giss tutami blokadas, aritmiya (ekstrasistoliya), ST segmentining ko'tarilishi, o'pka KT o'zgarishlarining 10%da: pnevmoniya va bronxopnevmoniya belgilari, qorin bo'shlig'i ultratovushidagi o'zgarishlarning 15%da: jigar kengayishi belgilari.



Rasm 3. Postkovid bilan xastalangan bolalarning umumiy qon tahlili o'zgarishlari

Xulosalar

1. Postcovid sindromi bilan kasallanganidan keyin bolalarda quyidagilar qayd etildi: keyingi 6 oy ichida tez-tez o'tkir respiratorli virusli infeksiyalar va tonzillit; charchoq va zaiflik, uyqu buzilishi, ta'm va hidning uzoq vaqt yo'qolishi.
2. Keyingi oylarda bolalar umumiy klinik, biokimyoviy tahlillarida o'zgarishlarni aniqlash. Instrumental tadqiqotlardagi

o'zgarishlar: aritmiya, exokardiografiyada blokada, o'pka kompyuter tomografiyasida pnevmoniya va bronxopnevmoniya asoratlari, UTT da jigar kengayishi.

3. COVID-19 bilan kasallangan bolalarni baholash uchun dispanser kuzatuv tashkil etilishi kerak, bemorlarning salomatlik holatini dinamik kuzatish va kerak bo'lganda davolash va profilaktika va reabilitatsiya tadbirlarini otkazilishini tatbiq etish.

Adabiyot

1. Bousquet J. Is diet partly responsible for differences in COVID-19 death rates between and within countries? J. Bousquet, J.M. Anto, G. Iaccarino et al. Clin Transl Allergy. 2020;10:16. DOI: 10.1186/s13601
2. Детский мультисистемный воспалительный синдром, ассоциированный с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19). Педиатрическая фармакология. 2020.
3. Evidence Summary Clinical Management of COVID-19, NHS Health Education England - [Electronic resource]. URL: https://nwpgmd.nhs.uk/Specialty_Schools/Surgery/COVID-19/ (accessed 12.08.2021).
4. Кантемирова М.Г. Детский мультисистемный воспалительный синдром, ассоциированный с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19): актуальная информация и клиническое наблюдение. Педиатрическая фармакология. – 2020.
5. National Early Warning Score, - [Electronic resource]. URL: <https://www.cebm.net/covid-19/should-we-use-the-newsornews2-score-when-assessing-patients-with-possible-covid-19-in-primary-care/> (accessed 12.08.2021)

Автор корреспондент:

Atabekova Umidaxon Abdupatto qizi.

E-mail: umidaatabekova2@gmail.com

УДК: 616.12.-036.11-008.64-053.2

АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПРИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

М.Б. Алибекова

**Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан**

Проанализированы результаты обследования 60 детей с полиорганной недостаточностью в возрасте от 3 месяцев до 4 лет. Этиологическим фактором полиорганной недостаточности явилась в основном Pseudomonas aeruginosa, на втором месте по частоте выявляемости; Staphylococcus aureus, и на третьем Klebsiella pneumoniae. Антибиотикотерапия проводилась с применением комбинации не менее двух антибиотиков широкого спектра (цефалоспорины 3 поколения+аминогликозиды). В дальнейшем лечение проводилось с учетом микробиологического мониторинга.

Ключевые слова: полиорганная недостаточность, дети, антибиотикотерапия.

ANTIBIOTIC THERAPY FOR MULTI-ORGAN FAILURE IN CHILDREN

M.B. Alibekova

Republican Research Center of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan

The results of the examination of 60 children aged 3 months to 4 years with multiple organ failure were analyzed. The etiological factor of multiple organ failure was mainly Pseudomonas aeruginosa, followed by the Staphylococcus aureus in the second place, Klebsiella pneumoniae in the third. Antibiotic therapy was carried out by introducing at least two broad-spectrum antibiotics (3rd generation cephalosporins + aminoglycosides) into the treatment. Further treatment was carried out on the basis of the microbiological monitoring.

Keywords: multiple organ failure, children, antibiotic therapy.

Актуальность

В последние годы увеличилось число детей с полиорганной недостаточностью различной этиологии. Несмотря на достигнутые на сегодняшний день определенные успехи в лечении полиорганной недостаточности (ПОН), пока еще не существует надежной и эффективной терапии и показатель летальности от ПОН остается высоким – в пределах 35-45% [1, 2].

По мнению большинства исследователей, основными этиологическими факторами ПОН у детей являются тяжёлые инфекции, крупные оперативные вмешательства, тяжёлые ожоги и травмы, шок любой этиологии, сердечно-лёгочная недостаточность. Основное внимание уделяется устранению действия пускового фактора или заболевания, запустившего и поддерживающего агрессивное воздействие на организм больного [3, 4].

При отсутствии данных о виде возбудителя у конкретного больного, ему назначается стартовая эмпирическая терапия. При не устранённом этиологическом факторе любое, самое интенсивное лечение ПОН, безрезультатно [5].

Таким образом, проблема полиорганной недостаточности в педиатрии остается актуальной, особенно в плане лечения, в частности, для применения рациональной этиотропной антибиотикотерапии.

Цель исследования

Изучение эффективности антибиотикотерапии при полиорганной недостаточности у детей.

Материал и методы

Под наблюдением находились 60 детей в возрасте от 3 месяцев до 4 лет с диагностированной полиорганной недостаточностью. Всем больным проводились общеклинические обследования, биохимические исследования крови, бактериологическое исследование (мазок из зева), и инструментальные методы исследования.

Результаты и обсуждение

Причиной развития синдрома полиорганной недостаточности были воспалительные заболевания в легких – 41 (68,3%), комбинированные и сочетанные травмы – 7 (11,7%), сепсис – 12 (20%). Часто случаи развития синдрома полиорганной недостаточности были отмечены на фоне врожденных пороков сердца – 9 (15%).

При проведении микробиологического исследования (микрочлора верхних дыхательных путей из зева) было обнаружено, что наиболее частыми возбудителями являлись грамотрицательные бактерии, среди которых лидирующее место занимает Pseudomonas aeruginosa (30%), ассоциации с другими микроорганизмами (Pseudomonas aeruginosa+ Staphylococcus aureus или Klebsiella pneumoniae) в 15% случаев. Смешанная микрофлора в контаминации микрофлоры Streptococcus pneumoniae + E.coli + Staphylococcus aureus (10%) и E.coli + Klebsiella pneumoniae отмечалось в

19% случаев, *Streptococcus pneumoniae* – 27%, *Streptococcus Viridians* – 9% случаев.

При анализе чувствительности к антибиотикам наибольшая чувствительность возбудителя *Pseudomonas aeruginosa* выявлена к меропенему (45), цiproфлоксацину (42), цефеперазону (31), амикацину (35). Наиболее выражена была устойчивость к амоксиклаву (41). При сочетании *Pseudomonas aeruginosa* + *Staphylococcus aureus* наибольшая чувствительность отмечалась также к цефтриаксону (15), амикацину (13), цiproфлоксацину (12), цефепиму (18). Сочетание *Klebsiella pneumoniae* + *E.coli* эффективность антибактериальной активности составила у цефтриаксона в 89% (17), амикацина 34% (7). При *Streptococcus Viridians* эффективность антибактериальной активности составила у цефтриаксона в 86%, амикацина 14%.

Таким образом, *Pseudomonas aeruginosa* более чувствительны к меропенему, цiproфлоксацину, цефеперазону, амикацину, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* и *Klebsiella pneumoniae* более чувствительны к цефтриаксону, амикацину, цефепиму. Практически отсутствует чувствительность к амоксиклаву.

Всем больным проводили комплексную этиопатогенетическую терапию, направленную на устранение проявлений полиорганной недостаточности, обеспечение адекватного

газообмена, стабилизацию центральной и периферической гемодинамики и поддержания адекватной церебральной перфузии. Антибиотикотерапия проводилась введением в лечение не менее двух антибиотиков широкого спектра (цефалоспорины 3 поколения+аминогликозиды). В дальнейшем лечение проводилось с учетом микробиологического мониторинга.

Эффективность проводимого лечения оценивалась на 7-е сутки, уменьшились субъективные и объективные симптомы заболевания, нормализовались лабораторные и клинические показатели.

Выводы

Интенсивная терапия полиорганной недостаточностью зависит не только от эмпирически подобранной антибактериальной терапии, но и с последующим этиологически подбором антибиотика широкого спектра.

Этиологическим фактором полиорганной недостаточности в наших исследованиях явилась, в большинстве случаев, *Pseudomonas aeruginosa*, на втором месте по частоте выявлен *Staphylococcus aureus*, и на третьем *Klebsiella pneumoniae*.

Вся выделенная микрофлора более чувствительна к меропенему, цiproфлоксацину, цефеперазону. Практически отсутствует чувствительность к амоксиклаву.

Литература

1. Федичева Е.В., Дац А.В., Горбачева С.М. Пособие для врачей / Синдром полиорганной недостаточности (диагностика, оценка тяжести, лечение и прогноз исхода): - Иркутск: РИО ИГИУВа, 2009. - 46 с
2. Tamburro R.F., Jenkins Tammara L. Multiple Organ Dysfunction Syndrome: A Challenge for the Pediatric Critical Care Community. *Pediatr Crit Care Med*. 2017;18:1-3.
3. Иванникова А. С. Почивалов А.В. Полиорганная патология у детей с бронхолегочными заболеваниями, протекающими на фоне дисплазии соединительной ткани: Российский вестник перинатологии и педиатрии. М., 2015; 60(4):229-230.
4. Fry D. E. Sepsis, systemic inflammatory response, and multiple organ dysfunction: the mystery continues. *Am. Surg*. 2012; 78(1):1-8.
5. Таточенко В.К. Антибиотико- и химиотерапия инфекций у детей. М. 2009. 253 с.

Автор-корреспондент:

Алибекова Мавжуда Балкибаевна – к.м.н., Руководитель отдела педиатрии РНЦЭМП. E-mail: uzmedicine@mail.ru

УДК. 616-007-053.1/616.2

РОЛЬ ВИЗУАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ

Д.К. Ганиева, М.И. Шайхова

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Целью научного исследования являлось анализирование результатов визуальных исследований у детей школьного возраста и подростков с врождёнными пороками развития легких. Были проанализированы результаты визуальных исследований 15 детей от 7 до 18 лет с врождёнными пороками развития бронхолегочной системы. У 53,3% пациентов была позднее диагностирована аномалия недоразвития бронхолегочной структуры в виде легочной гипоплазии, у 20,0% пациентов - врожденная долевая гиперинфляция, у 13,3% детей была диагностирована врожденная мальформация легочных дыхательных путей и у 13,3% трахеальный бронх смещанного типа.

На основании полученных данных сделано заключение, что с целью исключения врождённых пороков развития бронхолегочной системы у детей с рецидивирующими бронхолегочными заболеваниями, плохо поддающимися терапии, целесообразно проведение комплексной визуальной диагностики, с использованием новых методов МРТ.

Ключевые слова: врожденные пороки легких, дети, подростки, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография.

THE ROLE OF VISUAL STUDIES IN THE DIAGNOSIS OF CONGENITAL MALFORMATIONS OF THE BRONCHOPULMONARY SYSTEM

D.K. Ganiyeva, M.I. Shaykhova

Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan

The purpose of the scientific study was to analyze the results of imaging studies in school-age children and adolescents with congenital malformations of the lungs. The results of visual studies of 15 children from 7 to 18 years old with congenital malformations of the bronchopulmonary system were analyzed. In 53.3% of patients, an anomaly of underdevelopment of the bronchopulmonary structure in the form of pulmonary hypoplasia was diagnosed late, 20.0% of patients had congenital lobar hyperinflation, 13.3% of children were diagnosed with congenital malformation of the pulmonary airways and 13.3% of tracheal bronchus offset type.

Based on the data obtained, it was concluded that in order to exclude congenital malformations of the bronchopulmonary system in children with recurrent bronchopulmonary diseases that are difficult to treat, it is advisable to conduct a comprehensive visual diagnosis using new MRI methods.

Keywords: congenital malformations of the lungs, children, adolescents, magnetic resonance imaging, computed tomography.

Актуальность

Врожденные пороки развития бронхолегочной системы являются одним из актуальных проблем педиатрии, и своевременное диагностирование врождённой патологии в раннем детском возрасте остаётся приоритетным направлением в первичном звене здравоохранения. Но наблюдаются случаи позднего диагностирования врождённой патологии легких, которые мы отмечаем в подростковом периоде. В частности, у детей старшего возраста и среди взрослых данная патология диагностируется от 9 до 17 случаев на 100 000 населения [1,6]. Причиной данного обстоятельства является бессимптомное течение патологии или скрытое под другим заболеванием легких, лечение которых могут быть менее эффективными и длительными [4]. Чаще всего врожденные аномалии развития бронхолегочной системы можно спутать с другими патологиями легких,

хотя они могут иметь отличительные рентгенологические признаки [3,5]. Конкретизация результатов визуализации различных типов ВЗЛ облегчает как диагностику, так и лечение этих заболеваний. Кроме того, правильный диагноз может предотвратить возможные осложнения и ненужное беспокойство пациентов, поскольку врожденные аномалии легких могут имитировать новообразования в подростковом периоде. Врожденные заболевания легких у детей школьного возраста и подростков можно разделить на три основные категории: бронхолегочные аномалии, сосудистые аномалии и сочетанные бронхолегочные и сосудистые аномалии [2,7].

Цель исследования

Анализирование результатов визуальных исследований у детей школьного возраста и подростков с врождёнными пороками развития легких.

Материалы и методы исследования

Были проанализированы результаты визуальных исследований 15 детей от 7 до 18 лет с врожденными пороками развития бронхолегочной системы, проживающих в городе Ташкенте. Первичная постановка диагноза была осуществлена в позднем периоде, в ходе повторного комплексного обследования, за счёт неэффективности сочетанной патологии. Методами исследования являлись: компьютерная томография (КТ) с контрастным усилением, включая трехмерные (3D) изображения или многоплоскостную реконструкцию (MPR) и магнитно-резонансную томографию (MRI), поскольку они показывают сосудистые и трахеобронхиальные структуры в деталях. Количественные 3D-реконструкции КТ-изображений основывались на визуализировании паренхиматозных изменений на основе плотности легких (единица Хаунсфилда). В дополнение к морфологической оценке легких МРТ, при необходимости дополнялись ультракоротким импульсным эхо-временем (UTE), спиновой маркировкой артериальной крови (Arterial Spin Labeling, ASL) и функциональным исследованием с фазовым разрешением легких (PREFUL). Все исследования проводились в специализированных и диагностических медицинских центрах.

Результаты и обсуждения

В ходе исследования у 8 (53,3%) пациентов было позднее диагностирование аномалии недоразвития бронхолегочной структуры в виде легочной гипоплазии. До окончательной постановки диагноза дети входили в группу больных с хронической пневмонией, и соответствующее лечение являлись мало эффективным и необоснованным. У данных детей визуализирующими признаками подтверждающими легочную гипоплазию являются уменьшение ипсилатерального объема легких и легочной артерии, сужение межреберных промежутков, компенсаторная гиперинфляция и смещение средостения. В связи с чем данным детям изначально ставили хроническую пневмонию, осложненную ателектазом легких.

У 3 (20,0%) пациентов от 8 до 11 лет, в ходе комплексного визуального исследования была диагностирована врожденная долевая гиперинфляция (ВДГ). ВДГ, ранее известная как врожденная долевая эмфизема, представляет собой гиперинфляцию одной или нескольких долей. У данных пациентов отмечали структуральные изменения в левой верхней и правой средней доле. Следует отметить, что ВДГ обычно диагностируется в неонатальном периоде, но данная патология может быть обнаружена и в более старшем возрасте. У данных пациентов ВДГ также была диагностирована в ходе комплексного визуального исследования, при плохо корректируемых рецидивирующих инфекциях. Рентгенологическими признаками ВДГ являлись локализованное гиперлюминесценция пораженного легкого, истончение и смещение легочных сосудов, и выраженное смещение соседних структур (органов средостения), то есть компрессионный ателектаз, смещение средостения в контралатеральную половину грудной клетки, разделение ребер и уплощение диафрагмы на ипсилатеральной сто-

роне. При этом, рентгенологическое проявление гиперпрозрачности пораженного легкого может быть результатом снижения легочной васкуляризации или процесса гиперинфляции.

У 2 (13,3%) детей была диагностирована врожденная мальформация легочных дыхательных путей (ВМДП). ВМДП ранее называли врожденной кистозно-аденоматоидной мальформацией (кистозная гипоплазия легких), но из-за отсутствия аденоматоидных и кистозных изменений при всех типах заболевания в настоящее время ВМДП принято, как более подходящее название для этих врожденных заболеваний легких. По клиническому варианту ВМДП делится на 5 типов (от 0 до 4) в соответствии с современной классификацией. У наблюдаемых нами пациентов была диагностирована ВМДП 2-типа. При визуальном исследовании у пациентов были определены несколько небольших кист (от 0,5 до 1,2 см). Диагноз ВМДП, был поставлен в ходе визуализации при плохо корректируемых рецидивирующих инфекциях, и при инфицированном ВМДП определялись утолщение стенки кисты. У данных пациентов в анамнезе наблюдалось наличие ВПС, а у второго ребёнка аномалия развития мочевыделительной системы. В связи с тем, внимание врачей больше уделялось сочетанным порокам развития других органов, клиника которых профилировалась над врожденными аномалиями развития бронхолегочной системы, то есть большее внимание уделялось порокам развития, угрожающим жизни ребёнка. Как показал анализ результатов визуального исследования, рентгенологические признаки ВМДП 2-го типа проявлялись в виде наполненных воздухом мультикистозных масс или консолидаций, разбросанных в различных участках легкого, но в основном в нижних долях легких. Наши исследования показали, что при дифференциальной диагностике ВМДП следует учитывать врожденные аномалии (секвестрация и т.д.), не врожденные, инфекционные заболевания и злокачественные новообразования. Однако все эти заболевания могут сопровождать ВМДП. В частности, злокачественная трансформация ВМДП может проявляться в виде аденокарциномы, рабдомиосаркомы и плевробластомы. Систематическое кровоснабжение, характерное для секвестрации, может помочь отличить секвестрацию от ВМДП, тогда как сосуществование внутридоловой секвестрации и ВМДП можно наблюдать при гибридных поражениях. Инфекционные заболевания, такие как *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella* и *Streptococcus pneumoniae*, могут вызывать пневмоцеле, которое характеризуется заполненными газом тонкостенными кистозными пространствами и имитируют ВМДП. В некоторых случаях, при расположении ВМДП в нижних долях, его также можно ошибочно диагностировать как диафрагмальную грыжу. Потому что грыжи петель кишечника могут имитировать множественные кистозные структуры. Коронарные и сагиттальные переформатированные изображения могут помочь отличить ВМДП от диафрагмальной грыжи.

У двоих детей (13,3%), 7 и 10 лет, в ходе комплексного исследования был диагностирован трахеальный бронх (также

известный как свиной бронх) смещанного типа, начинающиеся от правой стенки трахеи, в пределах до 0,8 см. При визуализации было определено, что правый верхнедолевой бронх раздваивался, а смещенный бронх снабжал верхушечный сегмент. Данные изменения были выявлены в ходе исследований аксиальных КТ-изображений. Данная патология была обнаружена при визуальном обследовании за счёт рецидивирующей хронической пневмонии с развитием бронхоэктаза. Полученные данные показали, что поздняя диагностика врожденных пороков развития легких у детей школьного и подросткового возраста, может быть за счёт их редкости, неспецифических симптомов и сходства с другими заболеваниями легких. Однако врожденные пороки развития бронхолегочной системы могут иметь отличительные рентгенологические признаки. При этом, помимо обычных рентгенологических исследований, изоб-

ражений КТ и МРТ, MPR, 3D-реконструкции могут помочь выявить врожденные заболевания легких. Более того, новые методы МРТ, такие как ультракороткая импульсная последовательность эхо-времени (UTE), спиновой маркировки артериальной крови (Arterial Spin Labeling, ASL) и функциональное исследование с фазовым разрешением легких (PREFUL), могут предоставить функциональную информацию, что позволит правильно диагностировать и лечить эти заболевания.

Вывод

На основании полученных данных можно заключить, что с целью исключения врождённых пороков развития бронхолегочной системы у детей с рецидивирующими бронхолегочными заболеваниями, плохо поддающиеся терапии, целесообразно проведение комплексной визуальной диагностики, с использованием новых методов МРТ.

Литература

1. Annunziata F, Bush A, Borgia F, Raimondi F, Montella S, Poeta M, Borrelli M, Santamaria F. Congenital Lung Malformations: Unresolved Issues and Unanswered Questions. *Front Pediatr.* 2019 Jun 13; 7:239. doi: 10.3389/fped.2019.00239.
2. Durhan G, Ardali Duzgun S, Akpinar MG, Demirkazık F, Arıyürek OM. Imaging of congenital lung diseases presenting in the adulthood: a pictorial review. *Insights Imaging.* 2021 Oct 30;12(1):153. doi: 10.1186/s13244-021-01095-2.
3. Ходжибаев А.М., Эрметов А.Т., Кобилов М.О., Султонов Ш.У. Кистозная гипоплазия верхней доли правого легкого. *Вестник экстренной медицины.* 2021;1:51-57.
4. Чепурной Г.И., Кацупеев В.Б., Чепурной Михаил Геннадьевич, Карагезян Р.Л., Лейга А.В., Матвеев О.Л., Печкуров С.А. Хирургическое лечение кистозно-аденоматозной мальформации лёгких у детей. *Детская хирургия.* 2018;3:135-137.
5. Newman B. Magnetic resonance imaging for congenital lung malformations. *Pediatr Radiol.* 2022 Feb;52(2):312-322. doi: 10.1007/s00247-021-05018-7.
6. Яковлев Е.И., Евсеева Г.П., Пичугина С.В., Гандуров С.Г., Книжникова Е.В., Козлов В.К., Супрун С.В., Галянт О.И., Ракицкая Е.В., Лебедько О.А. Эпидемиологические аспекты врожденных пороков развития бронхолегочной системы у детей Приамурья. *Бюллетень физиологии и патологии дыхания.* 2019;74:70-77.

Автор корреспонденции:

Ганиева Дурдона Камоловна – Доцент Ташкентского педиатрического медицинского института.
E-mail: durdona.ganieva.63@mail.ru

УДК: 616.288.1-007.271-053.1:537.868-089

TASHQI ESHITUV YO'LI TUG'MA ATREZIYALI BO'LGAN BEMORLARNI JARROHLIK AMALIYOTIDA ELEKTROMAGNIT NAVIGATSIYA TIZIMINING AHAMIYATI

SH.B. Gulyamov, B.B. Mukumov, N.N. Shoazizov, T.A. Muzaffarov
Bolalar Milliy Tibbiyot Markazi, Toshkent, Uzbekistan

Mavzuning dolzarbligi

Otojarrohlikda elektromagnit navigatsiya tizimi, neyromonitoringdan foydalanishning dolzarbligi tashqi eshituv yo'li tug'ma atreziyasini chakka suyakning murakkab anatomiyasi bilan bog'liq bo'lib, hayotiy tuzilmalar (yuz nervi kanali, ichki uyqu arteriyasi, ichki bo'yinturug' venasini, o'rta va orqa miya chuqurchalari chegaralari) atipik joylashgan bo'ladi. Jarrohlik amaliyot paytida jarrohlarning ko'p vaqtlari, sa'y-harakatlari atipik rivojlangan chakka suyak anatomiyasini, patologik jarayonlar yoki ilgari o'tkazilgan jarrohlik amaliyotlar tufayli chakka suyakning normal anatomiyasidagi buzilishlari, o'rta quloqning muhim tuzilmalarini aniqlashga sarflanadi. Biz 6 yoshdan 18 yoshgacha bo'lgan 20 nafar bir va ikki tomonlama tashqi eshituv yo'li tug'ma atreziyasi bor bemor bolalarni tekshiruvlardan o'tkazildi. Bir vaqtning o'zida tashqi eshituv yo'li atreziyasini bartaraf etilib va timpanoplastika jarrohlik amaliyoti bajarildi. 10 nafar bemor elektromagnit navigatsiya tizimidan foydalanib, 10 nafar bemor elektromagnit navigatsiya tizimidan foydalanmasdan jarrohlik amaliyoti o'tkazildi va ularni qiyosiy tahlil qilindi.

Kalit so'zlar: tashqi eshituv yo'li atreziyasi, timpanoplastika, elektromagnit navigatsiya tizimi.

IMPORTANCE OF ELECTROMAGNETIC NAVIGATION SYSTEM IN SURGICAL PRACTICE OF PATIENTS WITH CONGENITAL ATRESIA OF THE EXTERNAL AUDITORY CANAL

SH.B. Gulyamov, B.B. Mukumov, N.N. Shoazizov, T.A. Muzaffarov
National Children's Medical Center, Tashkent, Uzbekistan

Abstract

The relevance of using the electromagnetic navigation system, neuromonitoring in autosurgery is due to the fact that congenital atresia of the external auditory canal is associated with the complex anatomy of the temporal bone, vital structures (facial nerve canal, internal carotid artery, internal jugular vein, middle and borders of the spinal cord) will be located atypically. During surgery, most of the time and efforts of surgeons are spent on examining the important structures of the middle ear due to atypically developed temporal bone anatomy, pathological processes or changes in the normal anatomy of the temporal bone due to previous surgical procedures. We examined 20 children aged 6 to 18 years with unilateral and bilateral congenital atresia of the external auditory canal. At the same time, atresia of the external auditory canal was removed and tympanoplasty surgery was performed. 10 patients underwent surgery using the electromagnetic navigation system and 10 patients without the use of the electromagnetic navigation system, and a comparative analysis was performed.

Keywords: external auditory canal atresia, tympanoplasty, electromagnetic navigation system.

So'nggi uch o'n yillikda texnologiyaning rivojlanishi tibbiyotning ko'plab sohalarida metotika sezilarli darajada o'zgardi. Jarrohlikda zamonaviy navigatsiya tizimlaridan foydalanish tibbiyotda qo'llaniladigan texnologik imkoniyatlarning yorqin misolidir. Shuningdek, kompyuter yordami otorinolaringologiya, neyrojarrohlik, oftalmologiya va yuz- jag' jarrohlik amaliyotlarida faol qo'llanilib kelinmoqda.

Otojarrohlikda navigatsiya tizimidan foydalanganda manipulyatsiyalar aniqroq, kamroq invaziv jarrohlik va ayniqsa, "elektromagnit navigatsiya tizimidan" dan foydalanish zarurati

quloqning anomal rivojlanishlarida chakka suyakning tuzilmalarini aniqlashda yordam beradi [1].

Kompyuter tizimlari jarrohlarga bemorning jarrohlik amaliyotdan oldingi kompyuter tomografiya tasvir etib, jarrohlik amaliyotda ishlash qiyin bo'lgan joylarni aniqlash imkonini berdi. Bunday tizimlar quloq patologiyasini jarrohlik davolashda keng qo'llanila boshlandi [3].

Elektromagnit navigatsiya tizimidan foydalanish jarrohlik amaliyotning asoratlari sonini va bemorlarning shifoxonada uzoq muddatda davolanishini sezilarli darajada kamaytiradi [2].

Tashqi eshituv yo'li tug'ma arteziyasi bo'lgan bemorlarda hatto eng tajribali jarrohlr ham anatomik tuzilmalarni aniqlashda qiyinchiliklarga duch keladi [2,5].

Navigatsiya tizimini aniqligini ta'minlagan holda sozlash imkonini beruvchi doimiy suyak belgilari mavjud. Muhim anatomik tuzilmalar orasidagi masofa millimetrdan o'lchanadigan chakka suyak kabi murakkab maydonga qo'llanilganda navigatsiya alohida ahamiyatga ega. Chakka suyak navigatsiya tasvirlarini ishlatish uchun ideal maydondir, chunki uning suyak tuzilishi oldingi va o'zgarishni istisno qiladi [6].

Kompyuter yordamida navigatsiya tizimidan foydalanish chakka suyakda, shu jumladan tashqi eshituv yo'li tug'ma arteziyasini bartaraf etish paytida jarrohlik amaliyotning bosqichlarini batafsil rejalashtirish va uning yo'nalishini nazorat qilish, intraoperatsion qon yo'qotish hajmini kamaytirish, mumkin bo'lgan jarrohlik xatolar va asoratlarni kamaytirish imkonini beradi [8].

Bizning amaliyotimizda TEYTA bemorlarni yoshga qarab 4 guruhga bo'lib o'rganildi.

1. 6 yoshdan 8 yoshgacha bo'lgan bemorlar.
2. 8 yoshdan 11 yoshgacha bo'lgan bemorlar.
3. 12 yoshdan 16 yoshgacha bo'lgan bemorlar.
4. 16 yoshdan 18 yoshgacha va undan ortiq yosh bo'lgan bemorlar.

Ushbu tadqiqotning maqsadi tashqi eshituv yo'li tug'ma arteziyasi bo'lgan bemorlarni elektromagnit navigatsiya tizimidan foydalangan holda jarrohlik amaliyotning samaradorligini va sifatini oshirish.

Materiallar va usullar.

2020 yildan 2022 yilgacha bo'lgan davrda Bolalar Milliy Tibbiyot Markazida 20 nafar TEYTA bilan og'rigangan bemorlarga jarrohlik amaliyoti o'tkazildi. Bemorlarni yoshga qarab asosan 4 guruhga bo'lib o'rganildi (1-jadval).

1-jadval

Yoshiga qarab	Jami	Bir tomonlama TEYTA bemorlar		Ikka tomonlamali TEYTA bemorlar
		O'ng tomonlama	Chap tomonlama	
6 yoshdan 8 yoshgacha	8	3	4	1
8 yoshdan 11 yoshgacha bo'lgan bemorlar	4	2	2	0
12 yoshdan 16 yoshgacha bo'lgan bemorlar	6	2	3	1
16 yoshdan 18 yoshgacha va undan ortiq yosh bo'lgan bemorlar	2	1	1	0

Jadvaldan ko'rinib turibdiki, 20 ta bemorlarni taqsimlaganda bir tomonlama TEYTA si bo'lgan bemorlar 18 ta tashkil etadi, shulardan 6 yoshdan 8 yoshgacha bo'lgan bemorlar 7 tani; 8 yoshdan 11 yoshgacha bo'lgan bemorlar 4 tani; 12 yoshdan 16 yoshgacha bo'lgan bemorlar 5 tani; 16 yoshdan 18 yoshgacha bo'lgan bemorlar 2 tani tashkil qildi. Ikki tomonlama TEYTA si bo'lgan bemorlar 2 tani tashkil qildi.

Bemorlarni 10 nafar bemor elektromagnit navigatsiya tizimidan foydalanib, 10 nafar bemor elektromagnit navigatsiya tizimidan foydalanmasdan jarrohlik amaliyoti o'tkazildi va qiyosiy tahlil qilindi.

Elektromagnit navigatsiya tizimining afzalliklari.

- jarrohlik amaliyotning vaqtini keskin qisqarishi;
- jarrohni jarrohlik maydonida erkin harakatlanishi;

- tez va aniqlik bilan chakka suyak anatomik strukturasini aniqlanishi;
- jarrohlik amaliyot vaqtida va jarrohlik amaliyotdan keyingi asoratlarni keskin kamayishi;
- bemorlarning shifoxonada qolish muddatini sezilarli darajada kamaytirishi;

Xulosa

TEYTA bo'lgan bemorlarda zamonaviy kompyuter navigatsiya tizimlari, neyromonitoring apparatlaridan foydalanib, jarrohlik amaliyotning samaradorligini yanada oshirish muhim kasb etadi. Uzoq muddatli natijalar va TEYTA bo'lgan bemorlarni jarrohlik amaliyot uslubiy mezonlarni yanadan kuchaytirish, taktik yondashuvlarni takomillashtirish ulug'vor bir vazifa hisoblanadi.

Adabiyot

1. Diab H.M. O'rta quloqning rivojlanishidagi anomaliya bilan birgalikda tashqi eshitish kanalining arteziyasini jarrohlik

1. davolash usuli. Rus torinolarologiyasi. 2011; 5 (54): 41-46. [Diab H.M. Meatus acusticus tashqi konjenital arteziyasi

- bo'lgan hollarda jarrohlik texnikasi. RossiyskayaOtorinolaringologiya. 2011; 5 (54): 41-46 (rus tilida)].
2. Ishimoto S., Ito K., Yamasoba T. va boshqalar. Mikrotiya va temporal suyak malformatsiyasi o'rtasidagi bog'liqlik baholash tizimi yordamida baholanadi. Otorinolaringologiya arxivlari - bosh va bo'yin jarrohligi. 2005; 131 (4): 326-329.
 3. El-Begermi M.A., Mansur O.L., El-Maxzangiy A.M.N. va boshqalar. Ongenital eshitish go'shti atreziyasi: raqamli qayta ko'rib chiqish. Evropa oto-rino-laringologiya arxivi. 2009; 266 (4): 501-506.
 4. Al-Qahtani K., Aleisa M., Albader A. va boshqalar. Tashqi eshitish kanalining atreziyasi: suyakka mahkamlangan eshitish moslamasi bilan solishtirganda jarrohlik tuzatish. JofTaibah universiteti tibbiyot fanlari. 2014; 9 (4): 307-310.
 5. Caleb J. Fan*, Vivian F. Kaul, Kevin Wong, Aparna Govindan, Zachary G. Schwam, Maura K. Cosetti. Intraoperative navigation during atresioplasty for congenital aural atresia.
 6. Siegert R., Weerda H., Remmert S. Aurikulaning embriologiyasi va jarrohlik anatomiyasi. FacialPlastSurg. 1994; 10 (3): 232-243.
 7. Milesheina N.A., Osipenkov S.S., Tavartkiladze G.A. Tashqi va o'rta quloqning tug'ma nuqsonlari bo'lgan bemorlarni boshqarish algoritmi. Vestnikotorinolaringologiya. 2018; 83 (4): 51-55. [Milesheina N.A., Osipenkov S.S., Tavartkiladze G.A. Tashqi va o'rta quloqning tug'ma nuqsonlari bo'lgan bemorlarni davolash. Vestnikotorinolaringologiya. 2018; 83 (4): 51-55 (rus tilida)].
 8. Kasale G., Nikolay B.D., Kesser, B.V. Tug'ma eshitish atreziyasi / stenozida orttirilgan quloq kanali xolesteatoma. Otologiya va nevrotologiya. 2014; 35 (8): 1474-1479.
 9. Yamane H., Takayama M., Sunami K. va boshqalar. Konjenital quloq stenozida xolesteatomani e'tiborsiz qoldirish. ActaOto-laringologica. 2007; 127 (2): 221-224.
 10. Koul R.R., Jahrsdoerfer R.A. Tug'ma quloq stenozida xolesteatoma xavfi. Laringoskop. 1990; 100 (6): 576-578.
 11. Linder T.E., Shah S., Marta A.S. va boshqalar. "ChOLE" tasnifi bilan tanishish va uni xolesteatoma bosqichlari uchun EAONO / JOS konsensus tasnifi bilan taqqoslash. Otologiya va nevrotologiya. 2018; 40 (1): 63-72.

Автор-корреспондент:

Мукумов Ботирбек Бахтиёрович

E-mail:botirbek_bahtiyorovich@mail.ru

УДК: 616.12-007.1-053.1

ПРЕИМУЩЕСТВА УШИВАНИЯ ГРУДИНЫ ПОСЛЕ КАРДИОТОРАКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПО EDMUNDS L. HENRY ET AL. (1990) В МОДИФИКАЦИИ КАРДИОХИРУРГА МАДИЕВА Р.З. (2005)

Мадиев Р.З., Ишбуриев Н.Р., Бобокулов Х.Х.

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии, Термез, Узбекистан

С целью изучения вопросов стерноррафии проведены ретроспективные исследования у 40 детей раннего возраста (до 1 года), перенесших операции по поводу тимом и различных вариантов ДМЖП, осложненных высокой легочной гипертензией в условиях “открытого сердца” в период с 2005 по 2011 годов.

Больные дети разделены на 2 группы. В первой контрольной группе (n=20) фиксация грудины произведена по традиционной “проволочной” методике с использованием танталовых проволочных нитей соответствующего размера с атравматическими иглами. В отдаленном послеоперационном периоде у 4-х пациентов произведены рестернотомии и последующие рефиксации грудины по методике Edmunds L. Henry et al. [4] в модификации кардиохирурга Мадиева Р.З. (2005). Во второй основной группе, всем больным (n=20) стерноррафия осуществлялась по методике по Edmunds L. Henry et al. [4] в модификации кардиохирурга Мадиева Р.З. (2005). Из них, 3 детей оперированы по поводу тимом, остальные 17 – по поводу различных вариантов ДМЖП, осложненных высокой легочной гипертензией. Шовным материалом служил нерассасывающийся этибонд 2/0 с атравматическими иглами. В модифицированном варианте метода, вместо танталовых швов используется нерассасывающийся этибонд 2/0 с атравматическими иглами, а швы накладываются более часто в количестве 3-4. Это позволяет надежно фиксировать грудину и уменьшить вероятность прорезывания швов.

Ключевые слова: дети раннего возраста, тимомы, ДМЖП, высокая легочная гипертензия, стерноррафия по Edmunds L. Henry et al. в модификации кардиохирурга Р.З. Мадиева.

ADVANTAGES OF STUFFING OF THE STERNUM AFTER CARDIO-THORACIAL SURGERY IN EDMUNDS L. HENRY ET AL. (1990) MODIFIED BY THE CARDIAC SURGEON MADIEVA R.Z. (2005)

Madiev R.Z., Ishburiev N.R., Bobokulov H.Kh.

Termez branch of the Tashkent Medical Academy, Termez, Uzbekistan

In order to study the issues of sternorrhaphy, retrospective studies were carried out in 40 infants (under 1 year of age) who underwent surgery for thymoma and various variants of VSD complicated by high pulmonary hypertension under open heart conditions in the period from 2005 to 2011.

Sick children are divided into 2 groups. In the first control group (n=20), fixation of the sternum was performed according to the traditional “wire” technique using tantalum wire threads of the appropriate size with atraumatic needles. In the late postoperative period, 4 patients underwent resternotomy and subsequent refixation of the sternum according to the method of Edmunds L. Henry et al. [4] modified by cardiac surgeon Madiev R.Z. (2005). In the second main group, all patients (n=20) underwent sternorrhaphy according to the method of Edmunds L. Henry et al. [4] modified by cardiac surgeon Madiev R.Z. (2005). Of these, 3 children were operated on for thymoma, the remaining 17 for various types of VSD complicated by high pulmonary hypertension. Non-absorbable etibond 2/0 with atraumatic needles served as suture material. In a modified version of the method, non-absorbable 2/0 etibond with atraumatic needles is used instead of tantalum sutures, and sutures are applied more often in the amount of 3-4. This allows you to securely fix the sternum and reduce the likelihood of suture eruption.

Key words: young children, thymomas, VSD, high pulmonary hypertension, sternorrhaphy according to Edmunds L. Henry et al. modified by cardiac surgeon R.Z. Madiev.

Актуальность

Грудина является губчатой плоской костью, состоящей из трех отделов – рукоятки, тела и мечевидного отростка. У новорожденного части грудины построены из хряща, в

котором находятся ядра окостенения. Окостенение грудины и её формирование происходят чрезвычайно медленно и эти процессы завершаются очень поздно – в среднем к 30 годам жизни. Срединная продольная

стернотомия является основным доступом во время операций на сердце у кардиохирургических больных и органах переднего средостения у торакальных больных, в том числе у детей раннего возраста. После ушивания грудины в послеоперационном периоде может возникнуть нестабильность этой кости, что является наиболее частым осложнением стернотомии. Непосредственными причинами этого осложнения у детей раннего возраста в основном служит частичное или полное прорезывание грудины фиксирующим элементом – металлическим швом. Нестабильность грудины вызывает довольно сильный болевой синдром в послеоперационном периоде у детей и тем самым вызывает беспокойства ребенка и гемодинамические нарушения. В дальнейшем это состояние спровоцирует поверхностную раневую инфекцию, незакрытие и смещение костных краев грудины с развитием стернальной дигисценции, стерномедиастинита, остеомиелита грудины, а также глубоких стернальных инфекций. Эти осложнения вынуждают выполнять повторные хирургические манипуляции, увеличивают сроки госпитализации больных и повышают летальность [1,2,3].

Цель исследования

Показать преимущества метода фиксации грудины по Edmunds L. Henry et al. [4] в модификации кардиохирурга Мадиева Р.З. (2005) у больных детей раннего возраста с кардиоторакальной патологией.

Материал и методы

Проведены ретроспективные исследования у 40 больных детей раннего возраста, перенесших операции по поводу тимом (3 детей) и различных вариантов Дефекта межжелудочковой перегородки (ДМЖП), осложненных высокой легочной гипертензией с использованием искусственного кровообращения и фармако-холодовой кардиоплегии (37 детей). Во время операции у всех больных произведены срединные продольные стернотомии с использованием пилы “Джигли”. Хирургический гемостаз рассеченных поверхностей грудины осуществлен тонким слоем медицинского воска. Все дети были раннего возраста (до 1 года). Больные дети разделены на 2 группы.

В первую контрольную группу (n=20) вошли те больные, у которых фиксация грудины произведена по обычной традиционной “проволочной” методике. Использованы танталовые проволочные нити соответствующего размера для детей раннего возраста с атравматическими иглами. В отдаленном послеоперационном периоде у 4-х пациентов этой группы произведены рестернотомии и последующие рефиксации грудины по методике Edmunds L. Henry et al. (1990) в модификации кардиохирурга Мадиева Р.З. (2005). Больные оперированы в отделениях кардиохирургии ТашПМИ в период с 2005 по 2010 годов (n=2) и Самаркандского филиала детской хирургии РСНПМЦ в 2011 году (n=2) кардиохирургом Р.З. Мадиевым.

Во второй основной группе больных (n=20) фиксация грудины осуществлялась по методике Edmunds L. Henry et al. [4] в модификации кардиохирурга Мадиева Р.З. (2005). Из них, 3 больных детей оперированы по поводу тимом,

остальные 17 – по поводу различных вариантов ДМЖП, осложненных высокой легочной гипертензией. Шовным материалом служил нерассасывающийся этибонд 2/0 с атравматическими иглами. Больные (n=20) оперированы в клинике ТашПМИ в период с 2005 по 2010 годов.

Сущность стернотомии по Edmunds L. Henry et al. (1990) в модификации кардиохирурга Мадиева Р.З. (2005) заключается в применении в качестве шовного материала нерассасывающегося этибонда 2/0 с атравматическими иглами вместо металлических швов с их относительно частым (3-4) наложением. Методика фиксации грудины по Edmunds L. Henry et al. (1990) в модификации кардиохирурга Мадиева Р.З. (2005) осуществляется следующим образом. Первый верхний узловый шов на края грудины накладывается в области рукоятки на достаточном удалении от её краев. Следующие швы по Эдмунс (n = 3-4) накладываются таким образом, что вкол и выкол иглы сначала делается параллельно вдоль одного из краев грудины, на достаточном удалении от неё. Далее, напротив области выкола – на противоположном краю грудины делается вкол и выкол иглы. Швы накладываются до мечевидного отростка. Последним швом является узловый шов на мечевидный отросток. После наложения всех швов приступают к завязыванию узлов, начиная с верхнего шва. Таким образом, в каждом узле по Edmunds L. Henry et al. [4] в модификации кардиохирурга Мадиева Р.З. (2005) грудина стягивается и прочно фиксируется двумя нитями спереди от неё.

Результаты исследования

Профилактика нестабильности грудины является важным моментом заключительного этапа операции, которая обеспечивает благоприятное течение послеоперационного периода. По нашему мнению, имеются как минимум несколько факторов, способствующих развитию нестабильности грудины. Во-первых, позднее окостенение грудины у детей (объективный фактор). Во-вторых, беспокойное поведение ребенка в послеоперационном периоде, несмотря на адекватное обезболивание (субъективный фактор). В-третьих, неадекватное обезболивание (объективный фактор). В-четвертых, усиление уровня послеоперационной боли из-за нестабильности грудины и наоборот, нарастание нестабильности грудины из-за болевого раздражения (порочный круг). В-пятых, гиперактивность оперированного ребенка на фоне психомоторного возбуждения в послеоперационном периоде. В-шестых, имеет влияние толщина слоя воска, использованного для гемостаза грудины.

Признаками нестабильности грудины являются: некупируемая анестетиками послеоперационная боль; чувство пощелкивания грудины; крепитация грудины при пальпации; баллотация грудины; деформация передней грудной стенки.

Существуют разные методики фиксации грудины: фиксация стальной проволокой, нитиноловыми скобами, пластиковыми фиксаторами типа “хомут”. Но есть еще один

эффективный, неприменяемый на практике детской кардиохирургии в Узбекистане метод фиксации грудины

(рис. №1 с описанием метода) – метод по Edmunds L. Henry et al. [4].

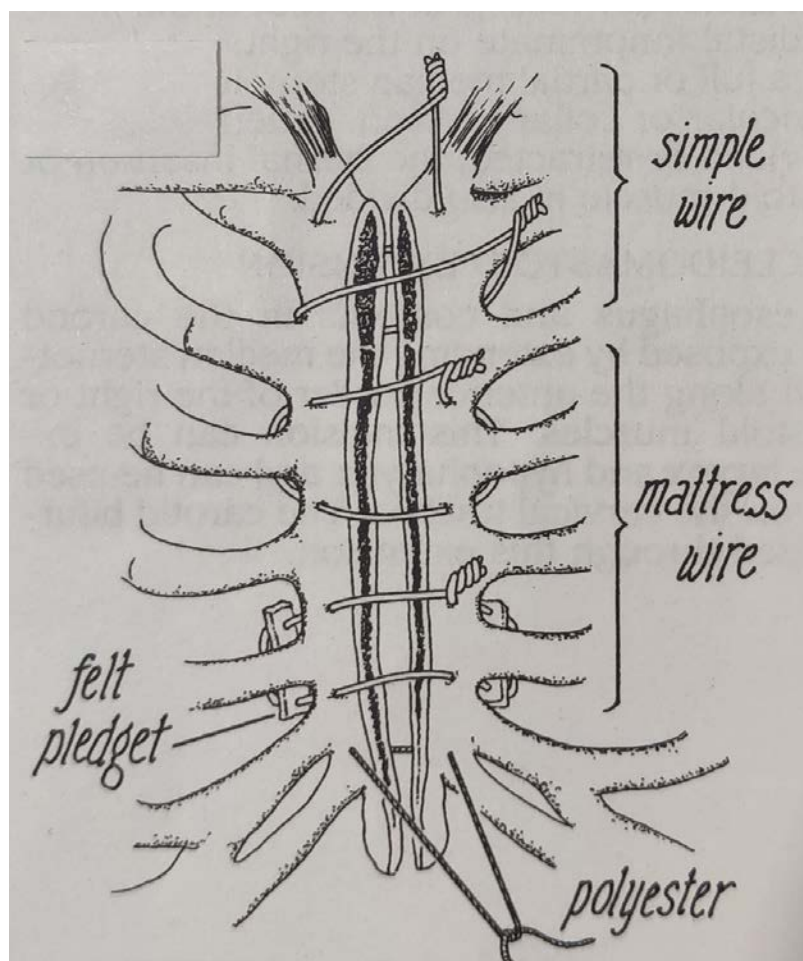


Рис. 1. Методика Edmunds L. Henry et al. (1990) и её описание.

Для закрытия два края грудины обычно сближают с помощью проволоки из нержавеющей стали № 6, пропущенной вокруг или через кость. Проволока скручивается, чтобы плотно сблизить два края. Используется комбинация простых или матрацных проволоочных швов. Обычно на рукоятку и верхнюю часть тела накладывают два простых проволоочных шва. На среднюю часть тела накладывают два матрацных шва; один или два простых шва используются в нижней части тела. В редких случаях, если грудина подвержена остеопорозу и рыхлая, используются вкладыши из тефлонового войлока, как показано на рисунке, чтобы уменьшить вероятность прорезывания проволоки через кость и реберный хрящ.

Этот метод нами модифицирован: вместо танталовых швов, в качестве шовного материала мы использовали нерассасывающийся этибонд 2/0 с атравматическими иглами и накладывали их более часто в количестве 3-4.

Все дети в послеоперационном периоде получали стандартную терапию, а также препараты кальция и селена в возрастных дозировках в течение месяца. Результаты фиксации грудины оценивали в ближайшие и отдаленные

сроки после операции – до выписки пациентов из стационара, а также через 1 и 3 месяца после операции. Результаты оценивали клинически, отдельно “пальпаторно”, с помощью УЗИ и рентгенографическим методом в 2-х проекциях. В основной группе, у всех больных наблюдалась прочная фиксация и консолидация грудины. В контрольной группе у 4-х больных была диагностирована нестабильность грудины, что потребовало рефиксацию последней. Всем им, при повторных операциях, стернорafia осуществлялась по методике Edmunds L. Henry et al. [4] в модификации кардиохирурга Мадиева Р.З. (2005). Шовным материалом служил этибонд 2/0 с атравматическими иглами. Повторные фиксации грудины проводили в кратчайшие сроки после обнаружения осложнения – в фазе асептической несостоятельности швов грудины. Случаев нагноения стернотомной раны и стерномедиастинита не наблюдали. Таким образом, стернорafia по методике Edmunds L. Henry et al. [4] в модификации кардиохирурга Мадиева Р.З. (2005) была произведена у 24 больных детей раннего возраста. Случаев летальности в обеих группах не было.

Преимуществом использования рекомендуемого метода является и то, что в отдаленном периоде не возникают проблемы, которые могут наблюдаться при использовании традиционного метода (воздействие металлических узлов на кожу с развитием локального воспаления кожи и прорезывания их наружу, требующее хирургического вмешательства).

Выводы

Стернорafia по методике по Edmunds L. Henry et al. (1990) в модификации кардиохирурга Мадиева Р.З. (2005) позволяет прочно фиксировать грудину, следовательно,

является надежным методом профилактики нестабильности грудины, нагноения стернотомной раны, стерномедиастинита, глубоких стернальных инфекций и летальных осложнений. Стернорafia по по Edmunds L. Henry et al. (1990) в модификации кардиохирурга Мадиева Р.З. (2005) способствует благоприятному течению послеоперационного периода, сокращает сроки реабилитации после операций на сердце, улучшает качество жизни больных детей раннего возраста.

Литература

1. Чарчян Э.Р., Степаненко А.Б., Генс А.П., Скворцов А.А., Галеев Н.А. Влияние методики фиксации грудины после кардиохирургических операций на выраженность болевого синдрома. Клиническая и экспериментальная хирургия. Журнал имени академика Б.В.Петровского. 2016;3:65-73.
2. Павлюченко С.В., Жданов А.И., Попов К.В. Современные подходы к хирургическому лечению послеоперационного стерномедиастинита. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2019;61(4):299-308.
3. Бокерия Л.А., Абдулгасанов Р.А., Шогенов М.А., Абдулгасанова М.Р. Стерномедиастинит: современные методы диагностики и лечения. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2021;63(1):7-19.
4. Edmunds L. Henry, Norwood William I., Low David W. Atlas of Cardiothoracic Surgery. 1990;287:3.

Автор-корреспондент:

Мадиев Рустам Заирович – к.м.н., Зав. Кафедрой «Хирургические болезни и ВОП хирургия».

E-mail: rustam-madiev@mail.ru

УДК:616.284-036.12:612.013

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ

Ф.Б. Нурмухамедова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Введение

Качество жизни – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии. Для того чтобы определить успешность хирургического вмешательства, необходимо учитывать как объективно измеряемые параметры так и степень повышения качества жизни пациента.

Цель исследования

Провести сравнительный анализ состояния здоровья пациентов, страдающих различными формами хронического среднего отита.

Материалы и методы

Было изучено 112 пациентов, которые были прооперированы по поводу хронического гнойного среднего отита (ХГСО) в период с января 2019 года по сентябрь 2022 на базе Ташкентского педиатрического медицинского института кафедры оториноларингологии, детской оториноларингологии и стоматологии в отношении их предоперационных и интраоперационных характеристик. Пациентам были проведены общеклинические, оториноларингологические, лучевые (МСКТ височной кости) и аудиологические методы исследования. Анкетирование проводилось до и после хирургического лечения.

Результаты

Показатели качества жизни достоверно не различаются для форм хронического гнойного среднего отита. Было вычислено соотношение пациентов с различными вариантами течения ХГСО, по опроснику COMOT-15 до операции: пациенты с мезотимпанитом – 32 (37,42±5,2), с эптитимпанитом – 37 (46,61±6,2), с тимпаносклерозом – 27 (43,45±4,7), и после радикальной операции – 20 (54,2±6,1). Результат показал отсутствие статистически значимой разницы между 1, 2 и 3 подгруппами ($P>0,05$) и достоверную разницу с 4 подгруппой пациентов. Это подтверждает разное отношение к болезни врача и пациента.

Заключение

Пациент оценивает болезнь с позиции снижения качества жизни и доставленного неудобства. Полученный результат демонстрирует тот факт, что при разной степени органического поражения уровень качества жизни, определяемый самим пациентом, снижается одинаково.

QUALITY OF LIFE PARAMETERS IN PATIENTS WITH CHRONIC OTITIS MEDIA

F.B. Nurmuhamedova

Tashkent Pediatric Medical Institute

Introduction

Quality of life is the integral characteristics of the physical, psychological, emotional and social functioning of the patient, based on its subjective perception. In order to determine the success of surgical intervention, it is necessary as an improvement in objectively measured parameters as well as the addition to their improvement in the quality of the patient's life.

Aim of the study

To conduct a comparative analysis of the health of patients suffering from various forms of chronic otitis.

Materials and methods

In our study participated 112 patients who were operated on for chronic suppurative otitis media (CSOM) from January 2019 to September 2022 on the basis of the Tashkent Pediatric Medical Institute of the Department of Otorhinolaryngology, Children's Othenolaryngology and Dentistry regarding their preoperative and intraoperative characteristics. Patients were carried out generally crynical, otorhinolaryngological, radiation and audiological research methods. The questionnaire was carried out before and after surgical treatment.

Results

The quality indicators of life do not significantly differ for forms of chronic chronic suppurative otitis media (CSOM). The ratio of patients with various variants of the CSOM, according to the COMOT-15 questionnaire to surgery was calculated: patients

with mesotympanitis-32 (37.42 ± 5.2), with epitympanitis-37 (46.61 ± 6.2), with tympanosclerosis- 27 (43.45 ± 4.7), and after a radical operation - 20 (54.2 ± 6.1). The result showed the absence of a statistically significant difference between 1.2 and 3 subgroups ($P > 0.05$) and a reliable difference with 4 subgroup patients. This confirms a different attitude to the disease of the doctor and the patient.

Conclusion

The patient evaluates the disease from the standpoint of reducing the quality of life and the inconvenience delivered. The result is demonstrated by the fact that, with varying degrees of organic lesion, the level of quality of life, determined by the patient himself, is reduced the same.

Key words: chronic otitis media, quality of life, tympanoplasty, surgical treatment, sanitating operations

Несмотря на внедрение и развитие новых медицинских технологий, а также использование современных лечебно-диагностических методов, воспалительные заболевания среднего уха до сих пор остаются значимой проблемой в оториноларингологии во всем мире [1,2]. Качество жизни (КЖ) человека, являясь комплексной характеристикой физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанной на его субъективном восприятии, в медицинском понимании термина всегда связано со здоровьем. Инструментами оценки качества жизни связанные со здоровьем человека являются различного рода опросники, как общие так и специфические, которые разрабатываются экспертами ведущих мировых клинических центров в соответствии с принципами доказательной медицины и требованиями Good Clinical Practice (GCP), – позволяют количественно оценить это субъективное понятие, а значит, и расширить представление врача о состоянии больного в целом [4]. Общие опросники направлены на оценку здоровья населения в целом, независимо от патологии, а специфические – при конкретных заболеваниях. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем отражает вклад болезни в снижение качества жизни со слов самого пациента. Такая оценка помогает выявить приоритетность жалоб пациента [9] и оценить их ожидания от лечения [5].

Хронический гнойный средний отит характеризуется по клиническим симптомам снижением или потерей остроты слуха, отореей, заложенностью, шумом и болью в ушах, головными болями. Но, кроме этого, пациентов также беспокоит ограничение способности общаться из-за снижения или потери слуха, а это в свою очередь вызывает депрессию, беспокойство и социальную изоляцию [8]. Это состояние приводит к снижению качества жизни, связанного со здоровьем как с физическим, функциональным, социальным, психологическим так и с семейным [6,7].

Чтобы продемонстрировать это, мы использовали проверенный опросник COMOT-15, специально разработанный для оценки качества жизни при хронических гнойных отитах. Опросник был ранее изучен и одобрен [3].

Данное исследование проводилось с января 2019 по январь 2022 года на клинических базах кафедры “Оториноларингологии, детской оториноларингологии и детской стоматологии” Ташкентского педиатрического медицинского института. Все участники исследования были проинформированы и дали согласие на проведение анкетирования. В группу исследования входили: участники старше 18 лет, а

также лица которые имели возможность заполнять бланки. Были исключены: участники младше 18 лет, лица, у которых отсутствует возможность заполнять бланки, лица с наличием психических, хронических, системных заболеваний, а также отказавшиеся от участия в исследовании.

Цель исследования

Оценить показатели качества жизни пациентов при ХГСО путем изучения клинических и аудиологических показателей до проведения хирургического лечения.

Материал и методы

Пациентам были проведены общеклинические, оториноларингологические, лучевые (МСКТ височной кости) и аудиологические исследования.

Все участники заполнили опросник COMOT-15 [3]. Все участники исследования были проинформированы и дали согласие на проведение анкетирования. Опросник включает в себя 16 вопросов, которые подразделены на 3 основные группы: 1-я группа вопросов включает в себя вопросы по оценке ушных симптомов (ES-ears symptoms); 2-ая группа вопросов оценивает слуховую функцию пациента (HF-hearing function) и 3-я группа - это вопросы, оценивающие психологическое состояние пациентов (MH-mental health). При сложении всех трех групп полученный результат определяет качество жизни пациентов ($ES+HF+MH=OS$). Каждый вопрос был оценен по 5-бальной шкале.

Обследование включало детальное изучение анамнеза, отоскопии, всем пациентам были проведены клинические, это эндоскопическая и микроскопическая оценка состояния ЛОР органов, а также, аудиологические исследования, которые включали в себя тональную пороговую аудиограмму с измерением воздушно-костного интервала в обоих ушах. Тональная аудиометрия проводилась на одном и том же аппарате одним аудиологом в звукоизолированном кабинете для оценки слуха. Среднее значение было измерено в дБ и рассчитывалось по показателям воздушной проходимости при 500 Гц, 1000 Гц, 2000 Гц и 4000 Гц. При определении снижения остроты слуха, мы использовали классификацию ВОЗ.

Работа основана на результатах обследования 192 человек: 112 пациентов с диагнозом хронический средний отит, 30 пациентов с отосклерозом и 50 здоровых добровольцев. Подробная характеристика клинического материала и дизайна работы представлена ниже.

В исследовании участвовало 192 респондента, из них, 112 пациентов с ХГСО (основная группа), 30 пациентов с отосклерозом (сравнительная группа) и 50 здоровых (кон-

трольная группа). Средний возраст составил $39,14 \pm 8,2$ (от 18 до 65 лет).

В группу I вошло 112 пациентов. Средний возраст участников составил 40 (29;52) лет (от 18 до 84). Женщин – 51, мужчин – 61 (54,4% и 45,6% соответственно). Из них в I подгруппе – 32 пациента (28,5%), во II подгруппе – 37 пациентов (33,0%), в III подгруппе – 27 (24,1%), в IV подгруппе – 16 (14,3%).

Во II группу – вошли пациенты с отосклерозом. Для подтверждения специфичности опросника COMOT-15 для ХГСО была сформирована группа пациентов с хроническим заболеванием среднего уха – отосклерозом. Критерии включения: пациенты мужского и женского пола в возрасте старше 18 лет, у которых клинически диагностирован отосклероз; наличие письменного информированного согласия. Критерии не включения пациентов: наличие хронического среднего отита с перфорацией или холестеатомой, неспособность больного адекватно воспринять инструкции исследователя по процедуре исследования; имеющиеся признаки острого инфекционного заболевания. II группа включала 30 пациентов. Средний возраст 34 ± 9 лет (от 18 до 61). Распределение по полу: 25 женщин и 5 мужчин (83,3% и 16,7 % соответственно).

В III группу вошло 50 здоровых добровольцев. Средний возраст пациентов составил 34 ± 3 года (от 18 до 61), из них 28 женщин (56%) и 22 мужчин (44%). Контрольную группу сформировали из нормально слышащих лиц с порогами слуха в пределах до 15 дБ нПС и без соматической патологии для получения собственных данных, которым проводили те же аудиологические исследования, что и пациентам основной группы.

Основная группа пациентов была разделена на 4 подгруппы в соответствии по проведенным операциям. Пациенты с мезотимпанитом (1-я группа), пациенты с холестеатомой (2-я группа), пациенты с отосклерозом (3-я группа), а также пациенты после различных saniрующих операций (антромия, мастоидотомия, РО) (4-я группа).

Больные, согласно рекомендациям ВОЗ, были подразделены на следующие степени тугоухости: 1-ая степень – у 17(15,2%), у 60(53,5%) пациентов 2 степень, у 32 (28,5%) – 3 степень и у 3 (2,62%) 4 степень снижения остроты слуха.

С помощью опросника COMOT-15 мы изучили уровень качества жизни пациентов с хроническим гнойным средним отитом, которым было рекомендовано хирургическое лечение.

Непременным условием получения правильного результата является специфичность работы опросника в исследуемой группе. Поэтому мы сравнили результаты анкетирования среди пациентов с хроническим средним отитом (ос-

новная группа), пациентов с отосклерозом и здоровых добровольцев.

Результаты и обсуждения

При анкетировании пациентов в предоперационном периоде была выявлена степень тяжести основных проблем беспокоящих пациентов.

У всех опрошенных нами пациентов, независимо от нозологической формы заболевания, отмечено снижение качества жизни по сравнению со здоровыми лицами. Следует отметить, что медиана суммы общего балла опрошенных нами пациентов не зависела от их возраста, пола, а также характера анализируемой патологии уха. Сравнительный анализ качества жизни пациентов показал снижение качества жизни при любой форме ХГСО.

При анкетировании пациентов в предоперационном периоде была выявлена степень тяжести основных проблем беспокоящих пациентов.

У всех обследованных пациентов, независимо от формы заболевания, отмечено снижение качества жизни по сравнению со здоровыми лицами, для которых общий балл опросника составил до 5 баллов.

Было выявлено, что при оценке качества жизни по опроснику COMOT-15 в обеих группах качество жизни было оценено как низкое. Полученный общий балл основной группы оказался намного выше чем в группе сравнения, вследствие чего можно сделать вывод что при ХГСО качество жизни пациентов значительно ниже ($P < 0,001$). Следует отметить, что и у больных с отосклерозом также было выявлено снижение качества жизни, а также не имеющие достоверной разницы с основной группой некоторые вопросы. К ним можно отнести такие вопросы как шум в ушах, снижение слуха, проблемы с разборчивостью речи на расстоянии, проблемы взаимопонимания по причине снижения слуха, дискомфортное состояние по причине снижения слуха, чувство страха по причине болезни уха ($P > 0,05$).

Если же мы посмотрим на полученные баллы в разрезе 3-х групп вопросов опросника COMOT-15 (ES+HF+MH), то становится очевидным, что большое количество пациентов основной группы отмечали наибольшее влияние на качество жизни ко второй группе вопросов (HF), связанных с нарушениями функций слуха ($18,3 \pm 2,15$) и к третьей (MH) оценивающих психологическое состояние ($15,6 \pm 1,96$). Вопросы оценивающие ушные симптомы (ES), пациентами были отмечены как менее значимые по сравнению с остальными группами ($14,1 \pm 1,6$) (Таблица 1).

По всем 3 группам вопросов была выявлена достоверная разница в полученных баллах с сравнительной группой, что в очередной раз доказывает значительное влияние ХГСО на КЖ пациентов.

Таблица 1.

Сравнительная оценка КЖ по COMOT-15 при ХГСО и отосклерозе до хирургического лечения

COMOT-15	Основная группа (n=112)	Сравнительная группа (n=30)	P
Ушные симптомы (ES)			
Выделение из уха	4,3±0,64	0	p<0,001
Боль в ухе	2,0±0,5	0	p<0,001
Заложенность в ухе	4,1±0,45	0,2±0,06	p<0,001
Шум в ушах	1,5±0,95	2,0±0,5	p>0,05
Головные боли	2,2±0,56	0,1±0,67	p<0,05
ES	14,1±1,6	2,3±0,85	p<0,001
Функции слуха (HF)			
Снижение слуха	4,4±0,45	3,3±0,5	p>0,05
Проблемы с разборчивостью речи при расстоянии	3,1±0,66	1,9±0,55	p>0,05
Проблемы разборчивости речи в шумной обстановке	3,8±0,85	1,0±0,8	p<0,05
Проблемы разборчивости речи при групповом разговоре	3,8±0,8	1,7±0,6	p<0,05
Снижение слуха создает проблемы взаимопонимания	3,2±0,9	2,9±0,7	p>0,05
HF	18,3±2,15	10,8±1,27	p<0,01
Психологическое состояние (MH)			
Снижение слуха создает дискомфортное состояние	4,1±0,85	2,0±0,8	p>0,05
Чувство страха из-за болезни уха	1,9±0,8	0,7±0,55	p>0,05
Влияние всех оцененных болезней уха на качество жизни	2,6±1,1	0,2±0,15	p<0,05
Отметьте все ваши обращения по поводу болезни уха за 6 месяцев	3,4±0,6	0,2±0,2	p<0,001
Визиты к врачу в течении 6 месяцев из-за болезни уха	3,6±0,7	0,9±0,5	p<0,01
MH	15,6±1,96	3,8±1,46	p<0,001
Общий балл	48±4,1	12,1±3,5	p<0,001

Примечание: P- различия относительно данных группы до хирургического лечения ХГСО значимы (P<0,05, P<0,01, P<0,001).

При изучении данных симптомов у пациентов основной группы в разрезе 4 подгрупп, полученные результаты показали, что вид хронического гнойного среднего отита ни в коей мере не указывал на оценку качества жизни пациентов, что доказывают полученные данные которые не имели достоверных различий по отдельным вопросам между 1, 2 и 3 подгруппами (p>0,05). 4 подгруппа пациентов в которую входили пациенты после радикальной операции на ухе показали более низкое качество жизни по сравнению с остальными (P <0,05) (Таблица 2).

Когда пациенты основной группы были подразделены по степени тяжести снижения остроты слуха (легкая, средняя, тяжелая), их качество жизни не показало статистически значимых различий.

Результаты исследований, проведенных в дооперационном периоде, и продемонстрированные выше показали что, исследования качества жизни с помощью вопросника COMOT-15, являются дополняющим и корректирующим эта-

пом комплексной оценки состояния пациента с хроническим гнойным средним отитом. Показатели качества жизни достоверно не различаются для форм хронического гнойного среднего отита. Таким же образом мы вычислили соотношение пациентов с различными вариантами течения ХГСО, по опроснику COMOT-15 до операции: пациенты с мезотимпанитом – 32 (37,4±5,2), с эптитимпанитом – 37 (46,61±6,2), с тимпаносклерозом – 27 (43,45±4,7), и после радикальной операции – 20 (54,2±6,1). Результат показал отсутствие статистически значимой разницы между 1,2 и 3 подгруппами (P>0,05) и достоверную разницу с 4 подгруппой пациентов. Это подтверждает разное отношение к болезни врача и пациента.

Степень снижения слуха не указывает на уровень качества жизни пациентов. Опросник COMOT-15 способствует более детальному изучению симптомов беспокоящих пациентов и влияет на качество его жизни, что диктует хирургу обратить на это внимание.

Таблица 2.

Сравнительный анализ КЖ при различных формах ХГСО по опроснику COMOT-15 до хирургического лечения

COMOT-15	Основная группа до хирургического лечения			
	1 подгруппа (n=32)	2 подгруппа (n=37)	3 подгруппа (n=27)	4 подгруппа (n=20)
Ушные симптомы				
Выделение из уха	2,8±0,66	4,8±0,64	4,0±0,64	5,3±0,64**
Боль в ухе	1,1±0,85	2,4±0,6	2,0±0,5	2,1±0,5
Заложенность в ухе	3,4±0,78	3,6±0,7	4,1±0,5	4,7±0,43
Шум в ушах	0,8±0,45	1,5±0,55	2,3±0,75	1,7±0,95
Головные боли	0,7±0,3	3,2±0,54	2,5±0,96	2,9±0,23
Функции слуха				
Снижение слуха	3,6±0,56	4,1±0,42	3,7±0,75	4,5±0,45
Проблемы с разборчивостью речи при расстоянии	2,5±0,48	3,1±0,66	2,8±0,62	3,6±0,72
Проблемы разборчивости речи в шумной обстановке	3,2±0,55	3,8±0,78	2,8±0,85	3,3±0,67
Проблемы разборчивости речи при групповом разговоре	3,7±0,38	3,5±0,5	3,6±0,81	3,8±0,6
Снижение слуха создает проблемы взаимопонимания	3,0±0,9	2,9±0,2	3,1±0,45	3,2±0,32
Психологическое состояние				
Снижение слуха создает дискомфортное состояние	3,1±0,8	3,7±0,65	3,2±0,78	4,0±0,5
Чувство страха из-за болезни уха	1,9±0,45	2,2±0,81	1,7±0,33	2,4±0,8
Влияние всех оцененных болезней уха на качество жизни	1,72±1,01	1,9±1,31	1,8±1,1	2,5±1,3
Отметьте все ваши обращения по поводу болезни уха за 6 месяцев	3,1±0,46	2,9±0,62	3,1±0,36	3,3±1,6
Визиты к врачу в течении 6 месяцев из-за болезни уха	2,8±0,72	3,0±0,84	2,75±0,54	3,3±0,7
Общий балл	37,42±5,2	46,61±6,2	43,45±4,7	54,2±6,1*

Примечание: *- различия относительно данных группы до хирургического лечения ХГСО значимы (* - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001), различия относительно данных группы после хирургического лечения незначимы (P>0,05).

Заключение

Врач рассматривает заболевание, с позиции нанесенного ущерба, исходя из патологических изменений, которые уже произошли и риска развития осложнений, которые еще могут произойти. Пациент оценивает болезнь с позиции

снижения качества жизни и доставленного неудобства. Полученный результат демонстрирует тот факт, что при разной степени органического поражения уровень качества жизни, определяемый самим пациентом, снижается одинаково.

Литература

1. Ахмедов Ф.Т. Характеристика факторов, способствующих развитию воспалительных заболеваний среднего уха. Российская оториноларингология 2010;3:12-16.
2. Миронов А.А. Хронический гнойный средний отит. Вестник оториноларингологии. 2011;5:72-76.
3. Baumann I., Kurpiers B., Plinkert P.K., Praetorius M. Entwicklung und Validierung des Chronic Otitis Media Outcome Test 15 (COMOT-15) zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei chronischer Otitis media. HNO 2009;57:889-895.
4. Der-Martirosian C. Five-year stability in associations of healthrelated quality of life measures in community-dwelling older adults: The Rancho Bernardo Study / C. Der-Martirosian, D. Kritz-Silverstein, E. Barrett-Connor. Qual. Life Res. 2010;19(9):1333-1341.
5. Koller M. Expectations and quality of life of cancer patients undergoing radiotherapy. J. R. Soc. Med. 2000;93:621-628.
6. Korsten-Meijer A.G.W., Wit H.P., Albers F.W.J. Evaluation of the relation between audiometric and psychometric

- measures of hearing after tympanoplasty. Eur Arch Otorhinolaryngol 2006;263:256-262.
7. Meijer A.G.W., Wit H.P., Albers F.W.J. Relation between change of hearing and (modified) Amsterdam Inventory for Auditory Disability and HandicapScore. Clin Otolaryngol 2004;29:565-570.
 8. Newman C.W., Weinstein B.E., Jacobson G.P., Hug G.A. The Hearing Handicap Inventory for Adults: psychometric adequacy and audiometric correlates. Ear Hear 1990;11:430-433.
 9. Nies C. Outcome nach minimal-invasiver Chirurgie. Qualitative Analyse und Bewertung der klinischen Relevanz von Studienendpunkten durch Patient und Arzt. Chirurg. 2001;72:19-29.
8. Newman C.W., Weinstein B.E., Jacobson G.P., Hug G.A. The Hearing Handicap Inventory for Adults: psychometric ade-

Автор-корреспондент:

Нурмухамедова Фируза Бахтиёровна – PhD, ассистент

E-mail: firuza.nurmuhamedova84@mail.ru

УДК: 616-053.2-089.352-008.22

ПОВТОРНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Д.Б. Рахмонов, А.Ж. Хамраев

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

При проведении хирургических вмешательств по возможности старались обойтись без брюшного доступа. При сложных патологических состояниях с выраженной степенью недостаточности сфинктерных структур для эффективности лечения мы рекомендуем накладывать колостому, проводить реабилитационное и комплексное лечение сопутствующих заболеваний: анемии и воспалительных заболеваний органов дыхания и мочеполовой системы. Такой тактический подход больных, улучшил результаты лечения, больных основной группы сократить количество повторных операций

Ключевые слова: аноректальная мальформация, биологической обратной связ, первичные корригирующие операции.

REPEATED SURGICAL CORRECTION FOR ANORECTAL MALFORMATIONS IN CHILDREN

D.B. Rakhmonov, A.Zh. Khamraev

Samarkand State Medical University of Samarkand, Samarkand, Uzbekistan
Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

When conducting surgical interventions, if possible, they tried to do without abdominal access. In case of complex pathological conditions with a pronounced degree of insufficiency of sphincter structures for the effectiveness of treatment, we recommend applying colost, and comprehensive treatment of concomitant diseases: anemia and inflammatory diseases of the respiratory system and the genitourinary system. Such a tactical approach of patients improved the results of treatment, patients of the main group reduce the amount of repeated surgery.

Keywords: anorectal malformation, biological feedback, primary correctioning operations

Актуальность

Проблемы послеоперационных осложнений аноректальных мальформаций (АРМ) у детей и адекватные повторные реконструктивные операции остаются в детской колопроктологии нерешёнными [2,5,7]. Послеоперационные осложнения при хирургической коррекции АРМ зависят от показаний, выбора оперативной тактики, эффективности метода первичной коррекции, наличия сопутствующих врожденных патологий соседних органов и профессионализма хирургов [1,3,4,6].

Цель исследования

Улучшение результатов хирургической коррекции АРМ у детей.

Материал и методы

Под нашим наблюдением на базах (1-ГКДБ г. Ташкента и МДОБ г. Самарканда) кафедра детской хирургии ТашПМИ и СамМИ в 2007-2021 г. находились 337 больных, которым выполнены различные первичные корригирующие операции (ПКО). Ретроспективно проведено катamnестическое обследование 102 (30,2%) больных, поступивших для повторной операции на аноректальной зоне по поводу недостаточности анального сфинктера заднего прохода и прямой кишки. Возраст больных: Возраст: до года – 7(6,86%), 1-3 года – 19

(18,63), 3-6 лет – 31 (30,1%), 7-14 лет – 41(40,2%), 15-18 лет – 4(3,92%). Больным проведены 228 реконструктивных операций: двукратно – 78 (34,2%), трижды – 90 (39,5%) и четырежды и больше – 60 (26,5%). Мальчиков было – 57, девочек – 45.

Всем больным проведено комплексное обследование, включавшее сбор анамнеза и катamnез, клинический осмотр с ректальным исследованием, лабораторную диагностику, УЗИ с доплером сосудов органов брюшной полости и малого таза, миографию запирающего аппарата прямой кишки, рентгенологические, МРТ и эндоскопические исследования.

Больные были распределены на 2 группы. Первая группа (33 больных) – получившие перед каждой повторной операцией реабилитационное лечение. Вторая группа (25 больных) – не получавшие перед повторными операциями реабилитационное лечение.

Результаты и обсуждение

При тщательном изучении историй болезни, выписки и анамнеза больных, нами было выявлено, что неудачность первичной хирургической коррекции (ПХК) АРМ и её осложнения развивались на почве диагностических (39%), тактических или технических (61%) ошибок. Диагностиче-

ские ошибки – неправильное определение высоты атрезии, не диагностирование свищей уретры, первичной неточной идентификации верификации пороков; тактические ошибки – неправильный выбор показаний и сроков проведения первичной радикальной операции или наложения колостомы; технические – ранение уретры, повреждение сфинктера, недостаточная мобилизация дистального отдела толстой кишки и др.

При повторно-реконструктивных операциях придерживались следующих тактических и технических приёмов: по возможности обходиться без лапаротомии, минимальной диссекцией тканей с целью сохранения полноценного кровоснабжения и иннервации; точно выводить прямую кишку через центр удерживающего мышечного комплекса; восстанавливать физиологический аноректальный угол; сохранять внутренний анальный сфинктер; избегать натяжения в зоне вновь сформированного заднего прохода. Следует отметить, что повторные операции выполнялись в более сложных условиях, чем первичные и с меньшими возможностями выбора оперативного метода, что усугублялось наличием грубых рубцовых изменений тканей промежности. При решении проблемы реконструктивных операций важно совершенствование хирургической техники, устранение дефекта предыдущих операций и профилактики ожидаемого осложнения [5-7].

Литература

1. Алиев Э.А. Лечение послеоперационной недостаточности анального сфинктера. Азербайджанский медицинский университет. Баку. Международный медицинский журнал. 2011(3):90-94.
2. Атакулов Д.О., Саидов М.С. Оценка результатов повторных операций при аноректальных аномалиях у детей. Новые технологии в детской хирургии. Сб. науч. трудов, посвященный 100-летию медицинского образования в Пермском крае, 95-летию со дня рождения проф. А.А. Лишке. г. Пермь. 2014:273-278.
3. Ионов А.Л., Щербаков О.В. Послеоперационные осложнения колоректальной хирургии у детей. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2013;(4):50-58.
4. Койнов Ю.Ю. Грамзин А.В. Повторные операции у детей с аноректальными мальформациями. Сибирский научный медицинский журнал. 2020;40;(1):67-72.
5. Шамсиев А.М. Причины осложнений и рецидивов аноректальными мальформациями, развившихся после различных видов проктопластики. “Вестник экспериментал. и клинической хирургии”. Воронеж. 2018;3:66.
6. Хамраев А.Ж. Повторно – реконструктивные коррекции аноректальных пороков у детей. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. Москва. 191;2016.
7. Andrea Bischoff1 Vaginal reconstruction for distal vaginal atresia without anorectal malformation: is the approach different? Accepted: 20 June 2019© Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature 2019.

Автор-корреспондент:

Рахмонов Дилшод Бурханович - соискатель кафедры детской хирургии №2 СамГосМУ

E-mail: dilshod.rakhmonov81@mail.ru.

Результаты повторных реконструктивных операций показали, что чем больше кратность операции, тем больше тенденции к рубцеванию и стриктуры ануса. Поэтому важно, чтобы между операциями проводилось местное противовоспалительное и противоспаечное реабилитационное лечение, как профилактика разрастания рубцовой ткани. В первой (основной) группе, всем 33 больным при недостаточности анального сфинктера нами проводились электростимуляция анального жома аппаратом ФЭС-02 и больным старше 5 лет у 17 больных по показанию проводили БОС (биологическая обратная связь) терапии. При стенозе заднего прохода – электрофорез с лидазой с баллонодилатацией. Такой вид чередования реабилитационного лечения проводился у 30 больных первой группы перед и после каждой повторной операцией, у 30% больных улучшились результаты операций на аноректальной зоне у детей. Результаты проведенных исследований показали, что, при выборе тактики лечения эффективными являются проведение послеоперационной реабилитации после каждого этапа реконструктивных операций.

Вывод

Таким образом, для улучшения результатов повторных реконструктивных операций на аноректальной зоне рекомендуется проведение местного реабилитационного лечения перед и после каждого этапа аноректопластики.

УДК: [616.97:579.882.11]-036.1

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСПИРАТОРНОГО ХЛАМИДИОЗА У ДЕТЕЙ

Г.Т. Махкамова, Э.А. Шамансурова

Национальный детский медицинский центр, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования

Определение реальной значимости и отбора клинических, лабораторных и функциональных методов для диагностики и контроль за эффективностью лечения хламидийной инфекции.

Материал и методы

Нами было обследовано 35 детей с хламидийными бронхитами и пневмониями в возрасте от 4 до 15 лет.

При обследовании данной категории детей мы применяли представленную ниже диагностическую схему:

- Сбор подробного анамнеза жизни и заболевания ребенка, включая семейный анамнез.
- Общеклиническое обследование, включающее осмотр педиатром, пульмонологом, обязательный осмотр оториноларингологом.
- Стандартный набор лабораторных исследований.
- Рентгенография грудной клетки с подробным описанием патологических изменений в легочной ткани.
- Исследование функции внешнего дыхания, а именно проведение спирографии – на аппарате Vitalograph alpha Hamburg Германия.

Результаты

У детей с респираторным хламидиозом отмечаются изменения функционального состояния внешнего дыхания.

Вывод

Лечение респираторного хламидиоза должно быть комплексным. Обязательным является назначение этиотропных антибиотиков (макролиды) для уничтожения возбудителя. Но не менее важно поддерживать функциональное состояние легких.

Ключевые слова: хламидиоз, дети, этиотропные антибиотики.

CLINICAL AND FUNCTIONAL CHARACTERISTICS OF RESPIRATORY CHLAMYDIOSIS IN CHILDREN

G.T. Makhkamova, E.A. Shamansurova

National Children's Medical Center, Tashkent, Uzbekistan

Aim of the study

Determination of the real significance and selection of clinical, laboratory and functional methods for the diagnosis and monitoring of the effectiveness of the treatment of chlamydial infection.

Material and methods

We examined 35 children with chlamydial bronchitis and pneumonia aged 4 to 15 years.

When examining this category of children, we used the following diagnostic scheme:

- Gathering a detailed history of the child's life and illness, including family history.
- General clinical examination, including examination by a pediatrician, pulmonologist, obligatory examination by an otorhinolaryngologist.
- Standard set of laboratory tests.
- X-ray of the chest with a detailed description of pathological changes in the lung tissue.
- Examination of the function of external respiration, namely, spirometry - on the device Vitalograph alpha Hamburg Germany.

Results

In children with respiratory chlamydia, there are changes in the functional state of external respiration.

Conclusions

Treatment of respiratory chlamydia should be comprehensive. It is mandatory to prescribe etiotropic antibiotics (macrolides) to destroy the pathogen. But it is equally important to maintain the functional state of the lungs.

Keywords: chlamydia, children, etiotropic antibiotics.

Актуальность

За прошедшие 50 лет был накоплен огромный опыт по изучению хламидийной инфекции как у взрослых, так и у детей, но несмотря на это хламидиозы продолжают оставаться одними из наиболее распространенных инфекционных заболеваний. Так, по данным таких благополучных стран, как Германия и США, ежегодно регистрируется соответственно 3–4 и 0,3 млн новых клинически манифестированных случаев инфицирования хламидиями, и это без учета асимптоматических форм заболевания. Аналогичные популяционные исследования были проведены в ряде стран (Япония, Дания, Германия, Финляндия). На долю хламидийной инфекции среди заболеваний респираторного тракта приходится от 4,9 до 67% случаев. Более высокий уровень заболевания отмечается у детей раннего возраста [7, 8].

Следует согласиться с мнением отечественных экспертов, что в Узбекистане, впрочем, как и за рубежом, пока недостаточно эпидемиологических данных, чтобы оценить частоту заболеваний дыхательных путей, при которых внутриклеточные возбудители являются этиологически значимыми [5, 6].

Наиболее реальным следует признать уровень инфицирования хламидиями взрослых здоровых лиц в пределах 8–10%. Вероятность развития инфекций увеличивается в 2–3 раза при неблагоприятных социально-экономических условиях, в 4–5 раз при циркуляции возбудителя в семье и рецидивирующем их течении [1, 4].

Распространенность хламидийной инфекции у детей с бронхолегочной патологией значительно варьирует (от 6,2 до 50%). С данной инфекцией в настоящее время связывается в первую очередь развитие респираторных форм заболеваний у детей (острые респираторные заболевания – ОРЗ, круп, бронхообструктивный синдром, пневмония и бронхиальная астма). Описаны также и внелегочные формы заболевания (менингит, миокардит, пиелонефрит, реактивный артрит, лимфаденопатия и лимфаденит, конъюнктивит, уретрит и многие другие) [2]. Смешанные варианты хламидийно-микоплазменной инфекции характеризуются развитием более тяжелых форм респираторных заболеваний (деструктивные и плевропневмонии) с функциональными расстройствами (синдром вегетативной дистонии, дискинезия желчевыводящих путей, вертебробазиллярная недостаточность и др.) [3].

Цель исследования

Определение реальной значимости и отбора клинических, лабораторных и функциональных методов для диагностики и контроль за эффективностью лечения хламидийной инфекции.

Материал и методы

Нами было обследовано 35 детей с хламидийными бронхитами и пневмониями в возрасте от 4 до 15 лет.

При обследовании данной категории детей мы применяли представленную ниже диагностическую схему:

- Сбор подробного анамнеза жизни и заболевания ребенка, включая семейный анамнез.
- Общеклиническое обследование, включающее осмотр педиатром, пульмонологом, обязательный осмотр оториноларингологом.
- Стандартный набор лабораторных исследований.

- Рентгенография грудной клетки с подробным описанием патологических изменений в легочной ткани.
- Исследование функции внешнего дыхания, а именно проведение спирографии - на аппарате Vitalograph alpha Hamburg Германия.

Результаты исследования

Результаты исследования показали, что, несмотря на несомненную важность клинических критериев, они являются недостаточно специфичными для диагностики заболевания (табл. 1).

Наибольшей, но все же недостаточной специфичностью обладала комбинация симптомов в виде кашля, лимфаденопатии и конъюнктивита. Вместе с тем по клиническим симптомам определяется уровень поражения респираторной системы, острота и тяжесть заболевания, а также эффективность его лечения.

Согласно анализу анамнестических данных к группам риска развития респираторного хламидиоза можно отнести часто болеющих детей, имеющие бытовые контакты с лицами, инфицированными хламидиями (родители и/или родственники), а также дети, ранее часто лечившиеся антибиотиками пенициллинового ряда.

Высокая степень инфицированности хламидиями была выявлена у детей с бронхитом, и составила 68,6% (24 ребенка).

При анализе клинической картины у детей, больных бронхитом, инфицированных хламидиями, преобладали обструктивный компонент (у 12 детей; 50%) и рецидивирование болезни, что позволяет высказать предположение об участии хламидийной инфекции в развитии этих осложнений.

У детей с пневмониями частота инфицирования хламидиями составила **31,4 %**. Случаи заболевания в 81,8% случаев приходились на ранний и дошкольный возраст. Важную роль в передаче инфекции играл воздушно-капельный путь и частый контакт с инфицированными лицами. К основным клиническим проявлениям хламидийной пневмонии относились кашель, гипертермия, наличие влажных хрипов в легких, интоксикация на фоне лимфаденопатии. Хламидийная инфекция приводила к утяжелению и увеличению длительности течения пневмонии, а также повышению частоты бронхообструкции и других осложнений.

У детей часто развивались функциональные нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы в виде снижения уровня артериального давления и нарушений ритма сердца. Острая или обострившаяся хламидийная инфекция значительно ухудшала прогноз тяжелых пневмоний.

Важное значение при лечении хламидийной инфекции имеет коррекция функциональных нарушений со стороны бронхолегочной системы. Очень часто хронизация инфекции приводит к развитию бронхообструктивного синдрома, нередко на начальных стадиях болезни протекающего бессимптомно, а впоследствии переходящего в бронхиальную астму.

По этой причине, как только становится методически возможным (как правило, это дети старше 4 лет), показано исследование ФВД.

Таблица 1

Чувствительность и специфичность клинических симптомов диагностики респираторного хламидиоза у детей

Симптомы/синдромы	Чувствительность, %	Специфичность, %
Общие		
астенический синдром	69	28
интоксикация	15	81
гипертермия	55	44
атопия	42	65
Респираторные		
длительный кашель	61	38
одышка	46	35
ринит	38	66
ларингит (круп)	38	55
бронхит	85	28
бронхообструкция	32	65
Внелегочные		
лимфаденопатия	28	58
конъюнктивит	15	76
артралгия	10	74
абдоминальный	21	68
дизурический	28	56
Лабораторные (кровь)		
лейкоцитоз	24	77
эозинофилия	12	75

Из 20 обследованных нами детей с респираторным хламидиозом у 69,2% отмечалась вентиляционная недостаточность. Анализ индивидуальных кривых показал наличие обструктивных нарушения средней и легкой степени у 83% (17) детей, умеренные обструктивные нарушения — у 3 больных.

Нарушение функции внешнего дыхания (ФВД), характерное для бронхообструктивного синдрома, при спирометрии проявляется снижением показателей ФВД — объема форсированного выдоха за 1 с, максимальной скорости выдоха, максимальных объемных скоростей.

Таким образом, все вышеизложенное позволяет утверждать, что у детей с респираторным хламидиозом отмечаются изменения функционального состояния внешнего дыхания.

Лечение респираторного хламидиоза должно быть комплексным. Обязательным является назначение этиотропных антибиотиков (макролиды) для уничтожения возбудителя. Но не менее важно поддерживать функциональное состояние легких.

Литература

- Маркина А.Н., Капустина Т.А., Белова Е.В., Парилова О.В. Распространенность хламидиоза верхнего отдела респираторного тракта и оптимизация медицинской помощи инфицированным лицам. Вестн. рос. мед. акад. 2015;1(49):131-134.
- Капустина Т.А. Лабораторная диагностика хламидийной инфекции верхнего отдела респираторного тракта. Сиб. мед. журн (Иркутск). 2010;5:23-26.
- Капустина Т.А. Особенности семейного респираторного хламидиоза / Т.А. Капустина, А.Н. Маркина // Вестн. Росс. воен. мед. акад. 2013;1(41):29-33.
- Позняк А.Л. Хламидийные поражения дыхательных путей. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2002;5:46-53.
- Белова Е.В. Клинико-эпидемиологические аспекты хламидийного инфицирования верхнего отдела респираторного тракта у детей: автореф. дис. ... канд. мед. Наук. Красноярск. 2008:22.
- Варонько И.А. Реактивные хламидиоиндуцированные артропатии: клинические формы, дифференцированная терапия. Рецепт. 2017;20(3):383-400.
- Зур Н.В., Миронов А.Ю., Истратов В.Г. Инновационные технологии лабораторной диагностики хламидийной инфекции. Астраханский медицинский журнал. 2014;9(2):98-110.
- Почивалов А.В., Погорелова Е.И. Особенности лечения обструктивных бронхитов и бронхиальной астмы у детей раннего возраста при хламидийной инфекции. При-

- кладные информационные аспекты медицины. – 2015;18(6):20-23.
9. Данилов А.И., Петроченкова Н.А., Ковалева Л.А., Осипенкова Т.А., Дробот Н.В., Евсеев А.В. Современные аспекты хламидийной инфекции (обзор) Вестник Смоленской государственной медицинской академии 2018;17 (3):83-88
10. Ridgway G.I., Mumtaz G., Robinson A.J. et al. Comparison of the ligase chain reaction with cell culture for the diagnosis of Chlamydia trachomatis infections in women. J. Clin. Pathol. 1996. Vol. 49. P 116-119.
11. Belova E.V., Kapustina T.A., Markina A.N., Parilova O.V. Algoritmlaboratornoy diagnostiki khlamidiynoy infekcii u bol'nykh khronicheskim sinusitom. Vestnik otorinolaringologii. 2015. T. 80. № 4. S. 61-64.
12. Coock PJ, Honeybourne D. Clinincal aspects of Chlamidia pneumoniae infection. Presse Med 1995; 24 (5): 278.

Автор-корреспондент:

Шамансурова Э.А. – д.м.н., профессор, зав.кафедрой ТашПМИ, +998903251155

E-mail: elmira_sh2003@mail.ru

УДК: 616.36-006, 611.71 (611.018.4)

ГЕПАТОБЛАСТОМА С ЯВЛЕНИЕМ НЕСОВЕРШЕННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА, СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

**А. Тулебаева, Г. Ташенова, Г. Нуржанова, А. Кемпирбай,
Г. Сатанова, А. Сайлауов, С. Жұматай**

**Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова
Научный центр педиатрии и детской хирургии г. Алматы, Казахстан**

В связи с редко встречающимся тяжелым, необычным клиническим проявлением нами описан интересный клинический случай гепатобластомы у ребенка с сопутствующим заболеванием несовершенный остеогенез. Следует отметить, что ребенок родился с сочетанными аномалиями развития центрального генеза, аномалией развития сердечно-сосудистой системы, явлением гепатобластомы в сочетании с несовершенным остеогенезом, который проявлялся изменением костной ткани, расширением черепных швов, мышечной слабостью, поражением легочной ткани (недоразвитие).

Ключевые слова: гепатобластома, несовершенный остеогенез, дети.

HEPATOBLASTOMA WITH THE PHENOMENON OF IMPACT OSTEOGENESIS, A CASE FROM PRACTICE

**A. Tulebaeva, G. Tashenova, G. Nurzhanova, A. Kempirbay,
G. Satanova, A. Saylauov, S. Zhumatai**

**Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty, Kazakhstan
Scientific Center of Pediatrics and Pediatric Surgery, Almaty, Kazakhstan**

In connection with a rare severe, unusual clinical manifestation, we described an interesting clinical case of hepatoblastoma in a child with a concomitant disease of osteogenesis imperfecta. It should be noted that the child was born with combined developmental anomalies of central genesis, an anomaly in the development of the cardiovascular system, the phenomenon of hepatoblastoma in combination with imperfect osteogenesis, which was manifested by changes in bone tissue, expansion of cranial sutures, muscle weakness, damage to lung tissue (underdevelopment).

Keywords: hepatoblastoma, osteogenesis imperfecta, children.

Актуальность

Учитывая актуальность темы влияния генетических аномалий на развитие и течение онкологических заболеваний у детей, для практической медицины, мы решили представить собственное наблюдение, клинический случай гепатобластомы у ребенка с сопутствующим заболеванием несовершенный остеогенез. Гепатобластома у детей является очень редким злокачественным опухолевым процессом печени и развивается из эмбрионально плюрипотентной закладки. Согласно литературным данным существует ряд генетических аномалий, связанных с повышенным риском развития гепатобластомы [1-4]. Несовершенный остеогенез тоже является редким заболеванием, при котором повышена хрупкость костей у ребенка, причиной несовершенного остеогенеза является мутация генов белка коллагена [5-8].

Цель исследования

В связи с редко встречающимся тяжелым, необычным клиническим проявлением нами описан интересный клинический случай.

Результаты исследования

Мальчик Ж, 2021 г.р., впервые поступил в онкогематологическое отделение Научного центра педиатрии и детской хирургии (НЦПДХ) в возрасте 11 дней с жалобами на слабость, вялость, увеличение объема живота, плотное образование в правой половине живота.

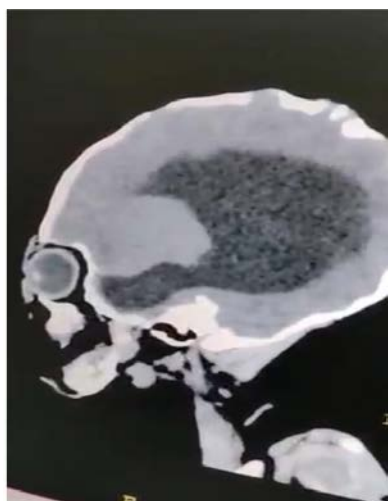
Из анамнеза известно, что пациент от II беременности и родов, путем Кесарева сечения, по Апгар - 5/6 баллов, в сроке 39 нед., 3500 гр, ростом - 54 см. Беременность на фоне миопии, варикозного расширения вен нижних конечностей. УЗИ плода от 17.05.21 г: Беременность 19 недель выявили врожденный порок развития (центральной нервной системы (ВПР ЦНС), Мальформация Арнольда Киари (МАК). Вентрикуломегалия «Лимон». SPINA-BIFIDA. При рождении диагноз: ВПР ЦНС: Мальформация Арнольда-Киари. До госпитализации в НЦПДХ находился на обследовании и лечении в неонатологическом отделении областной больницы с диагнозом: ВПР ЦНС. МАК. Вентрикуломегалия «Лимон». SPINA-BIFIDA. Пояснично-крестцового отдела позвоночника с разрывом грыжевого мешка. Лик-

ворея. Нижняя параплегия. Ишемия мозга новорожденно-го, церебральная депрессия. Было проведено оперативное лечение по устранению миеоменингоцеле.

При госпитализации в НЦПДХ: в сознании, состояние тяжелое, за счет симптомов дыхательной недостаточности I ст., интоксикации, гиперпластического синдрома (объемное образования брюшной полости), синдрома угнетения на фоне ЦНС, *spina bifida*, раннего послеоперационного периода по поводу устранения миеоменингоцеле. На осмотр реагировал слабо, мышечная гипотония, параплегия. Очаговых симптомов нет, ОГ – 37,0 см., расхождение костей черепа по сагитальному шву. Множественные дефекты костей черепа в виде пальцевидных вдавлений. Большой родничок размерами 2,0х2,0 см, малый родничок размерами 2,0х2,0 см, не выбухает, не пульсирует. Кости черепа мягкие, податливые. Движение глазных яблок D=S в полном объеме, нистагма нет. Взгляд не фиксирует. Глазные щели одинаковые D=S. Лицо симметричное. Голову не удерживает. РВА: вызываются не в полном объеме: оральные +, спинальные +, Моро +, хватательный +, защитный -, Галанта +, Переса -, опоры -, шаговый -. При осмотре обращает внимание готическое небо. Дыхание диспноэтичное. О2 зависимости нет. ЧД – 44-46 в минуту. Перкуторно-коробочный звук, аускультативно дыхание умеренно ослабленное по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шума нет, ЧСС (уд/мин) 115-120 в мин.,

склонность к брадикардии. Живот увеличен, ассиметричен, в правой его половине определяется тканевое образование, вероятно исходящее из печени. Образование размерами +8см +6см +6см, бугристая. Селезенка по краю реберной дуги.

Проведенное обследование: ОАК: Лейкоцитоз (38,4х10⁹/л); анемия 1 ст. (Hb 102 г/л), тромбоциты 307х10⁹/л, формула без изменений; Биохимический анализ крови: гипотроени-немия (О.белок 41 г/л); элетролиты б\патол; Билир.-38,6 мкмоль/л, прямая 21,9 мкмоль/л ; АЛТ 9 Ед/л; АСТ 57 Ед/л; Мочевина 17,6 ммоль/л; Креатинин 211,6 ммоль/л; Общая амилаза 3 Ед/л; Мочевая кислота 322,4 ммоль/л; Коагуло-грамма: удлинение АЧТВ-57,8 сек.; ПТИ -106 %; МНО 0,97; УЗИ: В правой доле печени гиперэхогенное образование размером 53 х 43х 42мм, картина гепатобластомы правой доли печени. признаки ДЖВП. Гидронефроз правой почки. Нейросонография: картина Семилобарной формы Голо-проз -энцефалии. Синдром Арнольда Киари I-тип. Дилата-ция боковых и 3-го желудочка. Эхокардиография: открытое овальное окно 1,9 мм. Рентгенография черепа (2 проекции): расхождение швов костей свода черепа. Нарушение осси-фикации костей свода черепа. Магниторезонансная томо-графия головного мозга: Нарушение оссификации и рас-хождение швов костей свода черепа. ВПР. Аномалия Арнольда Киари 2 типа. Внутренняя гидроцефалия.



Снимок. Магниторезонансная томография головного мозга: Нарушение оссификации и расхождение швов костей свода черепа.

Магниторезонансная томография: Крупное новообразова-ние правой доли печени. Гепатобластома? Картина право-сторонней плевропневмонии. Жидкость правого гемито-ракса? Крупное кистозное образование мягких тканей по-яснично-крестцовой области. Менингоцеле? Состояние после операции.

Гистологическое заключение: морфологическая картина более всего соответствует гепатобластоме, фетальному варианту. ИГХ – исследование: Glypican 3, Her Parl, AFP по-зитивны в клетках опухоли, ядерная экспрессия B – catenin

в небольшой части клеток, большая часть краситься мем-бранно.

На основании проведенных клинко-лабораторно-инструментальных обследований, консультаций специали-стов был установлен клинический диагноз: Гепатобластома правой доли. PRETEXT II (CO EO FO HO MO NO PO VO). Группа стандартного риска. Сопутствующий диагноз: ВПР ЦНС. МАК (Мальформация Арнольда Киари). Вентрикуломегалия «Лимон». SPINABIFIDA пояснично-крестцового отдела по-звоночника с разрывом грыжевого мешка. Нижняя парап-

легия. Тазовые нарушения по типу недержания мочи и кала. С/п операции «Иссечения грыжи, пластика местными тканями (02.10.2021г). Незавершенный остеогенез. ОПП.

Учитывая поражение 2-х сегментов (V, VI), без вовлечения воротных сосудов было проведено оперативное лечение в объеме удаления опухоли правой доли печени. Не смотря на проводимое комплексное и оперативное лечение, состояние осложнилось развитием осумкованного асцита в проекции удаленных сегментов печени, признаки ишемической нефропатии, полиорганной недостаточности.

Выводы

Резюмируя, следует отметить, что ребенок родился с сочетанными аномалиями развития центрального генеза, аномалия развития сердечно-сосудистой системы, явлением гепатобластомы в сочетании с несовершенным остеогенезом, который проявлялся изменениями костной ткани, расширение черепных швов, мышечной слабостью, поражением легочной ткани (недоразвитие). Нередко у ново-

рожденного переломов нет, но они постоянно происходят в первые годы жизни. Чаще при 2 типе несовершенного остеогенеза пациенты умирают на протяжении первого года жизни по причине дыхательной недостаточности или внутричерепного кровоизлияния. Возможна пренатальная диагностика незавершенного остеогенеза с исследованием ДНК в биоптатах ворсин хориона. Важным методом исследования гепатобластомы является определение уровня АФП, на основании чего можно судить об эффективности лечения и возникновении рецидива (возврата) болезни. Ввиду того, что гепатобластома согласно литературным данным, имеет черты семейной отягощенности, риск возникновения заболевания среди других детей в семье более высокий, в связи с чем их следует взять на учет и подвергать периодическому контролю (клинический осмотр и лабораторные исследования, в частности на содержание альфа-фетопротеина).

Литература

1. Керимов П.А. Первичные опухоли печени у детей. Диагностика и лечение. дисс... канд. мед. наук. Москва. 2004:114.
2. Aronson D.C., Schnater J.M., Staalman C.R. et al: Predictive value of the pretreatment extent of disease system in hepatoblastoma: results from the International Society of Pediatric Oncology. Liver Tumor Study Group SIOPEL-1 study. J. Clin. Oncol. 2005;23:1245 - 1252.
3. Czauderna P., Otte J.B., Aronson D.C. et al. Guidelines for surgical treatment of hepatoblastoma in the modern era – recommendations from the Childhood Liver Tumour Strategy Group of the International Society of Paediatric Oncology (SIOPEL). Eur. J. Cancer. 2005;41:1031 - 1036.
4. Гепатобластомы у детей. Клинический протокол МЗРК 2016 от «29» ноября 2016 года, Протокол № 16.
5. Sillence D., Senn A., Danks D. Genetic heterogeneity in osteogenesis imperfecta. J Med Genet 1979; 16: 101-116.
6. Cheung M.S., Glorieux F.H. Osteogenesis imperfecta: update on presentation and management. Rev Endocr Metab Disord. 2008;9:153–160.
7. Dijk F.S., Pals G., Van Rijn R.R., Nikkels P.G.J., Cobben J.M. Classification of osteogenesis imperfecta revisited. Eur J Med Genet 2010; 53: 1-5.
8. Glorieux F.H. Osteogenesis imperfecta. Best Pract Res Clin Rheum 2008; 22: 85–100.

Автор-корреспондент:

Тулбаева Айгуль Баязитовна – доцент кафедры «Детские болезни» КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова.

E-mail: tulebayeva.a@kaznmu.kz

УДК 616.155.392-036.11

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ

А. Тулебаева, Г. Ташенова, А. Кемпирбай, А. Сайлауов, С. Жұматай

Казахский Национальный Медицинский Университет

имени С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан

Данное исследование было направлено на изучение генетических особенностей у детей с острым лейкозом пролеченных при Научном центре педиатрии и детской хирургии (НЦПДХ, г Алматы). У 187 (25,8%) пациентов были выявлены генетические изменения. Наибольший процент генетических изменений выявлен при остром лимфобластном лейкозе 63,7% (n 119). Крайне неблагоприятный прогноз был обусловлен транслокацией 11q23/MLL где выживаемость составила 48%.

Ключевые слова: острый лейкоз, дети.

GENETIC FEATURES IN CHILDREN WITH ACUTE LEUKEMIA

A.Tulebayeva, G.Tashenova, A.Kempirbay, A.Saylauov, S.Jumatay

Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty, Kazakhstan

This study was aimed at studying the genetic characteristics of children with acute leukemia treated at the Scientific Center for Pediatrics and Pediatric Surgery. In 187 (25.8%) patients, genetic changes were identified. The highest percentage of genetic changes was found in ALL - 63.7% (n 119). An extremely poor prognosis was due to the 11q23/MLL translocation, where the survival rate was 48%.

Keywords: acute leukemia, children.

Актуальность

В современной лейкологии идет интенсивное изучение и отбор факторов имеющих прогностическое значение [1,2,3,4,5]. В связи с расширением спектра диагностических возможностей в постановке диагноза острых лейкозов, на сегодняшний день актуальным остается изучение прогностической и диагностической ценности не только часто встречающихся хромосомных аномалий, но и выявление редких вариантов перестроек. Данное исследование было направлено на изучение генетических особенностей у детей с острым лейкозом пролеченных при НЦПДХ.

Цель исследования

Анализ клинико-диагностических данных, особенностей течения и результатов проведенной терапии острых лейкозов у детей с отдельными хромосомными изменениям.

Материал и методы

Нами было проведено ретроспективное исследование 725 детей с диагнозами острый лимфобластный и миелобластный лейкоз (ОЛЛ, ОМЛ), которые получали стационарное лечение при НЦПДХ с 2015 по 2021 годы. Среди них отобрали группу из 187 (25,8%) пациентов у которых были выявлены генетические изменения с помощью цитогенетического метода и FISH исследования. Статистические данные по выживаемости вычислены методом Каплан-Майера, на базе программы IBM SPSS Statistics.

Результаты

Анализ показал, что из 187 детей наибольший процент генетических изменений выявлен у пациентов с ОЛЛ – 63,7% (n 119), при ОМЛ изменения выявлены в 36,3% (n 68).

По гендерной принадлежности наличие хромосомных аномалий у мальчиков несколько выше 56,2% (n= 105), по сравнению с девочками 43,8% (n= 82).

У пациентов с ОЛЛ в 17% (n 20) случаев выявлена аберрация 11q23/MLL; транслокация t (9;22)(q34;q11)/BCR-ABL1 составили 13% (15); гиперплоидия -11% (13); t(12;21)(p13;q22)/ETV6/RUNX1- 7% (7); RUNX1-RUNX1T1 выявлен у n= 5 (5%) детей, сложный кариотип – у n 5 (5%) детей. В 24% (n 26) детей были выявлены комплексные аномалии – комбинации из 2-х и более мутаций, другие редкие, но не случайные аномалии (делеции, инсерции, маркерные хромосомы, изохромосомы, моносомия и т.д.) в (n= 21) случаях (18%).

Среди 68 детей с ОМЛ транслокация t(15;17)/PML/RARA, характерная для М3 варианта встречалась у 33 (49%); t(8;21)(q22;q22)/RUNX1-RUNX1T1 выявлена у 25 (41%) больных, у 4 (5%) выявлены комплексные аномалии. Также у 4(5%) пациентов с ОМЛ выявлены редкие транслокации в виде (46 XY,t(15;20)(p12,q11)[20]); (46 XY del(9)(q21)[2] 46XY,[8]); (47,XX,+21[10]47,XX,+21 (10)del(9)(q21)[2]46,XY,[18]); (46 XX, t(2;12) (p25; q13) t (7;14) (p15;q11) del (9q) {18} 46 XY {2}).

В результате анализа выявлено, что крайне неблагоприятный прогноз при ОЛЛ был обусловлен наличием транслокации 11q23/MLL где выживаемость составила - 48% и гиперплоидии-51%. К группе же относительно благоприятного прогноза отнесены пациенты с (12;21) (p13;q22)/ETV6/RUNX1, где выживаемость составила 71,4%. Также в данную группу вошли другие редкие, но не случайные аномалии (делеции, инсерции, маркерные хромосомы,

изохромосомы, моносомия и.т.д), выживаемость которых составила -72,2%.

Выживаемость пациентов с комплексными аномалиями составила -68,2%, они отнесены в группу промежуточного прогноза. Безрецидивная выживаемость у 23 пациентов с ОМЛ, имеющие транслокации t(8;21)(q22;q22)/RUNX1-RUNX1T1 составила – 60,9%. Выживаемость у 32 пациентов с транслокацией t(15;17)/PML/RARa, составила – 50%.

Заключение

На сегодняшний день молекулярно-генетические исследования являются стремительно развивающейся областью

медицины, благодаря которым возможно оценить клинико-гематологические критерии прогноза. В настоящее время необходима систематизация всех неблагоприятных факторов, определяющих общую тенденцию малой результативности лечения детей с ОЛ в Казахстане. В практическом применении необходимо расширение возможностей использования молекулярных методов важных не только в диагностическом отношении, но и для выбора более эффективной тактики лечения у детей с лейкозами.

Литература

1. Савицкий В.П., Буглова С.Е., Шман Т.В., Алейникова О.В. Особенности показателей клеточного цикла и спонтанного апоптоза бластных клеток при остром лимфобластном лейкозе у детей. Гематология и трансфузиология. 2002;47(1):3 – 6.
2. Тулебаева А. Клинико-гематологические и прогностические особенности иммунофенотипических вариантов острого лимфобластного лейкоза у детей.//автореферат диссертации ученой степени к.м.н.2001:23.
3. Осипова Е.Ю., Астрелина Т.А., Румянцев С.А. и др. прогностическое значение уровня спонтанного апоптоза лимфобластов в оценке ответа на индуцированную терапию острого лимфобластного лейкоза у детей Гематология и трансфузиология. 2003;43(1):16 – 19.
4. Rachid Abaji, Vincent Gagné1, Chang Jiang Xu1, Jean-François Spinella1, Francesco Ceppi, Caroline Laverdière, Jean-Marie Leclerc, Stephen E. Sallan, Donna Neuberg, Jeffery L. Kutok, Lewis B. Silverman, Daniel Sinnett1 and Maja Krajinovic. Whole-exome sequencing identified genetic risk factors for asparaginase-related complications in childhood ALL patients. Oncotarget. 2017;8(27): 43752-43767
5. Цаур, Г.А. Делеции гена IKZF1 – независимый прогностический фактор у детей с острым лимфобластным лейкозом из В-линейных предшественников. Онкогематология. 2016;114):32–48.

Автор-корреспондент:

Тулебаева Айгуль Баязитовна – доцент кафедры «Детские болезни» КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова.

E-mail: tulebayeva.a@kaznmu.kz

УДК:616-06:616.34-053.5

ВЛИЯНИЕ TORCH-НОСИТЕЛЬСТВА МАТЕРЕЙ НА РАЗВИТИЕ ВРОЖДЁННОЙ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ДЕТЕЙ

Ш.Т. Турдиева^{1,2}, Б.Б. Абдурашидов¹

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

²Национальный детский медицинский центр, Узбекистан

Целью исследования было изучение развитие врождённой сердечно - сосудистой патологии у детей при TORCH-носительстве матерей. Были обследованы 98 детей до 2 лет, с врождённым пороком сердца (ВПС), из них у 63,3% матерей, во время беременности диагностировано TORCH- носительство. Среди ВПС преобладали открытый артериальный проток (26,53%), дефект предсердной перегородки (17,35%), дефект межжелудочковой перегородки (20,41%). У 27 детей в раннем неонатальном периоде диагностировано внутриутробное инфицирование, с клиническим проявлением внутриутробной пневмонии (88,9%), язвенно-некротического энтероколита (11,1%). На основании клинического исследования сделано заключение, что у 63,3% младенцев с ВПС наблюдается TORCH – носительство матери во время беременности, что может являться причиной развития данной патологии.

Ключевые слова: врождённый порок сердца, ребёнок, беременность, инфекция.

INFLUENCE OF TORCH-CARRIER OF MOTHER ON THE DEVELOPMENT OF CONGENITAL CARDIOVASCULAR PATHOLOGY IN CHILDREN

Sh.T. Turdieva^{1,2}, B.B. Abdurashidov¹

¹Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan

²National Children's Medical Center, Uzbekistan

The study aimed to study the development of congenital cardiovascular pathology in children with TORCH-carrier mothers. The 98 children under 2 years of age with congenital heart disease were examined, of which 63.3% of mothers were diagnosed with TORCH-carriage during pregnancy. Among the congenital heart, defects prevailed in patent ductus arteriosus (26.53%), atrial septal defect (17.35%), and ventricular septal defect (20.41%). In 27 children in the early neonatal period, intrauterine infection was diagnosed. With clinical manifestations of intrauterine pneumonia (88.9%), and ulcerative necrotic enterocolitis (11.1%). Based on a clinical study, concluded that 63.3% of infants with congenital heart defects have TORCH - the mother's carriage during pregnancy, which may be the cause of the development of this pathology.

Keywords: congenital heart disease, child, pregnancy, infection.

Актуальность

Врожденные пороки сердца (ВПС) являются одними из наиболее распространенных врожденных пороков, встречающихся примерно у 1 из 100 новорожденных [6], и представляют собой серьезную клиническую проблему и проблему общественного здравоохранения. Изучение факторов, приводящих к развитию ВПС у младенцев [4, 7], его профилактика и своевременное начатие лечения, является актуальным направлением современной педиатрии и перинатологии. В последние годы отмечаются неуклонный рост внутриутробных инфекций (ВУИ) и повышение их роли в структуре перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности [1, 2]. При этом, немаловажное значение имеет внутриутробная вирусная инфекция, в связи с их неуклонным ростом в последние годы от 23 % до 92 % [3, 5]. Клинические проявления внутриутробной вирусной инфекции разнообразны [8]: врожденные пороки и аномалии

развития, гидроцефалия, менингоэнцефалит, сепсис, врожденный кардит, и другие.

Цель исследования

Изучение развития врождённой сердечно-сосудистой патологии у младенцев при TORCH-носительстве у матерей.

Материал и методы

Нами были обследованы 98 детей от 1 месяца до 2 лет, с врождённым пороком сердца (ВПС) различной клинической формы. Для сравнения результатов исследования, в контрольную группу были отобраны 25 практически здоровых детей. Одновременно, в ходе общеклинического обследования проводили: обследование матерей на TORCH-носительство (анализ на антитела методом ПЦР); сбор и анализ анамнестических данных матери и ребёнка; клинико-лабораторное и инструментальное исследование больного ребёнка (общий анализ крови, общий белок крови, нейросонография, R-графия грудной клетки, УЗИ внутренних органов, ЭКГ и доплер сердца).

Результаты и обсуждение

Проблема ВПС всегда была одной из актуальных проблем современной педиатрии и перинатологии, хотя проводятся дородовые скрининг исследования, результаты не всегда могут оправдать ожидания врачей. В частности, по данным Sneeringer MR et al., (2022) только 93% с помощью скрининг исследования можно диагностировать ВПС у плода [7].

Также в последние годы начали широко использовать другие методы диагностики ВПС. Как отмечают Vollbrecht TM et al., (2022), широкий спектр ВПС требует использования различных последовательностей, которые можно модифицировать в зависимости от возраста пациента или статуса лечения [8]. В частности, кинематографию можно использовать для оценки сердечной функции и объемов, фазово-контрастные измерения потока позволяют оценить гемодинамику сосудов, а различные методы МР-ангиографии позволяют визуализировать грудные сосуды с высоким пространственно-временным разрешением [6]. Несмотря на всестороннее изучение ВПС у плода, проблема влияния инфицированности матерей на развитие данной патологии у плода, сохраняет актуальность для нашей Республики. Исходя из поставленной нами цели научного исследования, изначально было проведено исследование на TORCH-носительство матерей больных детей. Как показали наши анамнестические и клиничко-лабораторные исследования, всего TORCH-носительство было диагностировано у 68 (69,39%) матерей. Из них:

- TORCH- носительство было диагностировано до беременности у 23 (23,5%) женщин, которые получали соответствующие лечение, из них у 17 (17,35%) женщин в период беременности повторно было диагностировано TORCH- носительство (высокий титр IgG- у 8,16% и IgM- у 9,19% женщин).
- у 45 (45,92%) матерей обследование на TORCH-носительство не было проведено до беременности и соответственно первично было диагностировано во время беременности.

Следовательно, у 62 (63,26%) матерей больных детей, во время беременности диагностировано TORCH-носительство. Все матери после постановки диагноза получили соответствующее лечение. Широкая распространенность вирусных инфекций в природе, в том числе их персистентных форм, позволяет предположить высокую вероятность трансплацентарной передачи плоду на протяжении беременности не одного, а нескольких вирусов. Как показали наши исследования, самым часто встречаемой формой TORCH инфекции является вирус простого герпеса, в частности данный вирус диагностирован у 37 (48%) женщин. При этом у 32 (42,9%) женщин диагностирован вирус простого герпеса (HSV) I типа, у остальных – 5 (5,1%) HSV II типа. На втором месте – цитомегаловирус (ЦМВ), диагностированный у 34 (34,7%) женщин, у 29 (29,6%) – токсоплазмоз, у 11 (11,2%) – хламидиоз. Высокий титр на антитела вируса кори диагностирован у 2 (2,04%) матерей.

Одновременно в ходе анализа анамнестических данных матерей больных детей, было отмечено, что во время беременности 7 женщин перенесли острые респираторные заболевания (ОРЗ) только во время первого триместра, 19- во втором, 15- в третьем, 5 женщин – во втором и третьем триместре перенесли ОРЗ. Только 52 женщин не болели во время беременности.

Следует отметить, что формирование врожденных пороков сердца обычно происходит на 2-8-й неделе беременности. Частой причиной их появления являются вирусные заболевания матери, прием беременной некоторых лекарственных препаратов, вредное производство, на котором она работает.

Как показали наши исследования, самым часто встречаемым клинической формой ВПС является открытый артериальный проток – 26,53%. Дефект предсердной перегородки (17,35%), Дефект межжелудочковой перегородки (20,41%) – также относятся к часто встречаемым видам ВПС, менее всего встречались: ДМЖП в сочетании с ОАП (8,16%), врожденный стеноз легочной артерии (3,06%), Триада Фалло (3,06%), транспозиция магистральных сосудов (3,06%), коарктация аорты в сочетании с ОАП (2,04%), Тетрада Фалло (2,04%).

Как показали наши исследования, клиническая картина ВПС очень разнообразна и определяется тремя характерными факторами:

зависит больше всего от вида порока;
от возможностей организма малыша к компенсированию нарушений, задействовав адаптивные резервные возможности;

осложнениями, возникающими из-за порока.

При этом, в ходе объективного осмотра детей с ВПС, основными признаками заболевания являлись: цианоз кожных покровов и слизистых оболочек – 86%, некоторые постоянные или появляющиеся приступообразные признаки сердечной недостаточности – 74%, вялость физиологических рефлексов – 73%. Матери в основном жаловались на беспокойство ребёнка – 96% случаев наблюдения, периодический отказ от груди – 47%, быстро наступающая «усталость» во время кормления – 86%, с появлением потливости – 54% и учащением сердцебиения – 100 %.

При этом, у 27 младенцев в раннем неонатальном периоде было диагностировано внутриутробное инфицирование, с клиническим проявлением внутриутробной пневмонии – 24 (88,9%), раннего язвенно-некротического энтероколита – 3 (11,1%). У одного ребёнка на фоне ВПС одновременно диагностирован пилоростеноз, недоношенность – 3%, морфо-функциональная незрелость – 67%.

Заключение

На основании результатов клинического исследования можно заключить, что у 63,3% младенцев с ВПС наблюдается TORCH-носительство матери во время беременности, а также перенесение ими острых респираторных заболеваний в первый два триместра беременности.

Литература

1. Захаренкова Т.Н., Лашкевич Е.Л., Лакудас Е.Л. Факторы риска внутриутробной инфекции новорожденного у беременных с урогенитальной инфекцией. Проблемы здоровья и экологии. 2021;3:42-49.
2. Илькевич Н.Г., Дражина О.Г., Гойлова А.В. Профилактика внутриутробных инфекций в перинатологии. Медицинские новости. 2019;6 (297):25-29.
3. Кукулина Л.В., Кравченко Е.Н. Роль внутриутробной инфекции в перинатальной смертности. Здравоохранение РФ. 2019;(5):245-250.
4. Суртай А.К., Куатбеков К.Н., Байжигитов Н.Б., Бильдебаев К.Е. Эпидемиологическое и социальное значение врождённых пороков сердца у детей. Вестник КазНМУ. 2019(2):45-47.
5. Цигельникова Л. В., Цой Е. Г., Игишева Л. Н., Звягина Ж. А. Диагностика и лечение нутритивной недостаточности у новорожденных с врожденными пороками сердца. Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2019:32-42.
6. Bakker M.K., Bergman J.E.H., Krikov S., Amar E., Cocchi G., Cragan J., de Walle H.E.K., Gatt M., Groisman B., Liu S., Nembhard W.N., Pierini A., Rissmann A., Chidambarathanu S., Sipek A. Jr., Szabova E., Tagliabue G., Tucker D., Mastroiacovo P., Botto L.D. Prenatal diagnosis and prevalence of critical congenital heart defects: an international retrospective cohort study. *BMJ Open*. 2019 Jul 2;9(7):e028139. doi: 10.1136/bmjopen-2018-028139.
7. Sneeringer M.R., Vadlaputi P., Lakshminrusimha S., Siefkes H. Lower pass threshold ($\geq 93\%$) for critical congenital heart disease screening at high altitude prevents repeat screening and reduces false positives. *J Perinatol*. 2022 Aug 17. doi: 10.1038/s41372-022-01491-6.
8. Vollbrecht T.M., Luetkens J.A. Kardiale MRT bei angeborenen Herzfehlern : Vom Fetus zum Erwachsenen [Cardiac MRI of congenital heart disease : From fetus to adult]. *Radiologie (Heidelb)*. 2022 Aug 17. German. doi: 10.1007/s00117-022-01062-y.

Абдурашидов Бахромбек Ботир угли, ТашПМИ,
тел. +998946885671, E-mail: shark.win.stars@mail.ru

УДК:616.

ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА Д НА ИММУНИТЕТ

Г.Э. Хакбердиева, Ш.Ш. Касимова

Ташкентский медицинский педиатрический институт, Ташкент, Узбекистан

Витамин Д, жирорастворимый витамин, который содержится в очень немногих продуктах питания и вырабатывается кожей под действием ультрафиолетовых лучей. Витамин Д необходим для физиологических процессов в организме и поддержания состояния здоровья в любом возрасте. Низкий уровень витамина в организме зависит от возраста, заболеваний кишечника, печени и почек. Помимо заболеваний таких как рахит, остеопороз, остеомалация, витамин Д необходим и для поддержания иммунитета.

Ключевые слова: витамин Д, иммунитет.

INFLUENCE OF VITAMIN D ON IMMUNITY

G.E. Khakberdieva, Sh.Sh. Kasimova

Tashkent Medical Pediatric Institute, Tashkent, Uzbekistan

Vitamin D, a fat-soluble vitamin that is found in very few foods and is produced by the skin under the action of ultraviolet rays. Vitamin D is essential for physiological processes in the body and maintaining health at any age. A low level of vitamin in the body depends on age, diseases of the intestines, liver and kidneys. In addition to diseases such as rickets, osteoporosis, osteomalacia, vitamin D is also necessary to maintain immunity.

Keywords: vitamin D, immunity.

Дефицит витамина Д широко распространён у детей первых лет жизни. По статистике у 80-90% детей раннего возраста в странах Азии, в том числе и в Узбекистане выявляют низкий уровень витамина Д. В последние годы частота его встречаемости колеблется от 54 до 66% [2, 4, 5].

Большинство людей получают, небольшое количество необходимого им витамина Д под воздействием солнечного света [1, 2]. Синтезированный в коже витамин Д может храниться в печени и жировой ткани обеспечивая его достаточные уровни в крови [1]. В небольшом количестве витамин Д содержится в говяжьей печени, сыре, яичном желтке, мясе жирной рыбы (лосось, тунец) и в печени рыб. [1, 11].

В настоящее время в связи с проведением профилактики и лечения дефицита или низкого содержания в крови витамина Д препаратами витамина Д, тяжёлые формы заболевания стали редкостью. Дефицит витамина Д, оказывает неблагоприятное влияние на физическое развитие ребенка, которое проявляется в виде нарушений осанки, уплощения и деформации тазовых костей, имеющее значение в детородном возрасте у женщин, кариес, близорукость, развитие остеопороза, а также снижение иммунитета, приводит к повышению риска возникновения инфекционных заболеваний. Рахит и остеомалация – классические проявления дефицита витамина Д. Остеопороз чаще всего связан с недостаточным потреблением кальция, но недостаточность витамина Д также способствует развитию заболевания, снижая всасывание кальция [14]. Несмотря на то, что рахит и остеомалация представляют собой последствий дефицита витамина Д, остеопороз является результатом длительного недостатка кальция и витамина Д.

В организме работает не сам витамин Д, а метаболиты (кальцидиол и кальцитриол) образующиеся в печени и почках,

обладают гормоноподобными свойствами, попадая в клетки органов-мишеней, инициируя синтез специфических и неспецифических белков. Первый происходит в печени и превращает витамин Д в 25-гидроксивитамин Д [25(OH)D], известный как кальцидиол. Второе гидроксирование происходит преимущественно в почках, с синтезом физиологически активного 1,25-дигидроксивитамина Д [1,25(OH)2D], или кальцитриола [1]. Таким образом, витамин Д через регуляцию белкового обмена влияет в фосфорно-кальцевый обмен. Активность фермента альфа1-гидроксилазы регулируется: паратгормоном, соматотропным гормоном, витаминами С, Е, В2 и другими веществами [1]. Также витамин Д увеличивает секрецию тиреотропного гормона и интерлейкина-I, которая приводит к повышению иммунитета и уменьшает образование гамма-иммуноглобулинов и интерлейкина-II, которые способствуют снижению иммунитета; этим самым данный витамин вмешивается в регуляцию иммунитета[2]. Несмотря на некоторые данные, воздействие витамина Д на иммунитет направлена на ингибирование компонентов врожденного и приобретенного иммунитета, отвечающих за индукцию аутоиммунных реакций. Показано, что для регуляции иммунитета требуется поддержание порогового значения сывороточного уровня кальцитриола не менее 30 нг/мл, что достигается при использовании суточной дозы витамина Д около 500 МЕ. Детям до 1 года необходимо учитывать содержание витамина Д в продуктах детского питания.

Кроме того, витамин Д играет большую роль в поддержании кишечного гомеостаза, в регулировании проницаемости кишечной стенки, инвазии патогенных микроорганизмов, иммунном ответе при ряде заболеваний кишечника, таких как болезнь Крона, язвенный колит [2, 3]. Было отмечено, что у взрослых больных с сопутствующими заболеваниями, вита-

мин Д снижает риск возникновения инфаркта миокарда, артериальной гипертензии, а также облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей, ряда нервно-психических заболеваний [4, 5, 6]. В настоящее время считается, что многообразная роль витамина Д объясняется его действием на иммунную систему. Поэтому, все больше внимания уделяется обеспеченности витамином Д организма подростков и пациентов с различными заболеваниями.

Иммунная система служит для борьбы с чужеродными агентами, при этом оставаясь толерантной к собственным антигенам. Этот принцип обеспечивает защиту организма от аутоиммунных заболеваний и осуществляется благодаря врожденному и приобретенному иммунитету. Рецепторы к витамину Д (VDR) были обнаружены практически на всех иммунокомпетентных клетках: В-лимфоцитах, нейтрофилах, антигенпрезентирующих клетках, в том числе макрофагах и дендритных клетках [7]. Незрелые Т-лимфоциты содержат небольшое количество рецепторов, в то время как зрелые формы отличаются высоким уровнем экспрессии VDR [8]. А в процессе дифференцировки моноцитов в макрофаги и дендритные клетки происходит уменьшение их количества [9,10]. Макрофаги служат связующим звеном врожденного и приобретенного иммунитета. Макрофаги, являясь носителями VDR, показывают боль-

шую чувствительность к витамину Д. Также, макрофаги, как и дендритные клетки, сами синтезируют активную форму витамина Д, благодаря экспрессии в них фермента α 1-гидроксилазы, активность которой в отличие от почечной локализации регулируется не паратгормоном, а цитокинами, в частности IFN- γ [9, 12]. Реакции приобретенного иммунного ответа также связывают с витамином Д, хотя исследователи отмечают трудности при определении его прямого воздействия на Т- и В-лимфоциты, так как большинство эффектов проявляется опосредованно через антигенпрезентирующие клетки. Влияние витамина Д на Т лимфоциты оценивается неодинаково. Вероятно, это связано с различиями в выборе лигандов для стимуляции клеток [13]. В настоящее время обсуждается связь недостаточности витамина Д с развитием таких аутоиммунных заболеваний, как сахарный диабет 1-го типа, рассеянный склероз, ревматоидный артрит, системная красная волчанка, системная склеродермия, воспалительные заболевания кишечника [2]. На сегодняшний день не поддерживают роль витамина Д, с или без препаратов кальция, в снижении риска развития онкологических болезней [1].

Таким образом, назначение витамина Д детям и подросткам сможет не только улучшить состояние костной системы, но и снизить риск развития многих хронических заболеваний.

Литература

1. Institute of Medicine, Food and Nutrition Board. Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D. Washington, DC: National Academy Press, 2010.
2. И.Б. Михайлов Клиническая фармакология. Учебник для студентов педиатрических и лечебных факультетов медицинских высших учебных заведений Санкт-Петербург, Фолиант 2000:167-172
3. Янковская Л.В. Современный взгляд на функции витамина Д в организме человека и заболевания, ассоциирующиеся с его дефицитом. 2013; Retsept 2013; (2): 118–127.
4. Lim W.C. Mechanisms of disease: vitamin D and inflammatory bowel disease. Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol 2005; (2):308–315.
5. Giovannucci E., Liu Y., Hollis B.W., Rimm E.B. 25-hydroxyvitamin D and risk of myocardial infarction in men: a prospective study. Arch Intern Med 2008; 168: (11):1174–1180.
6. Judd S.E., Nanes M.S., Ziegler T.R., Rimm E.B. Optimal vitamin D status attenuates the age-associated increase in systolic blood pressure in white Americans: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey. Am J Clin Nutr 2008; 87(1):136–141.
7. Лямина С.В., Веденикин Т.Ю., Круглов С.В., Шимшелашвили Ш.Л., Буданова О.П., Малышев И.Ю. Особенности фагоцитарной и миграционной активности альвеолярных макрофагов M1 и M2 фенотипов. Фундамент исследований 2011;11(3):536–539.
8. Cassetta L., Cassol E., Poli G. Macrophage Polarization in Health and Disease. Sci World J 2011;(11): 2391–2402. DOI: 10.1100/2011/213962
9. Gottfried E., Rehl M., Hahn J., Holler E., Andreesen R., Kreutz M. Monocyte-derived cells express CYP27A1 and convert vitamin D3 into its active metabolite. Biochem Biophys Res Commun 2006;(349):209–213.
10. Kissa M., Czimmerer Z., Nagy L. The role of lipid-activated nuclear receptors in shaping macrophage and dendritic cell function: From physiology to pathology. J Allergy Clin Immunol 2013;132(2):264–286.
11. Peelen E., Knippenberg S., Muris A.H., Thewissen M., Smolders J., Tervaert J.W. et al. Effects of vitamin D on the peripheral adaptive immune system: A review. Autoimm Rev 2011;(10):733–743.
12. Penna G., Amuchastegui S., Giarratana N., Daniel K.C., Vulcano M., Sozzani S. et al. 1,25-Dihydroxyvitamin D3 selectively modulates tolerogenic properties in myeloid but not plasma-cytoid dendritic cells. J Immunol 2007;(178):145–153.
13. Chung M., Balk E.M., Brendel M., Ip S., Lau J., Lee J. et al. Vitamin D and calcium: a systematic review of health outcomes. Evid Rep Technol Assess (Full Rep) 2009;1:420.
14. Lemire J.M. Immunomodulatory role of 1,25-dihydroxyvitamin D3. J Cell Biochem 1992; 49: (1): 26–31. DOI: 10.1002/jcb.240490106.
15. Heaney RP. Long-latency deficiency disease: insights from calcium and vitamin D. Am J Clin Nutr 2003;78:912–929.

Автор-корреспондент:

Хакбердиева Гулжахан Эркиновна – Ассистент кафедры семейной медицины №2, клиническая фармакология.

E-mail: gulyaopa@mail.ru

УДК: 616-053.2-089.352-008.22

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКАХ У ДЕТЕЙ

А.Ж. Хамраев, Д.Б. Рахмонов

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Улучшение отдаленных результатов хирургической коррекции ПНАС у детей стало возможным благодаря оптимизации дооперационной диагностики и подготовки больных к операции, своевременному выявлению сопутствующих аномалий соседних органов, профессиональной компетентности хирургов, адекватности выбора техники корригирующих операций, качественному реабилитационному лечению. На основании анализа повторного оперированных детей по поводу АРМ определены наиболее существенные причины возникновения послеоперационных осложнений. Обоснованы и четко изложены показания к ПРО. Исследования показали, что результат первичных оперативных вмешательств при коррекции АРМ у детей имеет прямую зависимость от выбора метода тактики, допущенных технических ошибок при выполнении классического метода, характера реконструкции, пред и послеоперационного ведения больных, а также эффективности реабилитационного лечения.

Ключевые слова: *аноректальная мальформация, послеоперационная недостаточность анального сфинктера, послеоперационный хронический запор, синтетический материал (УросЛим), повторная реконструктивная операция.*

OPTIMIZATION OF TACTICS OF TREATMENT AND PREVENTION OF COMPLICATIONS IN ANORECTAL DISEASES IN CHILDREN

A.Zh. Khamraev, D.B. Rakhmonov

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Samarkand State Medical University of Samarkand, Samarkand, Uzbekistan

Improving the long-term results of surgical correction in children became possible due to the optimization of preoperative diagnosis and preparation of patients for surgery; timely identification of the concomitant anomalies of neighboring organs; surgeon's professional competence; adequacy of the choice of technique of corrective operations; quality rehabilitation treatment. Based on the analysis of repeated operated children, the most significant causes of postoperative complications are determined about Army. The readings for the pro. Studies have shown that the result of primary surgical interventions in the correction of AWP in children is directly dependent on the choice of tactics method, made technical errors when performing a classic method, the nature of the reconstruction, before and postoperative conduct of patients, as well as the effectiveness of rehabilitation treatment.

Key words: *anorectal malformation, postoperative deficiency of the anal sphincter, postoperative chronic constipation, synthetic material (urose), repeated reconstructive surgery.*

Актуальность

Проблемы послеоперационных осложнений аноректальных пороков у детей и проведение адекватных повторных реконструктивных операций остаются нерешенной проблемой в детской колопроктологии [1-5].

Послеоперационные осложнения при хирургической коррекции аноректальных пороков зависят от показания, выбора оперативной тактики, эффективности метода первичной коррекции, наличия сопутствующих врожденных патологий соседних органов и профессионализма хирурга [6-11].

Цель исследования

Улучшение результатов хирургической коррекции аноректальных пороков у детей путем изучения причин осложнений, оптимизации тактики, интра- и послеоперационных мер профилактики.

Материалы и методы

Нами были проанализированы результаты лечения 337 первично оперированных больных АРМ, из которых 102 (30,3%) больным ПНАС выполнены ПРО. Ретроспективно и проспективно изучены результаты первичной радикальной коррекции (РК), у 337 больных по поводу различных форм АРМ; у 102 (30,3%) больных возникли осложнения в соотношении 3:1. Частой причиной ПНАС среди нозологических форм АРМ явились: высокие свищевые и бессвищевые формы АРМ, РВС у девочек, РУС и ректоперианальные свищи (РПС) у мальчиков в 67 (65,7%) случаев. Для решения задач нами изучены ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения ПНАС у 102 пациентов за 2007–2021 г после хирургической коррекции АРМ, с разными клиническими формами; ПНК – у 58 (56,8 %), ПХЗ – у 44 (43,2%).

Результаты и обсуждение

Комплексное обследование больных с применением УЗИ, МРТ и ЭМГ выявило анатомические формы и патологическое состояние, приводящее к ПНАС. До операции мы определили локализацию дефектов, разрывы, истончения, ширину, укорочения, длину, асимметрию внутреннего и наружного анального сфинктера запирающих мышц; физиологические нарушения сократительной способности пуборектальных мышц и наружного анального сфинктера. Это позволило оптимизировать тактику и методы повторных операций, интра- и послеоперационных мер профилактики осложнений.

При проведении ПРО мы применяли следующие тактические подходы до-интра- и послеоперационном периодах: определяли степень повреждения сфинктеров заднего прохода и прямой кишки; характер рубцовой деформации аноректальной области; степень выстояния слизистой, оптимизацию показаний, выбор метода, сроки проведения, доступ к операции. В дооперационном периоде при деформации ануса и выстояния слизистой кишки определяли показания к ПРО независимо от степени повреждения сфинктеров. Для восстановления кровоснабжения и иннервации промежности, проводили реабилитационное лечение. В интраоперационном периоде по возможности старались обойтись без брюшного доступа. При выраженной ПНАС для эффективности ПРО рекомендуем обязательно накладывать колостому, про-

водить реабилитационное и комплексное лечение сопутствующих заболеваний. При региональных пороках, агенезии и аплазии копчиковых и крестцово-копчиковых позвонков дополнительно укрепляли пуборектальную петлю и анококцигальную связку из синтетического материала (УросЛим). В послеоперационном периоде в случаях без повреждения сфинктеров заднего прохода и прямой кишки лечение начинали с реабилитационных мероприятий, лишь при неэффективности проводили ПРО. Реабилитационное лечение проводили 1–3 года и поэтапно перед каждой ПРО. Длительная ректальная гимнастика, тренировочные клизмы с использованием биологической обратной связи (БОС) терапии и электростимуляции (ЭСМ) улучшали состояние больных. Такой тактический подход в основной группе значительно улучшил результаты лечения и уменьшил количество ПРО у детей.

Заключение

Улучшение результатов хирургической коррекции осложнений хирургического лечения АРМ у детей стало возможным благодаря оптимизации дооперационной диагностики и подготовки больных к операции; своевременному выявлению сопутствующих аномалий соседних органов; профессиональной компетентности хирургов; адекватности выбора техники корригирующих операций; качественному реабилитационному лечению.

Литература

1. Акилов Х.А., Саидов Ф.Х. Роль ирригографии в диагностике пороков развития толстой кишки у детей с хроническим колостазом. Сб. тез-в конгресса Российского общ-ва рентгенологов и радиологов. Москва 8-10 ноября 2017:8-9.
2. Акбаров Н. А. Хирургическая коррекция атрезии прямой кишки. Вестник экстренной медицины. Ташкент. 2014;2:38.
3. Атакулов Д.О., Саидов М.С. Оценка результатов повторных операций при аноректальных аномалиях у детей. Новые технологии в детской хирургии. Сб. науч. трудов, посвященный 100-летию медицинского образования в Пермском крае, 95-летию со дня рождения проф. А.А. Лишке. г. Пермь. 2014:273-278.
4. Гераскина А.В., Дронов А.Ф. Атлас. Хирургия живота и промежности у детей.// Под ред. Москва ГЭОТАР-МЕДИА.2012:508.
5. Дегтярев Ю. Г. В. И., Аверин, О. В. Организационные принципы лечения детей с аноректальной патологией. Журнал Здравоохранение Белоруссия. 2016;5:25-32.
6. Дегтярев Ю. Г. Врожденные аноректальные аномалии дифференцированный подход к диагностике и лечению (экспр-но - клин-исл-е). Автореф. дис. д.м.н. БелГосМУ. Минск. 2017:48.
7. Иванов П.В. Современные возможности хирургического лечения аноректальных пороков у детей. Автореф. дисс. к.м.н. Москва. 2011:140.
8. Машков А.Е. Оценка функциональной активности анального сфинктера с помощью электромиографии у больных, оперированных по поводу атрезии ануса. Сборник тезысов X-Российский конгресса иннова-е технологии в педиатрии и детской хирургии. 2011:391.
9. Убайдулов В.Р., Ибодов Х. Современные вопросы диагностики и лечения анальной недостаточности у детей. Здравоохранение Таджикистан. 2014;4:94-103.
10. Шамсиев А.М. Причины осложнений и рецидивов аноректальными мальформациями, развившихся после различных видов проктопластики. “Вестник экспериментал. и клинической хирургии”. Воронеж. 2018;(3):66.
11. Nah S. A. Anomalies associated with anorectal malformations according to the Krickbeck anatomic classification. Pediatric Surgeri. 2012;47(12):2273-2278.

Автор-корреспондент:

Хамраев Абдурашид Журакулович - профессор кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ

E-mail: abdurashid-56@rambler.ru.

УДК: 616.631.6

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КАМНЕОБРАЗОВАНИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Э.А. Шамансурова, Ш.А.Абдуразакова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Национальный детский медицинский центр, Ташкент, Узбекистан

Распространенность мочекаменной болезни в детском возрасте увеличивается. Широкие географические вариации заболеваемости литиазом в детском возрасте связаны с климатическими, диетическими и социально-экономическими факторами. Основная цель этого исследования заключалась в определении распространенности почечных камней, нарушении метаболизма мочи, контроль артериального давления и демографический характер данного заболевания у детей начальной школы.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, уролитиаз, дети.

MAIN INDICATORS OF STONE FORMATION IN CHILDREN JUNIOR SCHOOL AGE

E.A. Shamansurova, Sh.A.Abdurazakova

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

National Children's Medical Center, Tashkent, Uzbekistan

The prevalence of urolithiasis in childhood is increasing. Wide geographic variation in the incidence of lithiasis in childhood is associated with climatic, dietary, and socioeconomic factors. The main purpose of this study was to determine the prevalence of kidney stones, impaired urinary metabolism, blood pressure control, and demographics in elementary school children.

Key words: urolithiasis, urolithiasis, children.

Актуальность

Мочекаменная болезнь стала более распространенной среди детей за последние несколько десятилетий. Подозрение на этиологию связано с образом жизни, диетой и отсутствием достаточного количества жидкости, и приемом лекарственных средств [1-3]. Исследования показали, что количество мочевых камней увеличилось в пять раз за последнее десятилетие, отчасти потому, что появились более точные методы диагностики [3]. Практически у всех больных наблюдается нарушение метаболизма мочи [4-5]. Заболеваемость мочекаменной болезнью у детей меньше, чем у взрослых. Камни мочевыводящих путей являются причиной от 1 из 1000 до 1 из 7600 госпитализаций у детей и подростков в Соединенных Штатах Америки, что составляет примерно 1/50-1/75 от числа госпитализаций у взрослых [6].

Объяснение более низкой заболеваемости и распространенности мочекаменной болезни, наблюдается у детей, чем у взрослых, является неполным, но может быть связано с содержанием в моче цитрата и магния у детей больше, чем у взрослых, а также с веществами, препятствующими адгезии мочевых кристаллов к клеткам почечного эпителия больше у детей [8]. Риск камнеобразования у мальчиков в 1,4 - 2,1 раза выше, чем у девочек [7]. Быстрая диагностика, лечение и профилактика необходимы для предотвращения почечной недостаточности. Мочекаменная болезнь у детей и подростков, как и у взрослых, часто рецидивирует. Частота рецидивов выше у

детей с очевидными метаболическими нарушениями. Авторы сообщают о частоте рецидивов 20-40% с различными периодами наблюдения [9]. Это исследование было проведено для получения информации о нарушениях метаболизма мочи, заболеваемости инфекциями мочевыводящих путей, высоком кровяном давлении и факторах риска мочевых камней, таких как анатомические заболевания почек. Определение роста и веса детей по отношению к возрасту, полу и моче было другими целями этого исследования.

Материал и методы

Было проведено перекрестное исследование у 110 здоровых детей начального школьного возраста (56 девочек и 54 мальчика) в период с 2020 по 2021 год. Возраст детей от 7 до 11 лет. Согласие родителей было задокументировано, а затем были заданы вопросы об истории инфекций мочевыводящих путей, артериальном давлении и семейном анамнезе камня. Дети были осмотрены врачом педиатром, и была записана демографическая информация, такая как возраст и рост. Артериальное давление (АД) также измеряли после 5-минутного отдыха в положении сидя. в соответствии с Международным протоколом (1996 г.) систолическое или диастолическое АД, УЗИ мочеполового тракта. Родители были обучены собирать образцы утренней мочи.

Результаты исследования

56 детей (51%) были девочки и 54 ребенка (49%) мальчики. Возрастной диапазон 7-11 лет. Средний возраст составил

9,2±1,4 года для девочек и 8,5±1,5 года для мальчиков. Средняя масса тела девочек составила 33,8±11,1 кг. Масса тела колеблется от 16,6 до 58,6 кг. У мальчиков средняя масса тела составила 30,3±7,9 кг, масса тела от 17 до 66 кг. Достоверная разница между средней массой тела детей, мальчиков и девочек ($p=0,082$) не наблюдалась. Средний рост девочек составил 135,75±11,55 см (диапазон: 115-162 см). Средний рост мальчиков составил 129,88±10,69 (диапазон: 106-156 см). Достоверной разницы между девочками и мальчиками в росте не было ($p=0,07$). Среднее систолическое АД у детей составило 105,6±11,7 мм рт.ст. (диапазон: 80-135 мм рт.ст.). Среднее систолическое АД у девочек составило 102,8±13,3 мм рт.ст. (диапазон: 80-135 мм рт.ст.). Среднее систолическое АД у мальчиков составило 108,4±0,95 мм рт.ст. (диапазон: 90-130 мм рт.ст.). Достоверные различия между девочками и мальчиками в среднем систолическом АД ($p=0,011$).

В целом среднее диастолическое АД у обследованных детей составило 67,3±4,7 мм рт.ст. (диапазон: 50-80 мм рт.ст.). Среднее диастолическое АД у девочек составило 66,6±5,1 мм рт.ст. (диапазон: 50-70 мм рт.ст.). Среднее диастолическое АД у мальчиков составило 68±4,3 мм рт.ст. (диапазон: 60-80 мм рт.ст.). Мы не наблюдали существенной разницы в среднем диастолическом АД между девочками и мальчиками ($p=0,133$).

Артериальная гипертензия у 10 детей (9,1%), у 4 девочек (7,1%) и у 6 мальчиков (11,1%). Достоверной связи между высоким АД и полом выявлено не было ($p=0,523$). У 9 пациентов (8,2%) систолическое АД было повышено, а у одного пациента были отклонения как систолического, так и диастолического АД.

У двух пациентов (20%) с высоким АД процентиль веса больше или равен 95%, а у 8 (0,80%) процентиль составлял от 5 до 95%. У детей с нормальным АД у 10 пациентов (10%) процентиль веса был больше или равен 95%, у 82 (82%) процентиль веса составлял от 5 до 95 процентов и у 8 пациентов (8%) вес был меньше или равен 5 %. Данные не показали значимой корреляции между АД и процентилем веса детей ($p=0,441$).

Среди детей с высоким АД у одного (10%) процентиль роста был больше или равен 95% а у 9 пациентов (90%) рост находился в пределах 5-95 процентиля. У детей с нормальным АД 7 пациентов (7%) с процентилем роста больше или равным 95%, 87 пациентов (87%) процентиль роста между 5-95% и 6 пациентов (6%) имели рост меньше или равным 5% процентилю. Данные не показали существенной разницы между АД и ростом детей ($p=0,697$).

При анализе образцов мочи средний pH мочи был 5,4±0,61. У пациентов с нормальным АД средний pH был 5,4±0,63, а у больных с высоким АД pH мочи был 5,3±0,42. Таким образом, достоверной разницы в pH мочи обнаружено не было ($p=0,475$).

Средний удельный вес (УВ) мочи составил 1021,69. У 31 из 110 больных (28,4%) УВ мочи составил 1025, средний УВ мочи у детей с нормальным АД 1021,4±27,7 и у детей с высоким АД 1024,7±29,2. Следовательно, не может быть существенной

разницы в УВ мочи ($p=0,172$). У одного пациента (0,9) в образцах мочи были обнаружены эритроциты, у 6 пациентов - лейкоциты (5,5%), у 6 пациентах - нитриты в образцах мочи, у 2 детей (1,8%) - глюкоза, у 5 пациентах (5,4%) - белок, и у 9 пациентов (8,3%) в образцах мочи были обнаружены бактерии.

У 21 пациента (9,1%) были кристаллы в моче, три случая (7,2%) были трипельфосфата, 5 случаев (5,4%) оксалата и 10 пациентов (11,8%) аморфные кристаллы, также 7 случаев (4,6%) имели эпителиальные клетки в моче. Всего было выполнено 57 посевов мочи. В 52 случаях (88,8%) посев мочи был отрицательным. при этом в 5 случаях культивировался грамположительная флора. Культура была положительная для кишечной палочки у одного человека (0,9%). Все пациенты с положительной культурой были женского пола. Наши данные показали значительную связь между культурой мочи и полом ($p<0,001$). У 3 пациентах с отрицательными посевами (2,3%) и у 3 пациентах с положительными посевами (2,5%) в образцах мочи были обнаружены лейкоциты. Данные не показали существенной связи между положительной культурой мочи и количеством лейкоцитов в образцах мочи ($p=0,18$).

У одного (0,9%) пациента на УЗИ был гидронефроз, у 2 пациентов (1,8%) мочеточник был удвоен. У 27 пациентов (25,2%) была увеличена толщина стенки мочевого пузыря, при этом у 24 из этих 27 случаев (3,25%) были отрицательные посевы мочи, что означает отсутствие статистической значимой разницы между результатами посевов мочи и толщиной стенки мочевого пузыря ($p=0,1$).

Обсуждение

Согласно предыдущим сообщениям, оценка точной распространенности мочевых камней у детей затруднена. Ближний Восток и страны, как Иран и Турция, эндемичны по мочевым камням [2,8]. За последнее время наиболее важной причиной образования камней в почках у детей стала инфекция, вызванная аномальными метаболическими факторами. В этом исследовании наиболее частым метаболическим нарушением была гиперкальциурия. Также риск рецидива мочевого камня составлял около 40%. Гиперкальциурия была обнаружена у 17 детей (23%) (9 мальчиков и 8 девочек), с положительным семейным анамнезом почечно-каменной болезни у 50% детей, имевших бессимптомную гиперкальциурию. 11,4 % имели урикозурию, 8,4% оксалурию, 1,2% имели протеинурию.

Идиопатическая гиперкальциурия может быть связана с повышенной абсорбцией кальция в кишечнике или нарушением реабсорбции в почках. Во многих исследованиях гиперкальциурия является наиболее частым метаболическим нарушением, приводящим к камнеобразованию [6,8,9].

Гипоцитратурия связана с ацидозом дистальных канальцев, хронической диареей, гипокалиемией или инфекцией мочевыводящих путей [4]. Инфекции мочевыводящих путей вызывают образование уреазы, что повышает предрасположенность к образованию камней [1]. В настоящем исследовании у 11,2% пациентов были положительные посевы,

все они были девочками, а инфекция была вызвана кишечной палочкой или грамположительными кокками. Мы считаем, что региональный климат, состояние питания, нарушение обмена веществ, инфекции мочевыводящих путей и высокая частота образования камней в почках у детей являются серьезной проблемой, которую нужно решить в будущем. Поскольку камни в почках могут вызвать серьезное повреждение почек и почечную недостаточ-

ность, очень важна быстрая диагностика и соответствующее лечение, а также программа предотвращения рецидивов. Таким образом, у всех детей с камнями в почках следует проводить метаболическую оценку мочи и ультразвуковую анатомическую оценку, особенно у тех, у кого есть положительный семейный анамнез камней в почках. Всем детям рекомендовать употреблять достаточное количество жидкости в течение дня.

1.

Литература

1. Vinnichenko L.V. i soavt. Aspekty diagnostiki moche-kamennoj bolezni. Uchastkovyj pediatr, 2017. - 547-589.
2. Apolihin O.I., Sivkov A.V. i soavt. Jepidemiologija moche-kamennoj bolezni v razlichnyh regionah Rossijskoj Federacii. Bjulleten' medicinskih Internet-konferencij. 2011;1(3):167-176. 21.
3. Voshhula V.I., Nitkin D.M., Leljuk V.Ju. i soavt. Statistika i faktory riska mochekamennoj bolezni v Belarusi. Jeksperimental'naja i klinicheskaja urologija. 2013;2:21-26.
4. Aljaeva Ju.G., Glybochko P.V., Pushkarja D.Ju. Urologija. Rossijskie klinicheskie rekomendacii [Jelektronnyj resurs] M.: GJeOTAR-Media, 2015.
5. Golovanov S.A., Sivkov A.V., Drozhzheva V.V., Anohin N.V. Metabolicheskie faktory riska i formirovanie mochevyh kamnej. Issledovanie II: Vlijanie fosfaturii i magnijurii - Jeksperimental'naja i klinicheskaja urologija. 2017; 2:40-46
6. Filippova T.V., Litvinova M.M., Rudenko V.I. Geneticheskie faktory monogennyh form kal'cievogo urolitiaz. Urologija 2018№4
7. Scales C.D., Jr, et al. Prevalence of kidney stones in the United States. Eur Urol. 2012;62(1):160-165.
8. Novak T.E., et al. Sex prevalence of pediatric kidney stone disease in the United States: an epidemiologic investigation. Urology. 2009;74(1):104-107.
9. Sas D.J., Hulsey T.C., Shatat I.F., et al. Increasing incidence of kidney stones in children evaluated in the emergency department J Pediatr. 2010.

Автор-корреспондент:

Шамансурова Элмира Амануллаевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой Семейного врача №1, ФВ и ГО, Ташкентского педиатрического медицинского института.

E-mail: elmira_sh2003@mail.ru

УДК 6.1.5.

ПРЕПАРАТ МОНТУЛАР В КАЧЕСТВЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

З.Н. Шерова, К.Ш. Шаабидова

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан

Астма является одним из распространенных хронических заболеваний, от которого страдают как дети, так и взрослые во всем мире. По оценкам ВОЗ, в 2019 году астма поразила 262 миллиона человек и привела к 461000 смертей. Хроническая обструктивная болезнь легких и астма занимают 10-е и 22-е места среди всех заболеваний соответственно по продолжительности нетрудоспособности. В связи с этим разработка эффективных стратегий лечения пациентов с респираторной патологией является приоритетной задачей современной медицины.

Ключевые слова: астма, хроническая обструктивная болезнь легких, дети.

MONTULAR AS A BASIC THERAPY IN CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA

Z.N. Sherova, K.Sh. Shaabidova

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Asthma is one of the most common chronic diseases affecting both children and adults worldwide. WHO estimates that asthma affected 262 million people in 2019 and resulted in 461,000 deaths. Chronic obstructive pulmonary disease and asthma are ranked 10th and 22nd among all diseases, respectively, in terms of duration of disability. In this regard, the development of effective strategies for the treatment of patients with respiratory pathology is a priority task of modern medicine.

Keywords: asthma, chronic obstructive pulmonary disease, children.

Бронхиальная астма — хроническое заболевание, являющееся причиной значительного ограничения жизнедеятельности, снижения социальной и физической активности. Постоянное внимание к проблеме БА обусловлено и тем, что при недостаточном эффективном лечении, частых обострениях болезни снижается качество жизни больных, ограничивая их жизнедеятельность. Тяжелые формы бронхиальной астмы сопровождаются нарушением функций не только органов дыхания, но и других систем организма [13-14]. Инвалидность развивается у 7% из числа официально зарегистрированных больных бронхиальной астмой детей. В настоящее время эта проблема приобрела не только медицинское, но и социально-экономическое значение. Исходя из патогенеза бронхиальной астмы, современная терапия направлена на устранение аллергического воспаления слизистой оболочки бронхов, уменьшение гиперреактивности бронхов, восстановление бронхиальной проходимости и предупреждение структурной перестройки стенки бронхов. Несвоевременная диагностика и неадекватная терапия — основные причины тяжелого течения болезни и смертности пациентов с бронхиальной астмой. Выбор лечения определяется тяжестью течения, степенью контроля и периодом бронхиальной астмы. Однако в любом случае необходим индивидуальный подход в выборе средств и методов лечения [1-3].

При фармакотерапии бронхиальной астмы рекомендуется «ступенчатый» подход, который включает в себя увеличение или уменьшение объема терапии в зависимости от выра-

женности клинических симптомов. В комплексной терапии возможно использование и немедикаментозных методов лечения, хотя эффективность некоторых из них дискуссионна и нуждается в дальнейшем изучении. В то же время необходимо помнить, что успешное лечение БА невозможно без установления партнерских, доверительных отношений между врачом и пациентом. Существенный прогресс в лечении бронхиальной астмы был достигнут при введении базисной (контролирующей) терапии, воздействующей на хронический аллергический воспалительный процесс в бронхах, тем самым уменьшающей вероятность развития бронхообструкции и формирования необратимой структурной перестройки стенки бронха. К средствам базисной терапии относятся: глюкокортикостероиды (ингаляционные и системные); антагонисты лейкотриеновых рецепторов; пролонгированные В₂-агонисты в комбинации с ингаляционными глюкокортикостероидами; кромоны (кромоглициевая кислота, недокромил натрия); пролонгированные теофиллины; антитела к IgE [4-6].

Цель исследования

Достижение контроля над бронхиальной астмой, сочетая различные группы базисных препаратов и определение роли антагонистов лейкотриеновых рецепторов в терапии разных форм и степеней тяжести астмы.

Материалы и методы

Для достижения поставленной цели в исследование были включены дети в возрасте старше 3-х лет (группа пациентов состояла из 26 детей), с разными формами и степенями

тяжести бронхиальной астмы. Пациенты основной группы принимали Л-Монтус (монтелукаст), дети группы сравнения кетотифен. Оценивались общее состояние больных, объективные данные и проводились клинико-лабораторные и инструментальные исследования.

Результаты исследования

Применение препарата Л-Монтус в качестве базисной терапии привело к улучшению клинических показателей, что характеризовалось уменьшением одышки, кашля, приступов удушья и неблагоприятных явлений, таких как седативное действие и в виде невротизации у детей младшего и старшего возраста не наблюдалось. Эти побочные реакции наблюдались при применении препарата кетотифена в терапевтических дозах [11,12].

Антагонисты лейкотриеновых рецепторов (монтелукаст, зафирлукаст) являются первой медиаторспецифической терапией БА и представляют новый терапевтический класс препаратов в лечении болезни. Эффективность антагонистов лейкотриеновых рецепторов была доказана в рандомизированных клинических исследованиях среди взрослых

и детей с бронхиальной астмой [7,8]. Антилейкотриеновые препараты представляют особый интерес для педиатрической практики как нестероидные препараты для перорального приема. Не секрет, что у некоторых пациентов существует «фобия ингалятора». Кроме того, монтелукаст может назначаться один раз в день, что создает предпосылки для лучшего комплаенса [9,10].

Выводы

Блокаторы лейкотриеновых рецепторов, в частности Л-Монтус облегчают симптомы БА и являются препаратом для базисной терапии этого заболевания, приводит к значительному улучшению контроля, снижает частоту обострений БА, обусловленных вирусной инфекцией, у детей в возрасте 3-5 лет. Обладает противовоспалительным эффектом, комбинированным действием глюкокортикостероидов.

Можно утверждать, что монотерапия антилейкотриеновыми препаратами высокоэффективна и выступает в качестве альтернативы ингаляционным ГКС у детей с легкой персистирующей астмой, но при этом влияние ингаляционных ГКС на показатели спирометрии выражено в большей степени.

Литература

1. Бронхиальная астма у детей: стратегия лечения и профилактики. Национальная программа. 5-е изд., перераб. и доп. М.: Оригиналмакет, 2017. 2. Бронхиальная астма у детей: федеральные клинические рекомендации. 2017. Союз педиатров России. Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов. Доступно: <https://www.pediatr-russia.ru/>. Доступ 20.04. 2019.
2. Guilbert T.W., Bacharier L.B., Fitzpatrick A.M. Severe asthma in children. J. Allergy Clin. Immunol. Pract. 2014; 2(5):489-500.
3. Chung K.F., Wenzel S.E., Brozek J.L. et al. International ERS/ATS guidelines on definition, evaluation and treatment of severe asthma. Eur. Respir. J. 2014;43:343-373.
4. Global Initiative for Asthma. Difficult-to-treat and Severe Asthma in adolescent and adult patients. Diagnosis and Management. Pocket Guide for health professional. Available from: <https://ginasthma.org/gina-ebooks/>. // Accessed 2019. Apr 20.
5. Поликарпов А.В., Александрова Г.А., Голубева Н.А. Общая заболеваемость детского населения России (0-14 лет) в 2017 году: статистические материалы. Ч. VI. 2018. 144 с. Доступен по ссылке: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/> Доступ от 20.04.2019.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Asthma in the US. Available from: <https://www.cdc.gov/vitalsigns/asthma/>. Accessed 2019 April 20.
7. Moonie. S.A., Sterling D.A., Figgs L. et al. Asthma status and severity affects missed school days. J. Sch. Health. 2006;76:18-24.
8. Lang A., Carlsen K.H., Haaland G. Severe asthma in childhood: assessed in 10 year olds in a birth cohort study. et al. Allergy. 2008; 63(8):1054-1060.
9. Клыкова Т.В., Терещенко Ф.М. Распространенность и клинико-аллергологические особенности тяжелой бронхиальной астмы у детей и подростков г. Казани. Практическая медицина. 2009;35:52-54. 22
10. Bellin M.H., Osteen P., Kub J. et al. Stress and quality of life in urban caregivers of children with poorly controlled asthma: a longitudinal analysis. M.H. Bellin, P. Osteen, J. Kub et al. J. Pediatr Health Care. 2015;29:536-546.
11. Godard P., Chanez P., Siraudin L. et al. Costs of asthma are correlated with severity: a 1-yr prospective study. Eur. Respir. J. 2002;19(1):61-67. Epub 2002/02/15. eng.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Asthma in the US. Available from: <https://www.cdc.gov/vitalsigns/asthma/>
13. Puig-Junoy J., Pascual-Argente N. Socioeconomic Costs of Asthma in the European Union, United States and Canada: A Systematic Review. Rev. Esp. Salud. Publica. 2017;91:1-15.

Автор-корреспондент:

Шаабидова Камола Шахамдамовна

E-mail: shaabidova1987@gmail.com

УДК: 618,33:616,26-007,43:618,4(04)

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДОРОДОВОЙ ДИАГНОСТИКИ И АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ У ПЛОДА

Б.Б. Эргашев, Б.У. Исмадияров, М.Б.Хаджаев

Республиканский перинатальный центр, Ташкент, Узбекистан

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

В данной статье проведен анализ ультразвукового исследования 50 беременных с подозрением на диафрагмальную грыжу плода за 2017-2021 годы в Республиканском учебно-лечебно-методическом центре хирургии новорожденных при Республиканском перинатальном центре, а также возраст беременной, количество родов, акушерский анамнез, способ родоразрешения, гестационный возраст ребенка, представлен ретроспективный анализ по массе тела при рождении, наличию дополнительных пороков развития, исходу диафрагмальной грыжи.

Ключевые слова: врожденная диафрагмальная грыжа, новорожденный, врожденный порок развития.

MODERN ASPECTS OF PRENATAL DIAGNOSIS AND OBSTETRIC MANAGEMENT IN CONGENITAL DIAPHRAGMIC HERNIATION IN THE FETUS

B.B. Ergashev, B.U. Ismadiyarov, M.B. Xadjaeva

Republican Perinatal Center, Tashkent, Uzbekistan

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

In this article, the analysis of ultrasound examination of 50 pregnant women suspected of fetal diaphragmatic hernia during the years 2017-2021 at the Republican Neonatal Surgery Training-Treatment-Methodological Center under the Republican Perinatal Center, as well as the age of the pregnant woman, the number of deliveries, obstetric anamnesis, the method of delivery, the gestational age of the baby, presented a retrospective analysis according to birth weight, presence of additional malformations, and outcome of diaphragmatic hernia.

Keywords: Congenital diaphragmatic hernia, newborn, congenital malformation.

Актуальность

За последние годы достигнуты огромные успехи в антенатальной диагностике фетальных аномалий. Пренатальная ультрасонография позволяет обнаруживать различные врожденные пороки развития плода. В настоящее время, по данным опубликованных исследований, эффективность антенатальной диагностики пороков развития в развитых странах в учреждениях первого уровня составляет 20%, второго уровня – 55%, а в перинатальных центрах достигает 90% [1].

Диафрагмальная грыжа (ДГ) – один из антенатально диагностируемых и корригируемых пороков развития, пренатальная диагностика которого позволяет заблаговременно планировать время, место и способ родоразрешения, выбрать акушерскую тактику, выявить ассоциирующие аномалии других органов и систем, а также дает возможность прогнозировать исход.

Цель исследования

Ретроспективный анализ результатов пренатальной диагностики и акушерской тактики при диафрагмальной грыже.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ случаев антенатальной диагностики и акушерской тактики при диафрагмальной грыже (ДГ) в Республиканском учебно-лечебно-методическом центре неонатальной хирургии при Республиканском перинатальном центре (РПЦ) за 2017-2021 годы, который является клинической базой кафедры Госпитальной детской хирургии Ташкентского педиатрического медицинского института (ТашПМИ). За этот период в РПЦ было 25463 родов, из них в 297 (1,2%) случаях обнаружены различные врожденные аномалии плода. Из всех 297 беременных женщин (1,2% от указанного общего количества родов) с врожденными аномалиями плода антенатально было подозрение на ДГ – у 47 (15,8% от случаев с врожденными аномалиями). Все беременные женщины подвергались ультразвуковому исследованию во втором или третьем триместре. Для ретроспективного анализа собраны следующие данные: возраст матери, количество родов, акушерский анамнез, способы родоразрешения, гестационный срок, вес ребенка при рождении, сопутствующие врожденные

аномалии других органов и систем, а также исход данного порока.

Результаты и обсуждение

Ультразвуковое исследование 50 беременных женщин с подозрением на ДГ плода проводилось на П-Ш триместре беременности. ДГ можно диагностировать с 16 недель гестации, но признаки ДГ могут быть не постоянными. Поэтому необходимо динамическое наблюдение и сопоставление эхографических признаков ДГ. Все 50 беременных с антенатальным подозрением на ДГ плода в течение беременности наблюдались у гинеколога и детского

хирурга в условиях Республиканского перинатального центра. В нашем случае, средний срок установления ДГ у плода составил 30 ± 3 нед. Одним из основных эхографических признаков является смещение сердца (вправо – при левостороннем и влево – при правостороннем поражении), а также появление в грудной клетке патологических анэхогенных образований желудка и петель тонкого кишечника. В некоторых случаях эхография позволяет обнаружить смещение в грудную полость плода доли печени и селезенки (рис. 1).

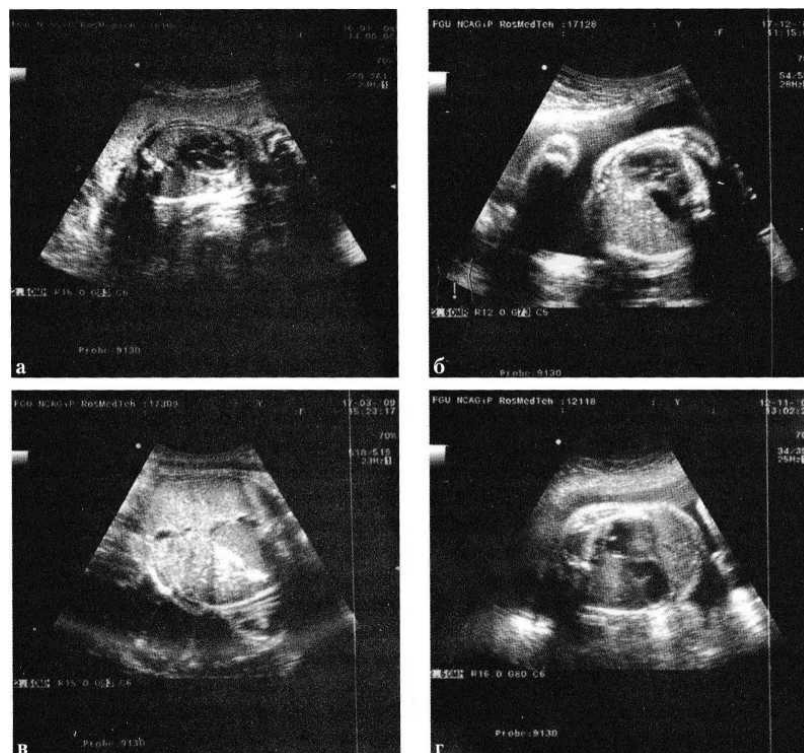


Рис 1. Эхограммы (поперечная плоскость сканирования) плода с врожденной левосторонней диафрагмальной грыжей (22-25 нед.гестации).

Содержимое грыжи расположено в левой плевральной полости: а - петли кишечника; б - петли кишечника и желудка; в - петли кишечника и селезенка; г - петли кишечника, желудок и печень.

По данным М.В. Медведева и соавт. (2005), в 35,7% случаев врожденных диафрагмальных грыж, диагностированных в пренатальном периоде, в состав грыжи входили только петли кишечника, в 25% – желудок, в 17,8% – их сочетание; в 7,1%, помимо кишечника и/или желудка в состав грыжи входили селезенка и в 14,3% – печень. Очень сложны для пренатальной диагностики случаи двусторонней врожденной диафрагмальной грыжи. Этот редкий порок развития всегда приводит к летальному исходу. Основная трудность заключается в том, что положение сердца практически не меняется, что не позволяет своевременно заподозрить эту аномалию.

Из 50 беременных с подозрением на АП плода 33 (66%) были в возрасте 17-30 лет, 17 (34%) – в возрасте 31-40 лет. Первородящих женщин было 23 (46%), повторнородящих 27 (54%). Патология органов гениталий отмечена у 7 (14%) женщин, экстрагенитальная патология (ОРВИ, пиелонефрит, зоб, анемия и т.д.) – у 21 (42%) рожениц. Рождение детей с пороками развития в предыдущих родах отмечено у 2 (4%) женщин, выкидыши на ранних сроках гестации – у 8 (16%) и угроза прерывания беременности – у 4 (8%) женщин. Из 50 беременных женщин у 39 (78%) роды были физиологическими, а у 11 (22%) – путем Кесарева сечения. Постнатально диагноз ДГ подтвержден только у 47 новорожденных и тем самым, точность антенатальной диагностики ДГ составила 94%.

Среди этих детей мальчиков было 22 (46,8%), девочек 25 (53,2%). Доношенных 43 (91,5%), недоношенных 4 (8,5%).

При поступлении всем детям проводились следующие методы исследования: обзорная рентгенография грудной и брюшной полости, пассаж контрастного вещества по ЖКТ, комплексное ультразвуковое исследование (УЗИ) грудной и брюшной полости, нейросонография (НСГ), эхокардиография (ЭхоКГ). В большинстве случаев эти методы исследования были достаточными для постановки диагноза.

Множественные аномалии развития выявлены у 9 (19,1%) новорожденных, а у 38 (80,9%) больных ВДГ был единственным пороком. В структуре сопутствующих аномалий наиболее часто 5 (10,6%) выявлены пороки сердечно-сосудистой системы, далее у 3 (6,4%) детей – аномалии мочеполовой системы и у 1 (2,1%) ребенка – пороки развития других органов и систем. У 2 (4,3%) новорожденных при нейросонографии было выявлено кровоизлияние в головной мозг различной степени тяжести, что значительно усугубляло течение послеоперационного периода.

Предоперационная подготовка заключалась в коррекции нарушений гомеостаза с использованием коллоидных плазма заменяющих растворов, физиологического раствора и препаратов калия. Назначали антибиотики и гемостатические препараты. В целом, длительность предоперационной подготовки после поступления ребенка в стационар составила 24-48 часа. Критерием адекватности предоперационной подготовки явилось улучшение показателей гемодинамики и диуреза.

Оперативное вмешательство выполнено 30 (63,8%) больным. 15 (31,9%) больных умерли до операции. У 2 (4,3%) со стороны

отца и матери был отказ от операции, и родители забрали детей из стационара для амбулаторного лечения по месту жительства. Все исследуемые больные в зависимости от способа операции были разделены на 2 группы: первую группу, группу сравнения, составили 16 (53,3%) детей у которых коррекция ВДГ выполнена традиционной лапаротомией или торакотомией. Вторую (основную) группу составили 14 (46,7%) новорожденных, у которых для коррекции ВДГ использованы торакоскоп-ассоциированные операции.

Из 16 новорожденных с ДГ 15 (31,9%) умерло еще в периоде предоперационной подготовки, до хирургического вмешательства. А также, 11 (36,7%) детей умерли в послеоперационном периоде. Всего умерло 26 (55,3%) детей. Непосредственными причинами летальных исходов явились «большие» или «жизнеугрожающие» сопутствующие пороки, недоношенность и респираторный дистресс синдром, гипоплазия и гипертензия легкого.

Заключение

Аntenатальная ультразвуковая диагностика ДГ плода возможна с 12-16 недель беременности и должна быть серийной. Она позволяет предупредить упущения ранней антенатальной диагностики, различные виды осложнений. Антенатальная диагностика и роды должны осуществляться в сотрудничестве акушера-гинеколога и неонатального хирурга в условиях перинатального центра, который имеет необходимые условия для диагностики, ведения родов, оказания неонатальной хирургической помощи и неонатального ухода.

Литература

1. Bennet A.J. Bilateral congenital diaphragmatic hernia. Ped. Surg. Int. 2005;21(9):739–741.
2. Harriison M.R. Correction of congenital diaphragmatic hernia in utero. Initial clinical experience. Ped. Surg. 1990;25(1):47–53.
3. Rowe M.I. Essentials of Pediatric Surgery. St.Louis, Baltimore: Mosby, 1995.
4. Hedrick M.H. Plug the lungs until it grows (PLUG); a new method to treat congenital diaphragmatic hernia in utero. Ped. Surg. 1995; 29(5):347–353.
5. O'Neill J.A. Principles of Pediatric Surgery. St. Louis: Mosby, 2004.
6. Puri P. Epidemiology of congenital diaphragmatic hernia. Cong.Diaphr. Hernia. Basel. 1999;24:22–27.
7. Schaarschmidt K. Thoracoscopic repair of congenital diaphragmatic hernia: a better access? Ped.Surg.Int. 2005;21(9):806–808.
8. Баиров Г.А., Гумеров А.А., Ярашев Т.Я. Врожденные диафрагмальные грыжи у детей, Ташкент 1996 г.
9. Демидов В.Н., Машинцев Н.В., Подуровская Ю.В., Буров А.А. Врожденная диафрагмальная грыжа -возможности ультразвуковой диагностики и прогнозирование постнатального исхода. Акушерство и гинекология. 2014;4:38–45.
10. Колесников Э.М. Диагностика и лечение диафрагмальных грыж у детей: учеб.-метод. Пособие. Минск: БГМУ, 2014.
11. Троян В.В. Диафрагмальные грыжи у детей: учеб.-метод. Пособие. Минск: БелМАПО, 2006.
12. Исаков Ю.Ф., Володина Н.Н., Гераскина А.В. Неонатальная хирургия, Москва. 2011:332–358.
13. Смирнова С.В. Эндоскопическая коррекция врожденных диафрагмальных грыж у новорожденных детей. Автореферат. Москва 2012 г.

Автор-корреспондент:

Эргашев Бахтиёр Бердалиевич – доктор медицинский наук, профессор кафедры госпитальной детской хирургии, руководитель Республиканского учебно-лечебно-методического центра неонатальной хирургии при РПЦ.

E-mail: ergashev_1966@list.ru

УДК: 616.34-007.272

ЕЮНОИЛЕАЛЬНАЯ АТРЕЗИЯ – СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ

Б.Б. Эргашев, Ш.Б. Камолов

Республиканский учебно-лечебно-методический центр неонатальной хирургии при Республиканском перинатальном центре, Ташкент, Узбекистан

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

В данной статье приведены современные взгляды на диагностику и лечение видео ассоциированных и традиционных операций у 113 новорожденных с еюноилеальной атрезией за период 2014-2021 гг, поступившие в Республиканский перинатальный центр. По классификации J.L. Grosfeld (1979) 1 – тип выявлен у 14 (12,4%) больных, 2 тип – 23 (20,3%), 3а тип 43 (38,1%), 3б тип 20 (17,7%) и 4 тип 13 (11,5%). Основную группу составили 35 (31%) новорожденных, у которых выполнена хирургическая коррекция атрезии тонкой кишки видео ассоциированным методом, а во вторую группу (сравнения) – 78 (69%) больных, с лапаротомией. Сравнительная оценка непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения показали преимущества видео ассоциированных операций перед традиционными.

Ключевые слова: атрезия тонкой кишки, еюноилеальная атрезия, низкая кишечная непроходимость, новорожденный, лечение.

EJUNOYLEAL ATRESYA - MODERN VIEWS ON DIAGNOSIS AND TREATMENT

B.B. Ergashev, Sh.B. Kamolov

Republican Training, Medical and Methodical Center of Neonatal Surgery by the Republican Perinatal Center, Tashkent, Uzbekistan

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

This article presents modern views on the diagnosis and treatment of video-assisted and traditional operations in 113 newborns with jejunoileal atresia for the period 2014-2021, admitted to the Republican Perinatal Center. According to J.L. Grosfeld (1979) 1st type was detected in 14 (12.4%), 2nd type in 23 (20.3%), 3rd "a" type in 43 (38.1%), 3rd "b" type in 20 (17.7%) and 4th type in 13 (11.5%) patients. The main group consisted of 35 (31%) newborns who underwent surgical correction of small intestinal atresia by video-assisted method, and the second group (comparison) included 78 (69%) patients with laparotomy. A comparative evaluation of the immediate and long-term results of surgical treatment showed the advantages of video-assisted operations over traditional ones.

Key words: atresia of the small intestine, ejunoyleal atresia, low intestinal obstruction, newborn, treatment.

Введение

Еюноилеальная атрезия – врожденное нарушение непрерывности тощей или подвздошной кишки, являющееся наиболее частой причиной врожденной низкой кишечной проходимости у новорожденных. Еюноилеальная атрезия равномерно распределена между тощей и подвздошной кишкой. Атрезия тощей и подвздошной кишки – относительно редкая мальформация кишечной трубки. Частота болезни варьирует от 1 на 1000 новорожденных до 1 на 3000 новорожденных [2]. Статистика этого заболевания демонстрирует его широкое распространение среди остальных форм кишечной непроходимости – от 20 до 50% [1,8].

Диагностику врожденной непроходимости кишечника в последние годы основывали на антенатальном ультразвуковом исследовании, наблюдении пренатальным консилиумом, консультации в родильном доме хирурга-неонатолога в первые часы жизни ребенка. За небольшим

исключением, родоразрешение беременных проводили в областном перинатальном центре. Наряду с клинической диагностикой использовали рентгенографию брюшной полости в вертикальном положении ребенка, при подозрении на мальротацию ирригографию с контрастом. Пассаж контраста по желудочно-кишечному тракту исследовали в единичных наблюдениях частичной высокой непроходимости и неясных диагностических случаях [1,6,8].

Возможности лапароскопии в лечении при еюноилеальной атрезии ограничены. Полностью лапароскопический анастомоз разных по диаметру сегментов кишки в условиях малой по размерам брюшной полости весьма затруднителен и до настоящего времени казался практически невыполнимым. Естественно, что более удобно конструировать кишечное соустье вне полости брюшины. Поэтому на протяжении последних десятилетий лапароскопия превратилась

лась в ассистированную (гибридную) процедуру, позволяющую выполнить экстракорпоральный анастомоз [8].

Цель исследования

Улучшение ранней диагностики и результатов хирургического лечения врожденной атрезии тонкой кишки у новорожденных, путём оптимизации ante- и постнатальной диагностики, и совершенствования способа хирургической коррекции.

Материалы и методы

В Республиканском учебно-лечебно-методическом центре неонатальной хирургии при РПЦ за период 2014-2021 годы было пролечено 113 новорожденных с врожденной атрезией

тонкой кишки. Из 113 новорожденных, поступивших с врожденной еюноилеальной непроходимостью в отделение неонатальной хирургии мальчиков – 57 (51%), а девочек – 56 (49%). В зависимости от гестационного возраста доношенных детей было 70 (62%), недоношенных – 43 (38%), недоношенные I степени составили 27 (23,9%), II и III степени – 13,2% (15), с критической массой тела было 1 (0,9%).

Из 113 беременных многоводие определили косвенным образом по УЗИ – критериям, как правило, с помощью индекса амниотической жидкости (ИАЖ (или AFI) в норме составляет от 5 до 24 см). У беременных под наблюдением, в 89 (78,7%) случаях было многоводие.

Сроки поступления больных в РЦНХ с ВТКН

СРОКИ ПОСТУПЛЕНИЯ БОЛЬНОГО (ЧАСЫ)	0-24	24-48	48-72	72 И БОЛЕЕ
ЧИСЛО НОВОРОЖДЕННЫХ ПОСТУПИВШИХ В ЭТИ СРОКИ	73 (65%)	22 (19%)	7 (6%)	11 (10%)

Анализ показателей, приведенных в таблице, дает основание сделать вывод, что в первые сутки госпитализируется лишь 65% больных с врожденной тонкокишечной непроходимостью, в первые двое суток – 19%, до трех суток – 6%, а 10% новорожденных поступали в сроки более 3-х суток с рождения. По-видимому, три основные причины влияют на позднюю госпитализацию. Одна из них – это то, что в антенатальном периоде диагноз не установлен или до конца при беременности матери плод не дообследован.

Пренатальный диагноз обструктивного поражения тонкой кишки в подавляющем большинстве случаев может быть установлен только в конце II и в III триместре беременности. Из 37 детей с антенатально установленной НКН у 28 (24,7%) ВТКН выявлена в РПЦ, где провели пренатальный консилиум, с участием заинтересованных специалистов. Эти беременные поставлены в учёт в РПЦ и наблюдались у акушера-гинеколога и неонатального хирурга. В 11 (9,7%) случаях диагноз ВТКН плода был установлен в других учреждениях, и эти женщины тоже обращались в РПЦ для дальнейшего наблюдения. Антенатально диагноз не был установлен у 63 (55,7%) детей, поступивших из других учреждений.

На основе проведенного анализа мы пришли к выводу, что кроме триады признаков (многоводие, выявления множественных дилатированных петель тонкой кишки и усиленную перистальтику с плавающими частицами мекония) большое значение имеют факторы риска рождения детей с ВТКН. Наиболее значимыми являются следующие факторы: угроза прерывания беременности, соматические и инфекционные заболевания женщины в период беременности, воздействие лекарственных препаратов и воздействие факторов внешней среды.

Диагноз врожденной низкой тонкокишечной непроходимости был заподозрен при ультразвуковом исследовании у 39 (34,5%) новорожденных. Рентгенологическое обследо-

вание (обзорная рентгенограмма брюшной полости) как один из основных методов диагностики ВТКН, проводили всем больным. В 105 (92,9%) случаях ограничились обзорной рентгенографией, которая показала ВТКН. Отсутствовало газонаполнение нижележащих отделов брюшной полости.

С целью полного уточнения диагноза, выявления врожденных сочетанных пороков развития толстой кишки и определить проходимость толстого кишечника, нами проводилось рентгенконтрастное исследование (ирригография в 24 (21,2%) случае, пассаж по ЖКТ в 3 (2,6%) случае) желудочно-кишечного тракта. Сопоставление наших ante-и постнатальных методов диагностики у 37 беременных женщин показало, что точность антенатальной ультразвуковой диагностики при врожденной низкой кишечной непроходимости у плода обусловленной атрезией тонкой кишки, было почти 100%.

Результаты и обсуждение

Оперативное вмешательство выполнено всем 113 (100%) больным. Все эти больные в зависимости от способа операции были разделены на 2 группы: первую группу (группа сравнения) составили 78 (69%) детей, у которых коррекция еюноилеальной атрезии выполнена традиционной открытой лапаротомией. Вторую группу (основная группа) составили 35 (31%) новорожденных, у которых для коррекции еюноилеальной атрезии использованы лапароскопия и минилапаротомия с выведением на рану только атрезированного участка тонкой кишки.

В нашем центре с конца 2017 года внедрены видео ассоциированные операции при врожденной низкой кишечной непроходимости у новорожденных, обусловленной еюноилеальной атрезией. Показаниями к этой операции явились ранее поступление (первые 24 часа жизни) ребенка, отсутствие внутриутробного генерализованного перитонита, перфорации кишечника, массивно спаечного процесса в

брюшной полости, грубых пороков развития сердца и дыхательных путей.

Видео ассоциированные операции выполнены у 35 (31%) из 113 больных с еюноилеальной атрезией. Из них мальчиков было 18 (51,5%), девочек 17 (48,5%). Доношенных было 21 (60%), недоношенных 14 (40%).

Все видео ассистированные операции на кишечнике начинали с введением первого троакара для установки лапароскопа и провели ревизии брюшной полости. Затем выполняли установку троакаров под рабочие инструменты, далее выполняли мобилизацию кишки, обработку магистральных сосудов, намечали границы резекции.

Для выполнения видео ассистированных операций на тонком кишечнике у новорожденных использовали: эндохирургический комплекс (стойка 4К) с комплектом оборудования, включающим в себя видеокамеру с оптическим кабелем и лапароскопом 5 и 10 мм, источник света со световодом, монитор, инсуфлятор с плавно регулируемые режимами подачи CO₂, систему для аспирации содержимого из брюшной полости, электрохирургический блок с режимами би- и монополярной коагуляции, высокочастотная электрохирургическая система "KARL SHTORS" с инструментом BiClamp диаметром 5 мм, набор троакаров диаметром 3 мм, 5 мм, 10 мм и инструментов 3 и 5 мм.

Под интубационном наркозом, положение больного на спине после обработки операционного поля, в инфраумбиликальной области установили первый троакар (диаметром 2 мм), осуществлена инсуфляция CO₂ и создан пневмоперитонеум. Далее установили оптику HOPKINS II, 5 мм и под контролем оптики троакар (3,0 мм) справа от пупка. Далее при ревизии брюшной полости если определяли спаечный процесс, спайки разъединяли биполярным коагулятором. После которого обнаруживали атрезированную часть тонкой кишки, дистальный конец которого был спавшимся в виде «шнура». Определяем есть ли дефект брыжейки. Далее на место троакара справа осуществляли минилaparотомный разрез от 2,0 см до 3,0 см и выведем атрезированные участки тонкой кишки. Проверяем проходимость отводящего конца кишечника. Резецируем атрезированную часть тонкой кишки. Если наложим межкишечного анастомоза, далее осторожностью погружаем петель кишечника в брюшную полость. По состоянию брюшной полости максимально не дренируем, потому что это тоже ворота для инфекции. Если будем ставить энтеростому то тогда через мини лапаротомного разреза выводим двухствольную энтеростому. Гемостаз по ходу операции. Вставляли послойные швы на рану и асептическую повязку.

При анализе ближайшего послеоперационного периода выявлено, что применение видео ассоциированных опера-

ций способствовало более гладкому течению послеоперационного периода, снижению болевого синдрома, что позволило быстро в течение 2 и 3 суток после операции экстубировать больного. Кроме того, у всех 35 больных, которым были выполнены видео ассоциированные радикальные операции, послеоперационный парез кишечника быстро разрешился в течение 3 суток, что способствовало началу энтерального кормления на 4-5 сутки после операции. В одном из случаев в этой группе больных наблюдалась несостоятельность анастомоза и в одном случае наблюдалась ранняя спаечная непроходимость кишечника. Кроме того, детям, которым была наложена энтеростома видео ассоциированным путем, при проведении радикальной операции через 4 недели трудности, связанные с выделением стомы, не возникали, а также не отмечено развитие спаечного процесса. Летальность в основной группе отмечена у 5 (14%) больных. Из них двое детей были недоношенными, а у троих доношенного ребенка был неблагоприятный соматический фон, который в последующем способствовал присоединению сепсиса и энтероколита.

Сроки пребывания больного в стационаре с еюноилеальной атрезией после традиционного метода были в среднем 28±4 суток, а после применения видео ассоциированного метода были в среднем 18±2 суток. Кроме того, на летальность в обеих группах 26 (23%) детей оказывал влияние тип атрезии тонкой кишки. Так, при I, II и IIIa типе атрезии результаты оперативного лечения были, в основном, положительными. Наибольшее количество летальных исходов отмечено в группе детей с III b и IV типами атрезии тонкой кишки. Так, из 26 умерших детей 20 (76%) были с III b и IV типами атрезии тонкой кишки.

Вывод

Таким образом, своевременная диагностика, адекватная предоперационная подготовка и послеоперационное ведение новорожденных с еюноилеальной атрезией, с учетом сопутствующих аномалий, соматических патологий и их осложнений позволяют не только улучшить течение послеоперационного периода, но и снизить летальность.

Исследование подтверждает, что предлагаемый способ операции является эффективнее традиционных операций в плане предупреждения таких ранних послеоперационных осложнений, как несостоятельность анастомоза, и перитонит. Видео ассоциированная коррекция атрезии тонкого кишечника у новорожденных является перспективным, мало-травматичным и эффективным вмешательством, приводящими к гладкому течению послеоперационного периода, уменьшению болевого синдрома. Данная операция способствует снижению числа осложнений в виде спаечной кишечной непроходимости и сокращению койко-дней.

Литература

1. Kennedy G, Gast Morris A., Cochran Jr. W. Small bowel congenital anomalies: A review and update. Curr: roenterol Rep 18(4):16,2016. doi: 10.1007/s11894-016-0490-4.
2. Панин А.П., Дорофеева Е.И. Врожденная кишечная непроходимость 2021. Федеральное Государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский

- исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова»
3. Ergashev B.B., Kamolov Sh.B., et all. First Experience of application a laparoscope surgery for congenital atresia of the small intestine in newbornsin the Republic Of Uzbekistan //“Ўзбекистон Республикаси фанлар академияси. Назарий ва клиник тиббиёт журналы.. 2019;5:206-208.
 4. Медведев М.В.Пренатальная эхография. Дифференциальный диагноз и прогноз // 4-е издательство. Реал Тайм. Москва. 2016:370-372.
 5. Козлов Ю.А., Распутин А.А., Ковальков К.А., Капуллер В.М. Лапароскопическое лечение при атрезии тонкой кишки. Эндоскопическая хирургия. 2020; 26(3):47-51.
 6. Козлов Ю. А., Разумовского А. Ю., Новожилова В. А. Атрезии пищеварительного тракта. Москва. ГЭОТАР-Медиа. 2021:278.
 7. Козлов Ю.А., Распутин А.А., Ковальков К.А., Капуллер В.М. Лапароскопическое лечение при атрезии тонкой кишки. Эндоскопическая хирургия. 2020;26(3):47-51.

Автор-корреспондент:

Эргашев Бахтиёр Бердалиевич – доктор медицинский наук, профессор кафедры госпитальной детской хирургии, руководитель Республиканского учебно-лечебно-методического центра неонатальной хирургии при РПЦ.

E-mail: ergashev_1966@list.ru

УДК:616.334-007.271-053.1-053.31-089

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАДИЦИОННОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА У НОВОРОЖДЁННЫХ И ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

Б.Б. Эргашев, Ж.У. Мухтаров

Республиканский учебно-лечебно-методический центр неонатальной хирургии при Республиканском перинатальном центре, Ташкент Узбекистан

Преимуществом эндохирургии в лечении врожденного пилоростеноза является быстрая адаптация больного в постоперационном периоде и раннее восстановление функции пищеварительного тракта, которое, в свою очередь, приводит значительному уменьшению длительности стационарного лечения. Главными достижениями эндохирургии у младенцев является благоприятное течение послеоперационного периода, а также непревзойденный косметический эффект. Пилоромиотомия является стандартным эффективным методом хирургического лечения при врожденном гипертрофическом пилоростенозе у новорожденных и грудных детей. В данной статье представлены результаты хирургического лечения 206 пациентов, поступивших в отделение Республиканского учебно-лечебно-методического центра неонатальной хирургии с врожденным гипертрофическим пилоростенозом.

Ключевые слова: лапароскопическая пилоромиотомия, новорожденные, врожденный пилоростеноз.

COMPARATIVE EVALUATION OF THE RESULTS OF TRADITIONAL AND LAPAROSCOPIC CORRECTION OF CONGENITAL PYLORIC STENOSIS IN NEWBORNS AND INFANTS

B.B. Ergashev, J.U. Muhtarov

Republican Educational, Medical and Methodological Center for Neonatal Surgery at the Republican Perinatal Center, Tashkent, Uzbekistan

The use of endosurgery in the treatment of congenital pyloric stenosis is marked by rapid adaptation of the patient in the postoperative period and early restoration of the function of the digestive tract, which leads to a significant reduction in the duration of inpatient treatment. The main achievements of endosurgery in infants and newborns are the favorable course of the late postoperative period, as well as an unsurpassed cosmetic effect. Pyloromyotomy is the standard effective surgical treatment for congenital hypertrophic pyloric stenosis in neonates and infants. This article presents the results of surgical treatment of 206 patients admitted to the Department of the Republican Educational and Methodological Center for Neonatal Surgery with a diagnosis of congenital hypertrophic pyloric stenosis.

Keywords: laparoscopic pyloromyotomy, newborns, congenital pyloric stenosis.

Пилоростеноз проявляется значительным утолщением стенки пилорического канала. В основе патогенеза лежит острое нарушение проходимости в области пилорического отдела желудка за счет гипертрофии циркулярных волокон пилорической мышцы, развития соединительной ткани, утолщения слизистой в пилорическом отделе.

Большой интерес для хирургов и педиатров представляет врожденный гипертрофический пилоростеноз. В последнее десятилетие отмечено снижение заболеваемости во многих развитых странах, таких как США, Дания, Великобритания, Шотландия, Германия, Швеция. Кроме того, частота рождения детей с пилоростенозом может определяться расовыми и этническими различиями. Наиболее часто заболевание встречается у людей белой расы, особенно североамериканского происхождения, несколько реже у людей негроидной расы, и совсем редко – у восточных народов [3,5].

Морфологически пилоростеноз проявляется утолщением стенки пилорического канала до 3-7 мм (норма 1-2 мм). У здоровых детей первых недель жизни привратник имеет розовый цвет и округлую форму, напоминающую луковицу, при этом заболевании он удлиняется и приобретает оливообразную форму, хрящевую плотность и белый цвет. Эти изменения развиваются со временем. Гистологически выявляются гипертрофия мышечных волокон (главным образом циркулярного слоя), утолщение соединительнотканых перегородок, отек, а впоследствии склероз слизистой и подслизистого слоев с нарушением дифференцировки соединительно-тканых структур [1,5].

Выживаемость больного после операции напрямую зависит от его состояния до операции. Сразу после операции ребенок считается здоровым, но зачастую не учитываются сопутствующие поражения слизистой оболочки пищеварительного тракта. Мультифакториальная модель наследова-

ния врожденного пилоростеноза предполагает выраженный клинический полиморфизм.

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 педиатров. Рвота также может быть симптомом ряда других заболеваний: инфекционно-воспалительных и метаболических (адреногенитальный синдром и др.), что требует тщательного подхода к дифференциальной диагностике. Проведение эндоскопического исследования и сопоставление данных сравниваемых групп, позволит выявить особенности и выбрать правильный подход к терапии [2,7].

На протяжении последних десятилетий отмечены существенные достижения в детской хирургии, которые позволили выполнять эндоскопические операции у педиатрических пациентов, чей возраст превышает 3 месяца жизни. Необычайный прогресс эндохирургии привел к тому, что почти все вмешательства в детском возрасте были трансформированы в минимально инвазивные процедуры, практически не отличающиеся от тех, которые используются во взрослой популяции больных [4,6].

Цель исследования

Улучшение результатов лечения путем сравнительной оценки и способов коррекции врожденного пилоростеноза у новорожденных и грудных детей.

Материал и методы

В период с 2014 по 2022 г.г. в Республиканском учебно-лечебно-методическом центре неонатальной хирургии при РПЦ диагностированы и вылечены 206 больных с врожден-

ным пилоростенозом, в возрасте от 2-х недель до 3-х месяцев, мальчиков было – 170 (82,5%), девочек было – 36 (17,4%).

Всем больным проведены следующие инструментальные исследования: УЗИ органов брюшной полости- 206 (100%), ЭхоКГ-90 (44%), НСГ- 206 (100%), Рентгенография органов брюшной полости-109 (53%).

После инструментальных исследования у 9 (4,3%) больных выявлены врожденные сопутствующие патологии. Такие как пороки сердца – 4 (33,3%): из них ДМПП-2 (50%), ДМЖП – 2 (50%); патологии почек – 3 (33,3%) из них гидронефроз – 2 (66,6%), Гидроцефальный синдром – 1 (11%), а также синдром Ледда – 1 (11%).

В зависимости от степени тяжести экзикоза и гипотрофии при поступлении, нами проведена инфузионная терапия.

В зависимости от способа хирургической коррекции больные были разделены на 2 группы.

Первую группу, составляли больные, оперированные традиционным методом до 2017 года – 98 (47,5%) больных. Во вторую группу вошли 108 (52,5%) детей, у которых выполнена лапароскопическая пилоромиотомия с 2017 года по сей день.

В первую очередь мы оценивали продолжительность оперативного вмешательства, послеоперационный болевой синдром и отмечали время начала энтерального кормления, время полного перехода на энтеральное кормление, ранние послеоперационные осложнения и продолжительность госпитализации. Оценка послеоперационного болевого синдрома выполнялась по шкале CHIPPS (Children's and Infants' Postoperative Pain Scale) через 4, 12 и 24 часа после пилоромиотомии. Шкала предназначена для использования у новорожденных и детей до 5 лет (табл. 1).

Таблица 1.

Оценка послеоперационного болевого синдрома (CHIPPS)

Показатели:		балл
Плач	Нет	0
	Тихий плач	1
	Громкий плач	2
Выражение лица	Спокойное или улыбка	0
	Гримаза губ	1
	Гримаза губ и глаз	2
Положение тела	Спокойное	0
	Вынужденное	1
	Напряженное	2
Положение нижних конечностей	Нейтральное	0
	Сучит ножками	1
	Напряженное	2
Двигательная активность	Обычная	0
	Умеренное беспокойство	1
	Выраженное беспокойство	2

Примечание: оценка боли по сумме баллов: 0-боли нет; 3-5 баллов умеренная боль; 6-10 баллов интенсивная боль.

Косметичность послеоперационных рубцов оценивали в отдаленном периоде после операции по модифицированной анкете BIQ (Body Image Questionnaire), которая активно

используется для выявления удовлетворенности косметическими результатами после оперативных вмешательств. Результаты и обсуждения

За исследуемый период среди всех пациентов средний возраст к моменту оперативного лечения составил – 28 дней. Средняя продолжительность операции пилоромииотомии при традиционном способе составила $48 \pm 5,6$ минут. С применением лапароскопии средняя продолжительность операции сокращена до $18 \pm 7,1$ минут. Всех прооперированных пациентов начинали кормить в первые послеоперацион-

ные сутки. После перенесенной лапароскопической операции у детей меньше всего были выражены явления гастростаза, что позволило начать кормление смесью или грудным молоком через $6,01 \pm 0,24$ часа после оперативного вмешательства. При открытых операциях этот показатель значительно отличался и начало энтерального кормления стало возможным только через $10,4 \pm 2,42$ часа ($p < 0.05$) (табл. 2).

Таблица 2.

Показатели сравнения в группах исследования			
Группы		Основная группа n=108	Группа сравнения n=98
Показатели			
Время операции, мин		$18 \pm 7,1$	$48 \pm 5,6$
Оценка боли	ч/з 4 ч	$3,46 \pm 0,17$	$7,35 \pm 0,14^*$
по шкале CHIPPS, балл	ч/з 12 ч	$1,13 \pm 0,31$	$5,46 \pm 0,16^*$
	ч/з 24 ч	$0,28 \pm 0,15$	$3,84 \pm 0,12$
Начало энтерального кормления (час)		$6,01 \pm 0,24$	$10,4 \pm 2,42$
Полное энтеральное питание (час)		$48,2 \pm 0,71$	$67,4 \pm 3,47$
Интра- и послеоперационные осложнения		4 (3,7%)	3 (3)%
Средняя длительность госпитализации (день)		$7 \pm 2,1$	$12 \pm 2,3$
Косметичность рубцов, по шкале BIQ (балл)		$2,3 \pm 0,15$	$8,6 \pm 0,14$

Аналогичная тенденция отмечена и с возможностью перехода к полному энтеральному питанию. В группе с применением лапароскопической пилоромииотомии через $48,2 \pm 0,71$ часа после операции дети не нуждались в инфузионной поддержке. У детей оперированных традиционным способом полное энтеральное кормление начато лишь через $67,4 \pm 3,47$ ($p < 0.05$) часов.

При оценке болевого синдрома по шкале CHIPPS наилучшие показатели наблюдались у детей после лапароскопической пилоромииотомии. Большинство оперированных этим способом детей уже через 12 часов не нуждалось в анальгетиках, а через сутки всем пациентам обезболивающие были отменены. Послеоперационная боль при открытых вмешательствах оценивалась приблизительно на одном уровне и через сутки составляла $3,84 \pm 0,12$ баллов, что не позволяло отменить обезболивающие у большинства детей.

Из возникших интра- и послеоперационных осложнений, при традиционном способе отмечено 2 (2%) случая перфорации слизистой оболочки желудка и расхождение швов операционной раны, образованием вентральной грыжи в одном случае (1%). Перфорации слизистой диагностированы вовремя и были ушиты. При лапароскопии перфорация слизистой оболочки желудка наблюдалась в 2 (1,8%) случаях. Незавершенная миотомия встретился в 2 (1,8%) случаях, в основной группе, связанный с недостаточным рассечением гипертрофированного слоя, который успешно ликвидирован повторным лапароскопическим методом на 3 сутки

после первой операции. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

Средняя продолжительность госпитализации составила в основной группе $4 \pm 2,1$ дней, против $10 \pm 2,3$ дней в группе сравнения.

Анкетирование родителей анкетой BIQ позволило сказать об удовлетворенности косметическими результатами после традиционного доступа и лапароскопии: $2,3 \pm 0,15$ и $8,6 \pm 0,14$ баллов соответственно. При чем различие в группах было статистически достоверным ($p < 0.05$). Формирование хорошо заметного рубца после традиционного доступа ($8,6 \pm 0,14$ баллов) не позволяет говорить о косметичности данного разреза, когда показатель на уровне $2,3 \pm 0,15$ балла ($p < 0.05$) в основной группе.

Заключение

Наше исследование показало достоверное преимущество лапароскопического метода по сравнению с традиционным с позиций продолжительности хирургического вмешательства, восстановления функций желудочно-кишечного тракта, выраженности послеоперационного болевого синдрома, а также уменьшением койко дней. Лапароскопический метод позволяет свести к минимуму наличие послеоперационных осложнений вследствие высокой детализации анатомических структур, увеличения и разрешения объектов, над которыми осуществляются хирургические манипуляции. По уровню косметичности традиционный способ уступает лапароскопическому методу.

Литература

1. Козлов Ю.А. Сравнительный анализ 178 случаев лапароскопического и открытого лечения врожденного гипер-

трофического пилоростеноза/ Эндоскопическая хирургия. Москва. 2013;6:27-32.

2. Роббек И.Г., Саввина В.А., Варфоломеев А.Р., Николаев В.Н. К вопросу диагностики врожденного гипертрофического пилоростеноза. Вестник северо-восточного федерального университета имени М.К. Аммосова, серия «Медицинские науки». 2021;3 (24): 53-56
3. Северинов Д.А., Гаврилюк В.П., Костин С.В. Современные аспекты хирургического лечения Гипертрофического пилоростеноза. Вятский медицинский вестник. Курск. 2019;№ 4 (64): 90-96
4. Aspelund G., Langer J.C. Current management of hypertrophic pyloric stenosis/ Seminars in Pediatric Surgery. 2007;16: 27-33.
5. Buttner W., Finke W. Analysis of behavioural and physiological parameters for the assessment of postoperative analgesic demand in newborns, infants and young children: a comprehensive report on seven consecutive studies. Paediatric anaesthesia. 2010;10:303-318.
6. Campbell B.T. et al. A Comparison of Laparoscopic and open Pyloromyotomy at a Teaching Hospital. Journal of Pediatric Surgery. 2002;37:1068 – 1071.
7. Siddiqui S. et al. Pyloromyotomy: randomized control trial of laparoscopic vs open technique/ Journal of Pediatric Surgery.2012;47:93-98.

Автор-корреспондент:

Эргашев Бахтиёр Бердалиевич – профессор, руководитель Республиканского учебно-лечебно- методического центра неонатальной хирургии при РПЦ.

E-mail: ergashev_1966@list.ru

ТЕЗИСЫ

O'TKIR LIMFOBLAST LEYKOZLARDA PATOLOGIK SUBSTRATNI IMMUNOFENOTIPLASH ANALIZI YORDAMIDA TASHXISLASH

Abdullaeva N. Sh., Karimov H. Y., Boboev K.T.

Respublika ixtisoslashtirilgan gematologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, Toshkent, O'zbekiston

Dolzarbligi

Hozirgi kunda dunyoda leykozlar tashxisida oqim sitometriyasi usulida immunofenotiplash analizi asosiy diagnostika usuli hisoblanadi. Bu usulning afzalligi patologik hujayralar populyatsiyasi membranasi, sitoplasmasida ekspressiya qilinadigan antigenlariga ko'ra, bu hujayralar qaysi qatorga (limfoid yoki mieloid) tegishli ekanligini aniq ko'rsatib beradi. Bu esa oqim sitometriya usulida immunofenotiplash analizini leykozlar diagnostikasida oltin standart usul sifatida qabul qilinishiga sabab bo'lgan.

Tadqiqot maqsadi

Markazimizda davolanayotgan o'tkir leykoz bilan hastalangan bemorlar blast hujayralarining immunofenotipik xususiyatlarini o'rganish asosida erta tashxislash.

Materiallar va usullar

Tadqiqotda Respublika ixtisoslashtirilgan gematologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazining 1- va 2-gematologiya bo'limlarida davolanayotgan o'tkir leykoz bilan kasallangan 43 nafar bemor suyak ko'migi namunasi tekshirildi. Immunofenotiplash analizi 2 lazerli, 6 rangli BD FACS Lyric (“Beckton Dickenson”, AQSh) oqim sitometrida, turli fluorohromlar bilan nishonlangan monoclonal antitelolalar (“Beckton Dickenson”, AQSh) yordamida yuza va sitoplazmatik bo'yash orqali amalga oshirildi.

Natijalari va muhokamasi

43 nafar bemordan 16 tasi ayol (37,2%) va 27 tasi erkak (62,8%) bo'lib, yosh medianasi 34 ni tashkil etdi (20 va 65 yosh oralig'i). Bemorlarning 30 nafarida B-o'tkir limfoblast leykoz (B-O'LL), 13 nafarida T-o'tkir limfoblast leykoz (T-O'LL) aniqlandi. B-O'LL tasdiqlangan bemorlarning 13 nafari ayol (43,3%), 17 nafari erkak (56,7%). T-O'LL tasdiqlangan bemorlarning 2 nafari ayol (14,3%), 12 nafari erkak (85,7%). O'tkir limfoblast leykozni immunofenotiplash uchun 6 hil fluorohrom bilan nishonlangan monoklonal antitelolardan tuzilgan paneldan foydalanildi. Ushbu panel 4 ta probirkadan iborat bo'lib, birinchi va ikkinchi probirkalar – ALOT №1 va ALOT №2 patologik hujayralar populyatsiyasini qaysi qatorga, ya'ni limfoid qator hujayralarimi yoki mieloid qator hujayralarimi aniqlab olishga yordam beradi. Patologik hujayralarni qaysi qatorga oid ekanligini aniqlagandan so'ng, qatorlar uchun yaratilgan panel bo'yicha analiz davom etiladi. Bizning holatda limfoid qator paneli bo'yicha davom etildi.

1. ALOT № 1 MPO/TdT/CD79a/sCD3/cyCD3/CD45
2. ALOT № 2 HLA-DR/CD7/CD34/CD117/CD19/CD45
3. B-ALL CD10/CD38/CD34/CD20/CD19/CD45
4. T-ALL CD5/CD1a/CD8/CD4/CD2/CD45

Xulosalar. Patologik hujayralar populyatsiyasi immunofenotipik o'rganilganda B-O'LL uchrashi T-O'LLdan yuqoriligi va ikkala holatda ham ayollarga nisbatan erkaklar ko'proq bu kasallikka chalinganligi ko'rildi. Blastlarda CD45 ekspressiyasi porloq pozitivligi ko'rildi. 8ta B-O'LL bemorda blastlar mieloid CD33, CD13, CD15, CD36, CD11c, CD117 markerlarining abberant ekspressiyasi aniqlandi. 4 ta T-O'LL bemorda blastlar mieloid CD13, CD15, CD11c, CD117 markerlarining abberant ekspressiyasi aniqlandi. Abberant antigenlar ekspressiyasidan, kasallik prognozini bashorat qilish va bemorlarda minimal rezidual kasallikni aniqlashda patologik hujayralar populyatsiyasini ajratib olish uchun foydalanilsa bo'ladi.

ERTA YOSHDAGI BOLALARDA TEMIR TANQISLIGI KAMQONLIGINI RIVOJLANISHINING XAVF OMILLARINI ANIQLASH

Shayxova M. I., Ganiyeva D.K.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, Toshkent, O'zbekiston

Dolzarbligi

Bolalarda temir tanqisligi kamqonligining (TTK) asosida organizmdagi temir moddasining absolyut yoki nisbiy yetishmovchiligi yotadi. Uch yoshgacha bo'lgan bolalar orasida temir tanqisligi kamqonligining tarqalganligi 40%; o'smirlar orasida esa – 30% ni tashkil qiladi. Bolalarda temirning yetishmovchiligi va temir tanqisligi kamqonligi a'zo va to'qimalarning gipoksiyasiga, immunitetning pasayishiga, infeksiyon kasalliklarning ko'payishi, bolalar asab-ruhiy rivojlanishining buzilishiga olib keladi.

Tadqiqot maqsadi

Bolalarda kamqonlikning oldini olishni yaxshilash maqsadida erta yoshdagi bolalarda temir tanqisligi kamqonligini rivojlanishining xavf omillarini aniqlash.

Materiallar va usullar

50 nafar bolalarda temir tanqisligi kamqonligi tashxisi kamqonlikning klinik belgilari, laborator tekshiruvlar asosida qo'yilgan (qonda gemoglobin darajasi). Xavf omillarini aniqlash uchun TTK bilan og'rigan bolalarning onalarida so'rovnomma o'tkazildi. So'rovnomma onalarning yoshi, homiladorlik va tug'ruqning kechishi, tug'ruq orasidagi interval, kasbi, ovqatlantirish turi, homiladorlik vaqtida temir preparatlarini qabul qilganligi haqidagi ma'lumotlarni o'z ichiga olgan.

Natijalar va muhokamasi

Erta yoshdagi bolalarda kamqonlikning oldini olish maqsadida TTK rivojlanishining yetakchi xavf omillari ajratildi va quyidagi natijalar olindi: bolalarda kamqonlik rivojlanishining pre-postnatal xavf omillari: onada gestatsion kamqonlik - 38%, gestozlar - 35%, homiladorlik vaqtida infeksiyon kasalliklar bilan og'rishi - 18%, onaning surunkali kasalliklari - 11%, bolaning muddatiga yetmay tug'ilishi, kamvazn bilan tug'ilishi, infeksiyalar, hayotining birinchi yilida ovqatlanish bilan bog'liq patologiyalar, xavf guruxlarida profilaktika ishlarining olib borilmaganligi. Kamqonlik ko'pincha 6 oydan 1 yoshgacha bo'lgan bolalar orasida qayd etilgan. TTK bilan og'rigan bolalarning o'rtacha yoshi $11,3 \pm 7,6$ oyni tashkil qilgan. Hb darajasi 83 dan 106 g/l atrofida bo'lgan. Kamqonlikning I darajasi ko'pchilik bolalarda aniqlangan - 75%, kamqonlikning II darajasi 20% bolalarda kuzatilgan, faqat 2 nafar bolalarda gemoglobin darajasi 70 g/l dan past bo'lgan.

Xulosa

Shunday qilib, onalarda gestatsion kamqonlik, gestozlar, bolaning muddatiga yetmay tug'ilishi, kamvazn bilan tug'ilishi, o'tkazilgan infeksiyalar, ovqatlanishga bog'liq bo'lgan patologiyalar, xavf guruxlarida kamqonlikning oldini olish bo'yicha profilaktika ishlarining olib borilmaganligi erta yoshdagi bolalarda temir tanqisligi kamqonligini rivojlanishining xavf omillari bo'lib hisoblanadi.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА УРОЛИТИАЗА У ДЕТЕЙ

Абдуразакова Ш.А., Касимова Ш.Ш., Хакбердиева Г.Э.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность

Уролитиаз является частым заболеванием в различных возрастных группах и занимает одно из ведущих мест среди урологических болезней в мире. Широкому распространению нефролитиаза способствуют условия современной жизни: гиподинамия из-за технического прогресса, обилие пуринов в пище, различные экологические нарушения и др. В основе развития уролитиаза у детей и взрослых лежат экзо- и эндогенные факторы. Среди экзогенных причин указывают воздействие неблагоприятных факторов окружающей среды, т.е. от загрязнения воды, почвы и воздуха токсическими веществами до воздействия жаркого климата. Значительная роль в этиологии играет высококалорийная диета, богатая белками, избыточный прием некоторых лекарственных препаратов. Рецидивы уролитиаза наблюдаются намного чаще, если у родителей имеется в анамнезе мочекаменная болезнь или гиперкальциурия. Факторы наследственной предрасположенности выявляются у подавляющего большинства детей с уролитиазом. В связи с риском повторных приступов заболевания, все дети с уролитиазом должны обследоваться на наличие нарушений обмена веществ.

Цель исследования

Оценка результатов диагностики и лечения больных детей с уролитиазом.

Материалы и методы

Литературные данные и результаты клинических исследований по историям болезней и амбулаторных карт.

Полученные результаты

Тщательный сбор анамнеза является первым важным этапом уточнения диагноза уролитиаза. наличие уролитиаза, подагры или почечных заболеваний в семейном анамнезе имеет важное значение в диагностике заболевания. При сборе анамнеза необходимо выяснить наличие мочекаменной болезни у родителей, что позволяет заподозрить наследственно-метаболический фактор заболевания (цистинурия, первичная гипероксалурия). Характер питания ребенка, а именно водный или солевой режим, прием витаминов С и D, преобладание белков в диете тоже имеют большое значение в возникновении болезни. Прием таких препаратов как кортикостероиды, петлевые диуретики и ингибиторы карбоангидразы, противосудорожных препаратов, также способствуют возникновению болезни и его рецидива. Недоношенность, аномалии развития мочевых путей, инфекции мочевыводящих путей, синдром мальабсорбции, рахит, целиакия и муковисцидоз способствуют повышению риска уролитиаза.

Выводы

Риск развития уролитиаза зависит от особенностей питания и генетических факторов аномалий развития мочевых путей, что должно быть предметом дополнительных исследований с применением современных методов. Первичное лабораторное обследование должно включать: общий анализ мочи с обязательной микроскопией осадка, морфологическим описанием кристаллов мочевых осадков, подсчетом эритроцитов и лейкоцитов, микроорганизмов, посев мочи на микрофлору, более предпочтительна ДНК- или иммунологическая (антигенная) диагностика возможных возбудителей инфекций. Должно проводиться количественное определение в моче кальция, оксалатов, цитратов, фосфатов, уратов участвующих в камнеобразовании или, наоборот, имеющих защитную функцию и функцию креатинина мочи. Кроме того, при выделении конкрементов с мочой дополнительные данные можно получить при анализе химического состава камней: преобладание уратов, фосфатов или оксалатов. Определение pH мочи имеет высокую информативность при определении вида камня. Надо учесть, что pH мочи может существенно изменяться в течение дня и имеет значение лишь для данного момента времени. Профилактика уролитиаза и его рецидива должна проводиться с учетом вышеперечисленных факторов.

ЮРАК ДИСПЛАЗИЯСИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА ЭНЕРГЕТРОП ДАВОНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ БАХОЛАШ

Абдурахманова Д.Ф.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент, Ўзбекистон

Долзарблиги

Болалик даврида юрак қон томир тизимида учровчи тизимли касаллик юракнинг дисплазияси асосий ўринни эгаллайди. Баъзи адабиётларда бу касаллик юракнинг миксоид касаллиги ҳам дейилади. Бу касалликда бириктирувчи тўқима тизимида кучсизлик оқибатида карнитин дефицитлиги ва унинг митохондрияларда ташилиши етишмовчилиги кузатилади. Тадқиқот мақсади

Болаларда энерготроп даво самарадорлигини баҳолаш ва эркин радикаллар оксидланиш натижасида ажралишини олдини олиш.

Материаллар ва усуллар

Тадқиқот ўтказишда болалар ТошПТИ клиникаси, Республика ихтисослаштирилган илмий амалий педиатрия институти ва 1-сон шаҳар болалар клиник шифохонасидан олинди. Бизнинг тадқиқотимизда 7 ёшдан 13 ёшгача бўлган юрак дисплазияси билан касалланган 37 бемор бола текширилиб, булардан; митрал клапан пролапси (1-2 даража) - 24 та беморда учради. Шундан 3% солиштира гуруҳ беморларида аниқланса, касалланган беморларда 64,8% кузатилди. Очиқ артериал йулак - 9 та, очиқ овал ойна - 28 та, митрал ва уч табақали клапан зарарланиши - 7 та, учтабақали клапан пролапси - 4 та кузатилди. Солиштира гуруҳга 20 та соғлом бола олинди. Клиник текширувларда 75% бемор болалар умумий холсизлик, бош оғриши, бош айланиши, тез чарчаш, эслаб қолиш қобилиятининг сустлашуви, юрак тез уриб кетиши ва юрак соҳасида қисқа вақтلى оғриқларга шикоят қилди. 33 % беморларда психоэмоционал бузилишлар, инжиқлик, кўп терлаш, қўл ва оёқ учларининг совқотиши кузатилди. Текширувга олинган беморлар 2 та гуруҳга бўлинди ва уч ой давомида энерготроп, симптоматик даво чораларининг самарадорлиги кузатилди. Биринчи гуруҳда 20 та беморга “Левонарнитин” таркибли дори препаратлари берилди, иккинчи гуруҳда 17 та болага берилмади.

Тадқиқот натижалари ва муҳокама

Клиник самарадорлик биринчи гуруҳ беморларида 78 % яхшиланганлиги кўрилди, иккинчи гуруҳда кўрсаткичларида ижобий натижа сезилмади. Даво муолажалари олиб борилган гуруҳ беморларнинг лаборатор текширувида қон зардобидида оксидланиш маркёрлари, диальдегид микдори камайганлиги аниқланди.

Хулоса

Хулоса қилиб айтганда юрак дисплазияси бор бемор болаларда яққол клиник белгилар кузатилганида, энерготроп препаратларни 3 ой давомида қўлланилиши қон зардобидида оксидланиш кўрсаткичларнинг сезиларли даражада пасайишига олиб келди.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА ПО МЕТОДУ DE LA TORRE-ORTEGA

Акилов Х.А., Мамажонов У.Ш.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,

Ташкент, Узбекистан,

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Актуальность

Улучшение результатов лечения болезни Гиршпрунга (БГ) у детей путем совершенствования хирургической тактики с целью снижения частоты послеоперационных функциональных и органических осложнений, улучшение качества жизни остается в ряду приоритетных направлений детской хирургии. В оценке результатов хирургического лечения детей с БГ основное значение придаётся интраоперационным и ближайшим факторам, способными повлиять на неблагоприятные результаты хирургического лечения.

Цель исследования

Изучить результаты операции De La Torre-Ortega у детей с болезнью Гиршпрунга в ближайшем послеоперационном периоде.

Материалы и методы

В исследование включено 85 детей с БГ, оперированных в отделении хирургии Андижанского ОДММЦ. В основную группу включено 38 детей, которым выполнялась усовершенствованная методика операции De La Torre-Ortega. В группу сравнения вошло 47 детей, которым производилась операция Соаве-Ленюшкина. Проводили анализ частоты, структуры осложнений и летальности. В сравнении результатов основную роль играли критерии значимости различий между группами в зависимости от воздействия фактора риска.

Результаты исследования

Разница в показателях длительности операции была довольно существенной, в группе сравнения - $120,2 \pm 11,1$ мин, в основной группе - $113,4 \pm 13,8$ ($t = -2,46$; $P < 0,05$). Объем кровопотери в основной группе был значительно меньше ($122,6 \pm 36,7$ мл), чем в группе сравнения ($163,8 \pm 52,0$ мл) ($t = -4,27$; $P < 0,05$). Показатель длительности обезболивания в группе сравнения был наибольшим ($3,7 \pm 0,7$ сут), в основной группе - $2,8 \pm 0,9$ сут ($t = -4,88$; $P < 0,05$). Активизация пациентов в основной группе была на $6,3 \pm 2,3$ сут, а в группе сравнения на $10,3 \pm 1,7$ сут ($t = -9,02$; $P < 0,05$). Энкопрез на момент выписки регистрировался у 28 пациентов, что составило 59,6% случаев в группе сравнения, в основной группе этот показатель был значительно ниже - 28,9%. Всего больных с осложнениями в группе сравнения отмечено в 63,8% случаях, а в основной в 31,6% случаях ($\chi^2 = 8,743$; $Df = 1$; $p = 0,004$). Показатель удержания кишечного содержимого в ближайшее время после операции в группе сравнения составил 0,0%, а в основной группе - 7,9%. Показатели частичного удержания кишечного содержимого в основной группе были значительно лучше, на 3-6 сутки п/о - 47,4%, на момент выписки (8-15 сутки п/о) - 18,4%. Коэффициент не удержания кишечного содержимого в группе сравнения на 3-6 сутки п/о был почти в 2 раза больше (93,6%), чем в основной группе (44,7%). На момент выписки (8-15 сутки п/о) не удержание кишечного содержимого наблюдалось в группе сравнения у 21,3% пациентов, в основной группе - 10,5%.

В группе сравнения общий госпитальный период составил 22,1 суток, а в основной группе этот показатель был значительно меньше - 15,1 ($t = 7,23$; $p < 0,001$).

Таким образом, применение модифицированного способа операции De La Torre-Ortega у детей с болезнью Гиршпрунга позволило улучшить все основные параметры оценки качества течения ближайшего послеоперационного периода ($p < 0,05$ - согласно показателям длительности обезболивания, восстановления перистальтики, начала энтерального питания и сроков активизации больных), а также сократить общую частоту осложнений с 63,8% (у 30 из 47 детей в группе сравнения) до 31,6% (у 12 из 38 детей в основной группе; $\chi^2 = 8,743$; $Df = 1$; $p = 0,004$) и соответственно период госпитализации с $22,1 \pm 3,2$ до $15,1 \pm 5,2$ суток ($t = 7,23$; $p < 0,001$).

ПРИМЕНЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ, У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С МАЛОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Акратова Х.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность

Критериями успеха современной перинатальной медицины являются не только сохранение жизни недоношенного ребенка, но и возможность его дальнейшего нормального развития, полноценное участие в общественной деятельности. В настоящее время существует большой разрыв между высокотехнологичной помощью на этапах выхаживания и постнеонатальным наблюдением, и реабилитацией. (Сахарова Е.С., Кешишян Е.С., Алямовская Г.А.2017).

Цель исследования

Оценить эффективность воздействия программы реабилитации на развитие и состояние здоровья детей, рожденных с малой массой тела.

Материалы и методы

Оценка эффективности программы реабилитации маловесным детям проведена среди 70 новорожденных детей до достижения 3-х летнего возраста. Дети были распределены на 2 группы: первую группу составили 45 детей, которые проходили программу реабилитации частично (по причине несоблюдения лечебных рекомендаций со стороны родителей); вторую группу составили 25 детей, которые программу реабилитации прошли в полном объеме.

Рекомендованная программа реабилитации включала в себя: здоровое питание (грудное вскармливание), введение своевременного прикорма (с 6 месяцев); терапия L-карнитином и альфа-токоферолом с целью обеспечения мембранопротекции и энергетического обмена во всех тканях, в первую очередь – в тканях головного мозга. Аквадетрим для лечения и профилактики дефицита витамина Д; ЛФК пассивные движения и гимнастику по 10 минут ежедневно, массаж – 10 процедур ежемесячно на 1 году жизни, с 3 месяцев до 12 месяцев для улучшения развития мелкой моторики и речи упражнения (пальчиковая гимнастика и др.), занятия по развитию речи, при необходимости – с привлечением педагога психолога. На 2 и 3 году жизни детям профилактика соматической заболеваемости путем закаливания, ЛФК 2 раза в неделю, постоянно; соблюдение распорядка дня, игровые занятия, развитие творческих способностей (рисование, лепка, ролевые игры и др.).

Результаты и их обсуждение

Результаты исследований свидетельствовали о значительных улучшениях в физическом развитии детей: улучшилась прибавка массы тела, увеличилась длина тела относительно возраста. Дети из 2-й группы, получившие программу реабилитации, по массе к возрасту пересекли порог – 2СО по массе тела в 6 мес. мальчики (на 2 мес. раньше, чем мальчики 1 гр., $p < 0,05$) и в 5 мес. – девочки (на 2 мес. раньше, чем девочки 1 гр., $p < 0,05$); Показатель длины тела также улучшился у детей 2-й группы: у мальчиков 2-й группы пересечение порога – 2СО происходило в 6 мес. (на 1,5 мес. раньше, чем в 1-й группе), у девочек – в 5 мес. (на 2,5 мес. раньше, чем в 1-й группе), что указывает на эффективность реабилитации. Дети, получившие полный курс реабилитации, в наиболее короткие сроки, достоверно не отличающиеся от стандартов, достигали основных 6-ти вех моторного развития, определенных экспертами ВОЗ. Так, дети, прошедшие не полный курс реабилитации, сидели в возрасте $9,5 \pm 0,2$ мес., $p < 0,05$, стояли в возрасте $10,3 \pm 0,3$ мес., $p < 0,05$ и ходили в возрасте $10,8 \pm 0,3$ мес., $p > 0,05$, ползали при поддержке в возрасте $10,4 \pm 0,2$ мес., $p < 0,05$, а также стояли $12,1 \pm 0,3$ мес., $p < 0,05$, и ходили самостоятельно в возрасте $14,7 \pm 0,5$ мес., $p < 0,05$ в достоверно позже, чем дети, получившие курс реабилитации. Выявлена аналогичная динамика развития точной моторики, все показатели точной моторики выработались раньше и соответствовали нормативным показателям у детей, прошедших полный курс реабилитации.

Выводы

Таким образом, проведение реабилитационной программы, у детей, рожденных с малой массой тела, способствует улучшению показателей физического развития, вех моторного развития и точной моторики, что в целом ведет к улучшению здоровья ребенка и его развития.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МАЛЬФОРМАЦИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Алиев М.М., Тилавов У.Х., Султанов Х.Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность

Развитие современной торакальной хирургии у детей идет по пути максимально бережного отношения к легочной ткани. До настоящего времени не выработаны единые показания к выбору метода хирургического вмешательства при мальформации легких в зависимости от объема и степени пораженной части легкого. Вторично развивающиеся деформирующие бронхиты и бронхоэктазии, явления функциональной неполноценности в виде прогрессирующей легочно-сердечной недостаточности, которая нарастает по мере увеличения срока прошедшего после операции, а оставшаяся легочная ткань подвергается эмфизематозным и пневмосклеротическим изменениям после обширных резекций легких, требует дифференцированного подхода при выборе объема и метода оперативного вмешательства при мальформации легких у детей.

Цель работы

Сравнительная оценка результатов органосохраняющих и резекционных методов лечения при мальформации легких у детей.

Материалы и методы

Изучены результаты хирургического лечения 93 детей с мальформацией легких в возрасте от 3 мес. до 15 лет. В зависимости от тактики хирургического лечения больные были разделены на 2 группы: 1-ю группу составили 44 (47,4%) детей, перенесших нижнюю лобэктомию, или резекцию базальных сегментов легкого; 2-ю группу - 19 (20,4%) больных, у которых была произведена пломбировка пораженных бронхов. Кроме рутинных методов исследования использованы современные специальные методы исследования: компьютерная спирография, доплерометрия легочного кровотока на уровне магистральных сосудов МКК, фибробронхоскопия, морфологические исследования стенок бронхов и паренхимы легкого. Также проведены рентгенологические методы исследования (бронхография, ангиопульмонография, МСКТ грудной клетки) до и после операции.

Результаты и обсуждение

Комплексное обследование больных детей с мальформацией легких позволяет выделить четыре типа рентгено-бронхологических форм, на основании скрупулезного анализа рентгено-бронхологических исследований, а также результатов морфологического изучения резецированных пораженных сегментов, лобелонгов и долей легких разделили второй и третий типы на «А» и «Б» подтипы, которые, могут играть существенную роль в выборе метода хирургического лечения. При втором типе и третьем «А» типе – сегменты подлежат удалению; при третьем «Б» типе – методом выбора является пломбировка бронхов биополимером (патент №IAP04387, 2011 г.)

Выводы

Таким образом, оперативное вмешательство является важным и заключительным этапом комплекса лечебных мероприятий при втором и третьем типах мальформаций легких. Пломбировка или резекция пораженной части легкого, являются наиболее радикальным и эффективным методом терапии больных с мальформацией легких.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОНКОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ АНТЕНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Аманова Н.А.

Ташкентский Педиатрический медицинский институт, Ташкент Узбекистан

Актуальность

Гастроэнтерологические заболевания у детей продолжают оставаться в центре внимания научной и практической педиатрии. Заболевания органов пищеварения распространенность которых в последнее время существенно увеличилась и в настоящее время превышает 100 на 1000 детского населения, относятся к числу наиболее частых болезней у детей. Такой рост патологии пищеварительной системы многие авторы связывают с влиянием неблагоприятных антропогенных факторов внешней среды, ухудшением качества питания. Повышение агрессивности внешней среды отражается на функционировании практически всех органов и систем и очень часто органы пищеварения в этих случаях выступают в роли "органов-мишеней".

Цель исследования

Изучить клинико-функциональные особенности заболевания тонкой кишки у детей. Материалы и методы: Группу сравнения составили 80 детей от 7 до 18 лет, поступивших в стационар на обследование с симптомами поражения желудочно - кишечного тракта. В соответствии с целью работы у всех больных проведен подробный сбор анамнеза (анкетирование, интервьюирование), направленный на выявление симптомов, указывающих на патологию органов пищеварения в анамнезе и в момент исследования.

Результаты

Важное значение в формировании атопии придается неблагоприятному течению антенатального периода. По данным акушерского анамнеза, в основной группе только у 12 (11,2%), а в группе сравнения - у 18 (22,5%) матерей беременность протекала физиологически правильно. При патологическом течении беременности и родов, как в основной группе, так и в группе сравнения преобладали: гестозы (39% и 42%, соответственно), угроза прерывания беременности (24,2% и 27,4%, соответственно) и родоразрешение путем кесарева сечения (10,5% и 12,9%, соответственно). Обращает на себя внимание достоверно ($p < 0,05$) большая частота раннего перевода на смешанное или искусственное вскармливание детей основной группы на первом году жизни, и только 7,5% из них в первые 12 месяцев жизни находились на естественном вскармливании. Искусственное вскармливание с рождения получали 29% детей, раннее искусственное (до 3 месяцев) - 39,3%. Наиболее распространенные жалобы со стороны органов пищеварительной системы укладывались в 3 основных синдрома: болевой, синдром желудочной и кишечной диспепсии. В анамнезе и в клинической картине поражения пищеварительной системы превалировал болевой синдром (у 79,4%). В большинстве случаев боли в животе были кратковременными (72,9%) с локализацией в 33,6% случаев в эпигастральной области, без четкой связи с приемом пищи (42,3%). Причем, интенсивность боли в большинстве случаев была слабая и умеренная.

Выводы

По результатам комплексного клинико-лабораторного и инструментального исследования детей, выявлена высокая частота сопутствующей гастроэнтерологической патологии (в 98% случаев). Хроническая патология гастродуоденальной зоны диагностирована у 76 (72,4%) детей, функциональная диспепсия - у 29 (27,6%). В структуре хронической гастродуоденальной патологии Нр - ассоциированный гастрит или гастродуоденит составил 60,5%.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ СИНДРОМЕ НАТЯНУТОГО СПИННОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

^{1,2}Ахмедиев М.М., ³ Ахмедиев Т.М., ¹Давлетярова У.М.

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии,

²Национальный детский медицинский центр,

³Ташкентская медицинская академия

Актуальность

Синдром натянутого спинного мозга (tether cord syndrome) обусловлен фиксацией корешков, конечной нити или самого спинного мозга в зоне патологического очага, обусловленного аномалией развития и продолжающимся ростом позвоночника. Поэтому основным контингентом больных с синдромом натянутого спинного мозга являются дети и подростки.

Цель исследования

Обосновать хирургическую тактику при синдроме натянутого спинного мозга у детей.

Материалы и методы

Для определения аномалии развития спинного мозга и варианта спинномозговой грыжи руководствовались классификацией предложенной В.Г. Вороновым [2002], где больные подразделены на оболочечные грыжи, осложненные грыжи-липомы, скрытые формы грыжи с вариантами развития костных аномалий. Мы располагаем 68 наблюдениями синдрома натянутого спинного мозга, который в 23 случаях был первичным, а в 45 вторичным, после удаления спинномозговых грыж и липоменингоцеле. Наиболее многочисленное количество больных с синдромом натянутого спинного мозга составили дети в возрасте до 6 месяцев. Первичный синдром был обусловлен у 12 больных липоменингоцеле, а у 11 только spina bifida occulta. Больные поступали в стационар в плановом порядке, с жалобами на наличие грыжевого выпячивания вдоль позвоночника, увеличение окружности головы, ограничение движений в нижних конечностях, дисфункцию тазовых органов, трофические расстройства в нижних конечностях.

Результаты и обсуждение

Все дети имели симптоматику неврологического дефицита в виде вялых парапарезов и параличей. Большинство спинальных пороков развития уже в раннем возрасте подверглись оперативной коррекции, отдалённые результаты которой определялись состоянием вовлечённых в процесс нервных структур и соответствующих им сегментов тела. Хирургическое лечение направлено на устранение фиксации спинного мозга и его элементов, формирование дурального мешка. Эти манипуляции требовали микрохирургического обеспечения для исключения углубления неврологического дефицита и предупреждения новых сращений с развитием вторичного синдрома натянутого спинного мозга. Показаниями к хирургической коррекции спинальных мальформаций являлись: стойкая резистентность к консервативной терапии нарушение функции нижних мочевых путей, нарастание неврологической симптоматики. В основу нейрохирургического лечения были положены следующие задачи: 1. Ликвидация очага эфферентной патологической импульсации; 2. Восстановление анатомо-топографических взаимоотношений элементов конского хвоста и попытка реиннервации нижележащих сегментов; 3. Улучшение гемодинамики в зоне поражения и восстановление нормального ликворотока.

Выводы

1. Главными клиническими проявлениями у всех больных были прогрессирующие боли в поясничной области, ограничение подвижности, слабость в ногах, тазовые нарушения, искривления позвоночника, головные боли.
2. Обоснована тактика лечения детей с миелодисплазиями спинного мозга в зависимости от выявленных неврологических нарушений и результатов нейровизуализации головного и спинного мозга.

СТРУКТУРА И ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЕТОПАТИЕЙ

Гулямова М.А., Ходжиметов Х.А., Кучкарова И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность

Диабетическая фетопатия (ДФ)-это клинико-лабораторный симптомокомплекс, развивающийся у детей от матерей с нарушением углеводного обмена. В основе ДФ лежит нарушение гормональных взаимоотношений в системе «мать-плацента-плод» и дезорганизация гормонального статуса плода в сочетании с хронической внутриутробной гипоксией. Частота ДФ зависит от типа и степени компенсации нарушения углеводного обмена во время беременности, поэтому этот показатель, по данным различных авторов, колеблется от 8 до 50%

Цель исследования

Изучить структуру и частоту выявления врожденных пороков развития у новорожденных детей с диабетической фетопатией в зависимости от степени тяжести.

Материалы и методы

Обследовано 59 новорожденных детей. Исследуемые новорожденные были подразделены на 3 группы: 1-я – группа состояла из 17 новорожденных детей, которые не имели признаков ДФ, 2-я группа - 30 новорожденных детей с легкой и средне-тяжелой формой ДФ, которые имели только внешние (фенотипические) признаки ДФ, причем они встречались в различных сочетаниях, 3-я группа - 12 новорожденных детей с тяжелой формой ДФ. У них, помимо фенотипических признаков ДФ, была выявлена гепатомегалия, также отмечалась спленомегалия и кардиопатия.

Результаты

Наши исследования показали, что у 42,5% детей фенотипические признаки ДФ были выражены умеренно. Наиболее часто встречалось сочетание таких признаков ДФ, как общая пастозность мягких тканей (78,6%), лунообразное лицо (40,5%), короткая шея (40,5%), гипертрихоз (21,40%), маленькая головка(21,4%), длинное туловище (42,8%), короткие конечности (42,8%), багровая кожа (18,6%), петехии и кровоизлиянии(11,9%),дисплазия тазобедренных суставов (5,1%), гипоплазия яичка (3,4%), варусная установка стоп (3,4%), ВПР (45,9%), наличие или сочетание которых коррелировало со степенью тяжести состояния новорожденных и преобладало некоторых фенотипических признаков у детей 2-й или 3-й групп. Среди ВПР наиболее часто встречались ВПС (37,3%), который преобладал среди новорожденных детей с тяжелой формой ДФ по сравнению с легкой и средне-тяжелой. ($P<0,001$). Среди ВПС наиболее часто у обследуемых новорожденных детей встречалось ООО (22%), в 2,5 раза меньше ДМЖП (8,5%) в незначительном количестве ДМПП (5,1%), стеноз аорты наблюдался в единичном случае. Среди других ВПР выявлена деформация ЖП (11,8%), гидронефроз (3,4%), в 2 раза меньше киста печени, пиелозктазия, киста почек, гипоплазия почки (по1,7%) . Число ВПР особенно ВПС у новорожденных 3 группы существенно превышало их число у детей 2 группы ($P<0,01$).

Клинически значимыми признаками по данным наших наблюдений, следует считать гепатомегалию, спленомегалию и гипертрофическую кардиомиопатию. Число наблюдений этих признаков у новорожденных 3 группы (гепатомегалия — 25,5%, гипертрофическая кардиомиопатия — 33,3%) существенно превышало их число у детей 2 группы (гепатомегалия — 3,3%, гипертрофическая кардиомиопатия — 10%), ($P<0,01$).

Выводы

Установлено, что число ВПР особенно ВПС (ООО, ДМПП, ДМЖП) у новорожденных с тяжелой степенью ДФ существенно превышало числа у новорожденных детей с легкой и со средне-тяжелой формой ДФ ($p<0,01$), что оказывают влияние на тяжесть общего состояния детей с диабетической фетопатией в связи с чем, необходимо проводить раннюю диагностику и симптомокомплексное лечение.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ В РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, ОТ МАТЕРЕЙ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Гулямова М.А., Ходжиметов Х.А., Рузметова Г.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность

Одной из наиболее распространенных форм патологии беременности является артериальная гипертензия (АГ), в том числе существовавшая до беременности, частота встречаемости которой, по данным различных авторов, колеблется от 5 до 30% и не имеет тенденции к снижению

Цель исследования

Оценить клинические особенности течения периода ранней адаптации у новорожденных детей, родившихся от матерей с гипертензивными расстройствами

Материалы и методы

Обследовано 80 новорожденных, которые были разделены на 3 группы. В 1-ю (контрольную) группу вошло 20 детей от матерей с физиологически протекающей беременностью, во 2-ю - 30 новорожденных от матерей с хронической артериальной гипертензией и 3-ю - 30- детей от матерей, беременность которых осложнилась преэклампсией и эклампсией.

Результаты

При оценке состояния детей при рождении наиболее низкие ($P < 0,001$) значения шкалы Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни отмечались у новорожденных в группе преэклампсии и эклампсии, что свидетельствует о более тяжелой перинатальной асфиксии. Респираторный дистресс-синдром различной степени тяжести встречался у 24 (80%) новорожденных 2-ой ($P_{1-2} < 0,001$) и у 27 (90%) младенцев 3-ей группы ($P_{1-3}, P_{2-3} < 0,001$). Дыхательная недостаточность (ДН) 1 степени была выявлена у 3 (15%) новорожденных 1-й группы, у 8 (26,6%) 2-й группы, и у 6 (20%) - 3-й группы. 2-я степень ДН у детей первой группы не наблюдалась, во 2 группе, наблюдалась у 10 (33,3%), а в 3-й у 12 (40,0%) новорожденных. 3-я степень ДН также была определена только у 6 (20%) детей во 2 группе и в 3-ей у 9 (30,0%) новорожденных.

У новорожденных первой группы почти все показатели были в пределах нормы, однако в группе новорожденных детей, родившихся от матерей с артериальной гипертензией при беременности наиболее часто, наблюдался у новорожденных 2-й группы в 46,6% случаев цианоз, а в 3-й – у 60%. Желтуха была обусловлена в 3 случаях наличием ГБН и в 8 TORCH инфекцией, соответственно наблюдалась у 23,3% и 50% новорожденных детей. Преваляровала багровость кожи, которая возможно обусловлена выраженным полицитемическим синдромом, который почти в 2 раза преваляровал в группе 3 по сравнению со 2-й группой. Ослабленное дыхание наблюдалось у 45% детей, которое чаще наблюдалось у детей, рожденных от матерей с преэклампсией и эклампсией и составило 55,5%. Снижение сердечной деятельности, характеризующееся снижением частоты пульса менее 100 ударов в минуту, наблюдалось у 8 детей (10%). Снижение мышечного тонуса, полу флексия и поза лягушки была выявлена у 47,5% и 30% соответственно.

Количество детей в состоянии асфиксии родилось в 3,3 раза больше среди новорожденных от матерей с хронической артериальной гипертензией (35,7%), а у детей, рожденных от матерей, состояние которых осложнялось тяжелой преэклампсией и эклампсией, состояние асфиксии в 5 раз (53,5%) превысило показатели контрольной группы.

Выводы

Установлено, что новорожденные дети от матерей с гипертензивными расстройствами имеют недостаточность функции большинства органов и систем, что значительно затрудняет их постнатальную адаптацию. В группе детей от матерей с тяжелой преэклампсией нарушение процессов ранней неонатальной адаптации более выражено по сравнению с новорожденными от матерей с хронической артериальной гипертензией. Полученные данные позволяют сделать вывод, что исходное состояние здоровья матери и наличие у нее гипертензивных расстройств могут стать причиной высокого уровня патологии у новорожденных детей.

КЛИНИКО - ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ

Джаббарова Л.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность

В акушерско-гинекологической практике большой научный и социально-экономический интерес представляет вопрос аномалий развития плода, являющихся одной из основных причин перинатальной смертности. Удельный вес врожденных и наследственных заболеваний у новорожденных колеблется от 1,01% до 5-7,5%. Частота пороков развития у детей, умерших на первом году жизни достигает 21%-42% [42,13,110,112,91,81,136]. Данная проблема имеет важное социальное, экономическое и психологическое значение для семьи и государства в целом, так как содержание ребенка-инвалида с момента рождения требует больших денежных затрат, лишает мать возможности участвовать в производственной и общественной деятельности.

Цель исследования

Изучить причины, виды и частоту аномалий развития плода по данным аутопсии.

Материал и методы

Нами проведен клинко-патологоанатомический анализ 88 случаев перинатальной смертности при ВПР, из них было 26 (29,6%) плодов с ВПР, родившихся мертвыми и 62 (70,4%) новорожденных с ВПР, умерших в первые 7 суток жизни. Все мертворожденные и умершие новорожденные подвергнуты патологоанатомическому и вирусологическому исследованию.

Результаты

Роды мертвым плодом с ВПР произошли у 26 женщин, в возрасте до 20 лет – 7(26,9%), 20-29 лет – 14 (53,9%) и 30 лет и старше – 5 (19,2%). При изучении акушерского анамнеза выявлены указания на перенесенные аборт у 3, ВПР плода – у 1, мертворождение – у 1, преждевременные роды – у 1, бесплодие – у 1, родственный брак – у 2. 1 роды наблюдались у 10 (38,5%), 2-3 – у 13 (50,0%), что составило наибольшее количество; и 4-ро родов и более – у 3 (11,5%) женщин. Беременность чаще всего осложнялась ОРВИ – 84,6% и ЖДА - 84,6%, многоводием - 34,6% и TORCH – инфекцией - 26,9%. В подавляющем большинстве (22 случая, 84,6%) плоды были с массой тела менее 2500 г. Основной причиной внутриутробной смерти плода была вирусная инфекция: ОРВИ - 22 случая (84,6%), ЦМВ в сочетании с хламидиозом – 4 (15,4%), ЦМВ в сочетании с токсоплазмозом - 4 (15,4%). В 2 случаях (7,7%) имела место внутриматочная инфекция. Интранатальными причинами мертворождения были: дистресс плода – у 2 (7,7%) рожениц, преэклампсия тяжелой степени и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты по 1 случаю (по 3,9%). ВПР преимущественно были представлены аномалиями развития ЦНС – 65,4% (в 12 случаях обнаружена анэнцефалия и в 5 – гидроцефалия). Множественные пороки развития плода составили 23,1% и пороки CCC – 3,9%.

При анализе 62 случаев смерти новорожденных с ВПР в раннем неонатальном периоде первые роды наблюдались у 28 (45,2%), вторые – третьи – у 30 (48,4%) и четвертые и более – у 4 (6,4%) женщин. Наиболее часто из ЭГЗ отмечалась ЖДА – 74,2%, и ОРВИ – 62,9%, TORCH-инфекции - 22,6% и хронический пиелонефрит - 14,5%. В подавляющем большинстве (61,3%) дети имели массу тела менее 2500 г, среди основных причин смерти в раннем неонатальном периоде были множественные аномалии развития (МнВПР) - 28 (45,2%), поражения нервной трубки – у 18 (29,0%), из них пороки развития ЦНС – у 13 (21%), патология легких – у 4 (6,5%), врожденные пороки сердца новорожденного – у 3 (4,8%), незаращение губы, расщелина неба – в 2 случаях, остальные пороки развития встречались в единичных случаях.

Аутопсия умерших новорожденных выявила МнВПР, обнаруженное в 30,6±5,9%, аномалии развития ЦНС, несовместимые с жизнью составили 38,7±6,2%.

Выводы

Основной причиной внутриутробной смерти плодов была вирусная инфекция: ОРВИ, ЦМВ и внутриматочная инфекция. У мертворожденных в 84,6% случаев диагностировались грубые пороки развития ЦНС, часто в сочетании с другими, которые при своевременной ранней диагностике и активном обращении женщины за помощью во 2 триместре гестации, могли подвергнуться досрочному прерыванию беременности. Такой резерв составляет 57,8%. В формировании ВПР плода, в последующем повлекшими смерть в первые 7 суток после рождения, имеют значимость такие факторы риска у матери, как перенесенная острая вирусная инфекция (ОРВИ в первом триместре беременности и рецидивы в последующие сроки гестации - 62,9%; TORCH-инфекции - 22,6%), хронические очаги инфекции (хронический пиелонефрит, хронический тонзиллит, ревматизм - 19,4%), а также ЭГЗ (хроническая ЖДА -74,2%), родственный брак (9,6%), внутриутробная инфекция новорожденного (8,1%). Значимыми клиническими симптомами в диагностике ВПР плода является патология амниона (многоводие, маловодие). Элиминация плода с ВПР до 28 недель гестации осуществлена в 24,2% случаев. Потери в перинатальный период составили 75,8%, которые родились в сроках 28-40 недель беременности и являются резервом снижения перинатальной смертности детей с пороками, несовместимыми с жизнью.

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННОЙ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ МАЛОБЕРЦОВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Джураев А.М.¹, Холматов Б.У.²

¹ Центр Научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

² Центр развития профессиональных медицинских работников Кафедра травматологии и ортопедии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Актуальность

По данным различных авторов, частота врожденных аномалий развития нижних конечностей находится в пределах от 1,7 до 12,5 % (Штурм В.А., 1960; Волков М.В. 1972; Межинина Е.П., 1974).

Поражение нижней конечности встречается менее чем в половине по сравнению с верхней конечностью из этих случаев, и среди них наиболее распространенными недостатками являются продольное уменьшение пальцев ног (14,2%), продольный дефицит бедра (6,1%), продольный дефицит малоберцовой кости (1,9%) и продольный дефицит большеберцовой кости (1,7%).

Стандартная номенклатура делит дефекты конечностей на 2 основных типа: продольные и поперечные. Продольные дефекты вдоль длинной оси конечности, например, отсутствие малоберцовой кости. При поперечном дефекте все элементы конечности ниже определенного уровня отсутствуют, а сами конечности напоминают ампутационную культю. Продольные дефекты также принято называть преаксиальным (радиальная и большеберцовая сторона), постаксиальным (локтевая и малоберцовая сторона) и центральным дефицитом конечности.

Малоберцовая гемимелия состоит из спектра аномалий, наименее серьезным из которых является легкое укорочение малоберцовой кости, а наиболее тяжелым – полное отсутствие малоберцовой кости, связанное с дефектами стопы, голени и бедра. Из-за множества аномалий, связанных даже с легкой фибулярной недостаточностью, постаксиальная гипоплазия может быть более наглядным обозначением этого состояния.

Цель исследования

Целью данной работы является изучение клинических и анатомических проявлений дефектов нижних конечностей при аномалиях развития малоберцовой кости у детей.

Материал и методы

В период 2017-2021 г. нами были изучены клинические проявления малоберцовой гемимелией у 33 детей, которые были в возрасте от 3 месяцев до 16 лет. Всем детям были проведены клинические и инструментальные (рентген и МСКТ (старшим)) методы исследования.

Из этих 33 детей у 7 была выявлена двухсторонняя патология, то есть у 21,2% была двухсторонняя гемимелия малоберцовой кости.

Результаты

Клиническая картина зависела от связанных аномалий и степени дефектов. Как правило, большинство имело неравенство нижних конечностей (укорочения бедра и голени) с эквинувальгусной деформацией стопы, также сгибательная контрактура коленного сустава, нестабильность коленного и голеностопного сустава, отсутствие боковых лучей стопы (олигодактилия). В результате было выявлено следующее: гипоплазия вертлужной впадины – у 4, гипоплазия бедренной кости с укорочением – у 11 (от 5% до 17%), гипопластический боковой мыщелок бедренной кости и надколенника – у 5, эквинувальгусная деформация стоп – у 24, олигодактилия – у 14 и менее 3 пальцев – у 2, аплазия и гипоплазия пяточной или таранной кости – у 2 детей.

Хотя малоберцовая гемимелия классически описывается как частичное или полное отсутствие малоберцовой кости, в ходе наблюдения мы пришли к выводу, что деформация более широко распространена по всей конечности с различной степенью тяжести связанных недостатков. Мы считаем, что термин аномалия развития малоберцовой кости и постаксиальный дефект нижних конечностей должны рассматриваться по-разному. При аномалии развития малоберцовой кости дефекты наблюдаются только в малоберцовой кости и в прилегающих суставах. А при постаксиальном дефекте нижних конечностей дефект наблюдается на всех сегментах нижних конечностей.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Ешмуратов А.Б., Мирзакулов А.Г., Урманов Н.Т.

**Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан**

Актуальность

Несмотря на существенные достижения при лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений, эффективность каждого конкретного метода для остановки кровотечения и профилактики рецидива остаётся открытым. Особую важность приобретает факт ежегодного роста числа язвенных кровотечений у пациентов детского возраста. Эндоскопический гемостаз выступает как начальное и в большинстве случаев единственное звено в успешной тактике лечения указанной категории больных.

Цель исследования

Оценить эффективность использования способов эндоскопического гемостаза при язвенных гастродуоденальных кровотечениях у детей.

Материал и методы

На стационарном лечении в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи в период с 2015 по 2020 гг. находилось 6189 больных с гастродуоденальной патологией, при этом у 4152 больных имелась картина язвенного гастродуоденального кровотечения. Из указанного числа больных 112 (2,7%) пациентов было детского возраста. Мальчиков было – 79 (70,5%), девочек было – 33 (29,5%). Распределение больных согласно классификации J.A. Forrest было следующим: у 5 (4,5%) была картина Forrest Ia, у 20 (17,9%) – Forrest Ib, у 55 (49,1%) – Forrest IIa, у 21 (18,8%) – Forrest IIb, у 11 (9,8%) – Forrest IIc. Для остановки кровотечения и предотвращения рецидива использовали инъекционные способы эндоскопического гемостаза и аргонплазменную коагуляцию (АПК). АПК применена у 49 (43,8%) больных. В качестве инъекционного гемостаза у 24 (21,4%) пациентов применяли 35% раствор этанола с 0,18% раствором адреналина. Комбинация указанных способов выполнена у 28 (25,0%) больных.

Результаты и обсуждение

У 25 детей с признаками продолжающегося кровотечения (Forrest Ia и Forrest Ib) первичный гемостаз был эффективен в 24 (96,0%) случаях, 1 пациент оперирован в экстренном порядке. Из 76 пациентов с угрозой кровотечения (Forrest IIa и Forrest IIb) гемостаз оказался эффективен у 75 (98,6%). У 1 пациента возник рецидив кровотечения, что потребовало выполнения повторного эндоскопического вмешательства с применением комбинации нескольких методик. У 101 пациента достигнут хороший лечебный эффект, 2 больных оперированы. В 11 случаях остановившегося кровотечения (Forrest IIc) не было необходимости в проведении эндоскопического гемостаза.

Выводы

Возможности эндоскопического гемостаза позволяют достичь эффективного гемостаза, что позволяет отказаться либо отсрочить экстренное оперативное лечение. Активное внедрение способов эндоскопического гемостаза при язвенных гастродуоденальных кровотечениях способствует улучшению результатов лечения.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ГЕЛЬМЕНТОЗАМИ

Каримова Д.И., Ганиева Д.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент Узбекистан

Актуальность

На сегодняшний день гельминтозы остаются наиболее распространенными паразитарными заболеваниями человека и имеют большое значение, особенно у детей. Высокая частота аллергических реакции у детей часто связана с глистными инвазиями.

Цель исследования

Определить особенности клинического проявления аллергии у детей дошкольного возраста с гельминтозами.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 68 детей раннего возраста, из них мальчиков было 38, девочек – 30. Из них 36 детей (52.94%) до 1 года; 32 ребенка (47.5%) от 1 года. Основное и сопутствующее заболевание диагностировались по данным клинико - аллергологического обследования (аллергологический анамнез), анализ пищевого дневника и элиминационно - провокационных проб, аллергического диагностического теста непрямого дегрануляции тучных клеток, проводилось трехкратное исследование кала, мазок соскоб из ануса. У всех детей с гельминтозами отмечались общие симптомы типичные для этого типа заболевания. Кроме того, 75,3% случаев паразитозы сопровождаются разнообразными поражениями ЖКТ. Кишечные гельминтозы могут вызывать боль в животе, диспепсические симптомы и нарушения пищеварения. С одной стороны, это объясняется наличием вялотекущего воспалительного процесса слизистых ЖКТ и развитием висцеральной гиперчувствительности, а с другой – изменением секреции биологических пептидов, регулирующих моторику и секрецию пищеварительной системы, модулирующих нервно-рефлекторные влияния. При энтеробиозе нарушаются процессы всасывания и переваривания пищевых продуктов, у 30–40% инвазированных снижается кислотность желудочного сока и угнетается пепсинообразующая функция. Аскариды выделяют ингибиторы трипсина и химотрипсина, вследствие чего ухудшаются процессы всасывания пищевых веществ, белков, жиров, нарушается толерантность к лактозе. Наличие остриц приводит к нарушению нормального состава микробной флоры кишечника, повышает риск заболеваемости острыми кишечными инфекциями в 2,5–3 раза.

Результаты и обсуждения

Установлены следующие клинические формы аллергии: гастроинтестинальная аллергия у 22 (32.5) atopический дерматит у 19 (27.94); респираторные алергозы у 14 (20.58); острая крапивница и отек Квинки у 13 (19.11%). В развитии и формировании аллергии, кроме причины, большое значение имеют факторы риска. Среди них превалирует наследственная отягощенность (52%), токсикозы беременности у матерей детей (48%). Таким образом, гельминтозы у детей раннего возраста клинически чаще проявляется в форме гастроинтестинальной аллергии, аллергических дерматитов и респираторной аллергии, острая крапивница и отек Квинки. В развитии болезни большое значение имеет снижение иммунитета, дисбактериоз кишечника, а также факторы риска: наследственная отягощенность, аллергический диатез.

Выводы

При гельминтозах проявление аллергии связана поражение ЖКТ при гельминтозах. Для диагностики и лечения аллергических состояний при каждой консультации в первичном звене здравоохранения врачи должны учитывать основные и частные симптомы глистных инвазии, которые часто могут быть причины различных форм аллергии.

ВЫЯВЛЕНИЕ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ НЕКОТОРЫХ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Каримова Д.И., Шайхова М.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), каждый год более 270 тысяч младенцев, не достигших месячного возраста, погибают от врожденных заболеваний, обусловленных в том числе генетикой. Такие болезни, как фенилкетонурия, галактоземия, муковисцидоз могут сказаться на состоянии ребенка сразу после рождения. Однако если вовремя выявить их и начать необходимую терапию, можно сохранять качество жизни на протяжении многих лет. Современные диагностические методы позволяют обнаруживать заболевания, вероятность развития которых у конкретного человека достаточно высока.

Цель исследования

Выявить офтальмологические расстройства при некоторых наследственных заболеваниях нервной системы.

Материал и методы

За период 2019-2021 гг. в Республиканском скрининг центре матери и ребенка было обследовано 30 пациентов с офтальмологическими расстройствами при некоторых наследственных заболеваниях нервной системы. Всем пациентам был проведен клинико-неврологический осмотр, составлена генеалогическая карта, проведены биохимические и специфические лабораторные исследования и консультация офтальмолога.

Результаты исследования

Атаксия Фридрейха является самой частой формой наследственной атаксии, была выявлена у 9 обследованных пациентов. Туберозный склероз (ТС) — это наследственное заболевание из группы факотомозов. ТС был выявлен у 9 обследованных пациенток. Симптоматическая эпилепсия, наблюдающаяся у больных ТС, была выявлена в 92% случаев. У 3 больных была выявлена Болезнь Краббе. Спастическая параплегия Штрюмпеля была выявлена у 6 пациентов, также у этих пациентов были установлены нистагм, атрофия зрительных нервов, косоглазие. Гепатолентикулярная дегенерация (ГЛД), или болезнь Вильсона-Коновалова, наследуется аутосомно-рецессивно, данное заболевание было выявлено у 3 пациентов при осмотре щелевой лампой были выявлены типичные изменения глаз в виде роговического кольца Кайзера-Флейшера в результате отложения меди на периферии роговицы в области лимба.

Вывод

Пренатальная диагностика наследственных заболеваний, ввиду актуальности проблемы, данное направление генетической диагностики заслуживает особого внимания. Наличие информации о возможных наследственных патологиях помогает принять правильное решение, вовремя начать лечение, скорректировать образ жизни, заняться профилактикой развития генетических болезней.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ПЕРСИСТИРУЮЩИХ ИНФЕКЦИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Ш.Ш. Касимова, Г.Э. Хакбердиева

Ташкентский медицинский педиатрический институт, Ташкент, Узбекистан

В современном обществе персистирующие инфекции в детском возрасте занимают важную роль в практической педиатрии. Основными аспектами этой педиатрической проблемы являются изучение эпидемиологии и патогенеза клинических проявлений персистирующих инфекций, возможности лечения, профилактики и предупреждения активного размножения инфекционных агентов цитомегаловируса, вируса простого герпеса, вируса иммунодефицита человека, вируса гепатита В. Дети школьного возраста и подростки представляют собой группу высокого риска заражения внутриклеточными инфекциями, что обусловлено биологическими и физиологическими особенностями, и характером социальных контактов ребенка в этом возрасте. Например, *Mycoplasma pneumoniae* передается преимущественно аэрозольным путем и может представлять опасность в любом возрасте [4]. Персистирующие инфекции являются этиологическими факторами в развитии многих хронических заболеваний детского возраста. Они могут при определенных условиях вызвать несколько серьезных заболеваний. В раннем возрасте, острое течение персистирующих инфекций чаще наблюдается при первичном инфицировании [2, 4]. Клинические проявления, вызванные персистирующими инфекциями, можно считать результатом снижения иммунитета. В результате состояния иммунной системы у детей младшего возраста чаще развиваются заболевания, связанные с персистирующими вирусами и внутриклеточными инфекциями. Например, при персистенции цитомегаловируса без иммунной недостаточности, как правило, не наблюдается каких-либо клинических проявлений, но у больных со сниженным иммунитетом, в том числе у ВИЧ-инфицированных, у больных, получающих гормональную терапию, цитомегаловирус может вызвать серьезное заболевание, вплоть до летального исхода [6]. Персистирующие инфекции протекают с различной симптоматикой, в виде аденопатии, трахеита, бронхита, слабовыраженных неврологических симптомов, хронических заболеваний ЖКТ, болями или дискомфортом в животе неясной этиологии, заболеваний почек и мочевыводящей системы и др. С внедрением в лабораторную практику методов полимеразной цепной реакции стало легче проводить этиологическую диагностику персистирующих инфекций. Обследование ребенка и членов семьи позволяет определить штамм возбудителя, иммуногенность, степень патогенности, точную локализацию процесса. Стало возможным выявлять инфекции уже в латентном периоде заболевания [1]. В постановке диагноза имеет значение анамнез; наличие в ближайшем окружении ребенка людей с латентными или клиническими формами внутриклеточной персистирующей инфекции; лихорадка не ясной этиологии, увеличение лимфоузлов, обострение хронических заболеваний, поражение суставов неясного генеза. Действие противовирусных, антибактериальных, препаратов не всегда даёт желаемый эффект. Токсические и побочные действия, и противопоказания ограничивают их применение у детей раннего возраста.

Важнейшим условием профилактики активных персистирующих инфекций, в том числе цитомегаловирусной инфекции, является квалифицированная и систематизированная медицинская помощь. Профилактические меры, помимо средств и навыков гигиены, должны включать максимальную информированность населения, обучение навыкам использования доступных профилактических средств. В настоящее время проводится активная вакцинация против цитомегаловирусной инфекции [7, 8]. По-прежнему актуально изучение эпидемиологии, профилактики и лечения перинатальных инфекций, ассоциированных с цитомегаловирусом и вирусом герпеса зостер [12], проводится изучение патогенетической роли персистирующих вирусов (цитомегаловируса, вируса иммунодефицита человека, вируса гепатита В, парвовируса) в развитии стероидрезистентного нефротического синдрома у детей [10]. Ведется анализ особенностей течения атипичной пневмонии, ассоциированной с *Mycoplasma pneumoniae*. Таким образом, можно сказать, что в последнее время несмотря на большой объем накопленных знаний, до сих пор не существует единого мнения по лечению персистирующих инфекций. Инфицированный этими вирусами человек остается инфицированным практически в течение всей жизни. Поэтому активность персистирующих вирусов направлена не на уничтожение хозяина, а на адаптацию к длительному существованию в его организме.

ТРОФИЧЕСКИЕ ЯЗВЫ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СПИННОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

Маджидова Ё.Н., Эргашева Н.Н., Нурмухамедова М.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность

Трофическая язва – дефект кожи и мягких тканей, возникающий на фоне микроциркуляторных нарушений и не заживающий на протяжении более 6 недель. Патология развивается вследствие тяжелого течения основного заболевания и считается его осложнением. После проведенных операций по поводу спинномозговой грыжи, у части больных наблюдаются различные осложнения, последствием которых являются трофические язвы.

Цель исследования

Выявить особенности течения, частоту, методы лечения и профилактики трофических язв при пороках спинного мозга у детей.

Материалы и методы

В 2014-2020 годы в отделении гнойной хирургии 2-й детской хирургической клинической больницы города Ташкента и отделении нейрохирургии детского возраста научно-практического центра нейрохирургии МЗ РУз находились 22 больных с нейротрофическими язвами различной локализации возникшими, как осложнение спинномозговой грыжи.

Результаты и их обсуждение

По результатам анамнестических данных, 19 (86%) из 22 больных перенесли оперативные вмешательства по поводу спинномозговой грыжи, в 1 (4.5%) случае был отказ от операции, в связи оценкой патологии, как иноперабельной. В 2 (9%) случаях оперативное лечение не проводилось из-за несогласия родителей. Трофические язвы развивались при следующих клиничко-морфологических вариантах спинномозговой грыжи: миелоцистоцеле у 2 больных, менингомиелоцеле – 12 больных, менингомиелорадикулоцеле – 7 больных, рахизис – 1 больной. Возникновение трофических язв наиболее часто фигурировало при тяжелых формах СМГ, при сочетаниях патологии с другими аномалиями, в том числе при первичном и вторичном тетринг синдроме. Трофическая язва может образоваться на любых участках тела, где происходит длительный контакт тканей, с объектом, вызывающим сдавление или нарушение микроциркуляции. У 7 (32%) больного отмечалась единичная локализация процесса, у 15 (68%) – множественная, причем, во всех случаях, имело место вовлечение стопы, ее подошвенной поверхности, в пяточной области и в 1 или в 5 пальце, где расстройство микроциркуляции возникает чаще и интенсивнее. Трофические язвы имели различную форму: округлую – 3(14%); овальную – 4(18%); или неправильную – 15(68%) и размеры их колебались от 2.0 x 2.0 см до 2.0 x 4.0 см. Боли в области трофической язвы умерены или отсутствуют, что связано с понижением чувствительности в пораженной зоне. Поэтому больные обращаются поздно, когда язва увеличивается в размерах, и появляются боли, обычно связанные со вспышкой инфекционно воспалительного процесса в окружающей ткани, с развитием гнойно-деструктивного процесса, отличающегося длительным течением, вялым заживлением, склонностями к рецидиву. При длительном течении процесса наблюдается углубление гнойно-деструктивных явлений и переход в костную ткань – трофический остеомиелит, что имело место в 2 наших наблюдениях.

Вывод

Трофические язвы принимают хронически-рецидивирующее течение с тенденцией к увеличению в размерах и охватом глублежащих тканей, вне зависимости от причины их возникновения, требуют пристального внимания и участие различных специалистов. При появлении начальных признаков трофических язв больные должны быть осмотрены хирургом и начаты соответствующие профилактические и лечебные мероприятия.

ХЛАМИДИОЗ У ДЕТЕЙ

Махкамова Г.Т., Миржалалова Ш.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность

Распространенность хламидийной инфекции у детей с бронхолегочной патологией значительно варьируется от 6,2 до 50%. В настоящее время с данной инфекцией связывается в первую очередь развитие респираторных форм таких заболеваний у детей как ОРЗ, круп, бронхообструктивный синдром, пневмония и бронхиальная астма).

Цель исследования

Определение реальной значимости и отбора клинических, лабораторных и функциональных методов для диагностики и контроля за эффективностью лечения хламидийной инфекции.

Материал и методы

Нами было обследовано 35 детей с хламидийными бронхитами и пневмониями в возрасте от 4 до 15 лет.

Сбор подробного анамнеза жизни и заболевания ребенка, включая семейный анамнез.

Общеклиническое обследование, включающее осмотр педиатром, пульмонологом, обязательный осмотр оториноларингологом.

Стандартный набор лабораторных исследований.

Рентгенография грудной клетки с подробным описанием патологических изменений в легочной ткани.

Исследование функции внешнего дыхания, а именно проведение спирографии - на аппарате Vitalograph alpha Hamburg Германия.

Результаты исследования

Высокая степень инфицированности хламидиями была выявлена у детей с бронхитом, степень инфицированности составила 68,6% (24 ребенка). При анализе клинической картины у детей, больных бронхитом, инфицированных хламидиями, у 12 (50%) детей преобладал обструктивный компонент. У детей с пневмониями частота инфицирования хламидиями составила 31,4. Случаи заболевания в 81,8% случаев приходились на ранний и дошкольный возраст. Нарушение функции внешнего дыхания (ФВД), характерное для бронхообструктивного синдрома, при спирометрии проявляется снижением показателей ФВД — объема форсированного выдоха за 1 с, максимальной скорости выдоха, максимальных объемных скоростей.

Таким образом, все вышеизложенное позволяет утверждать, что лечение респираторного хламидиоза должно быть комплексным. Обязательным является назначение этиотропных антибиотиков (макролиды) для уничтожения возбудителя. Но не менее важно поддержать функциональное состояние легких.

НАРУШЕНИЕ ОСАНКИ У ШКОЛЬНИКОВ НАЧАЛЬНЫХ И СРЕДНИХ КЛАССОВ

Махкамова Г.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность

Нарушения осанки у школьников, к сожалению, принимает значительные масштабы. Если нарушения осанки у дошкольника вызваны тем, что он в 5-6 лет, а то и раньше, уже посещает подготовительные занятия и на неподготовленный организм обрушивается серьезная нагрузка, с которой он не всегда может справиться. Нарушения осанки у школьника возникают уже в процессе самого обучения в школе. Одна из актуальных проблем в мировой практике – это сколиоз или искривление позвоночника. Проявиться может заболевание уже в раннем детстве, но прогрессирование деформации наиболее заметно в период бурного роста ребенка, в так называемом, пубертатном периоде. Зачастую это приводит к довольно тяжелым последствиям в опорно-двигательном аппарате и даже во внутренних органах.

Материалы и методы

Нами были обследованы 80 детей общеобразовательной школы Юнусабадского района на предмет выявления нарушения осанки. 40 человек были учениками 1 класса (средний возраст 7,1 лет), 40 человек ученики 8 класса (средний возраст 14,1 лет). Из 40 детей первого класса были 21 девочка и 19 мальчиков, а из 40 детей восьмого класса 18 девочек и 32 мальчика. Мы применяли четырехступенную систему оценки величины искривления позвоночника В.Д. Чаклина. А также оценивали по опросу учеников их занятость физкультурой, спортом и временем, проведенным за компьютером.

Результаты исследования

По результатам наших исследований выяснилось, что в старшей возрастной группе частота сколиоза и других изменений осанки, возрастает в 2 раза, доходя у девочек до 37,5%, а в младшей возрастной группе это количество составляет 19,05%. Мальчиков же с нарушением осанки значилось меньше – 22,7% в старшей возрастной группе и 10,5% среди детей первого класса. Общая же частота детей со сколиозом, грудным кифозом и другими изменениями среди детей первого класса составила 15%, а среди детей 8 класса 28,94%. Путем опроса мы выяснили, что процент девочек, занимающихся спортом в младшей возрастной группе составляет – 85,7%, т.е. 18 девочек из 21. Помимо 40 минутных школьных занятий физкультурой, эти дети посещают дополнительные секции художественной гимнастики и танцы.

Среди девочек старшей возрастной группы, занимающихся спортом уже меньше – 50%, т.е. 8 девочек из 18 занимаются танцами. Остальные девочки старшей возрастной группы не занимаются спортом и нерегулярно посещают школьные занятия физической культуры. Среди мальчиков младшей возрастной группы 89,5% помимо занятий физкультурой в школе посещают спортивные кружки, секции – гимнастики, бокса, карате. В старшей возрастной группе этот процент несколько ниже – 77,3%. Остальные дети вели сидячий образ жизни.

Вывод

По результатам опроса и работы с медицинскими данными, выводы подтверждают общую статистику – динамика детей с нарушением осанки и общего физического состояния подростков отрицательна. Таким образом, с возрастом, дети и их родители, уделяя меньшее внимание занятиям спортом, либо физической культуре, сами повышают вероятность возникновения сколиоза и других возможных патологий позвоночника.

АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ

Нурмухамедова Ф.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность

Качество жизни – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [Бабияк В.И., 2004]. Для того чтобы определить успешность хирургического вмешательства, необходимо как улучшение объективно измеряемых параметров, так и важно дополнение их улучшением качества жизни пациента [Koller M, 2003].

Цель исследования

Провести сравнительный анализ состояния здоровья пациентов, страдающих различными формами хронического среднего отита.

Материалы и методы

Было изучено 112 ушей у 102 пациентов, которые были прооперированы по поводу ХГСО на базе Ташкентского педиатрического медицинского института кафедры оториноларингологии, детской оториноларингологии и стоматологии. С целью выяснения их предоперационных и интраоперационных характеристик пациентам были проведены общеклинические, оториноларингологические, лучевые (МСКТ височной кости) и аудиологические методы исследования. Анкетирование проводилось до и после хирургического лечения.

Результаты

У всех опрошенных нами пациентов, независимо от нозологической формы заболевания, отмечено снижение качества жизни по сравнению со здоровыми лицами, для которых характерен общий балл анкеты до 15 баллов. Следующим этапом исследования было сравнение результатов качества жизни в зависимости от вида ХГСО. По общему количеству баллов, подтверждает положительную динамику качества жизни пациентов после всех видов хирургического лечения кроме 5 группы пациентов, которым была проведена санирующая операция открытого типа. Например, качество жизни после тимпанопластики улучшилось с достоверным уменьшением баллов COMOT-15 с 48 до 4,25, при тимпанопластике с оссикулопластикой до 2,5 баллов. Следует отметить, что данный балл у здоровых лиц составил до 5 баллов. Что касается жалобы связанной с шумом в ухе, то во всех группах результат не достоверный и указывает на то что хирургическое вмешательство не влияет на улучшение по данному симптому ($P>0,05$). Пациенты второй группы – после санирующей операции на ухе получили достоверную разницу в общем балле ($P<0,001$), но по сравнению с 1, 3 и 4 группами получили не достоверную разницу по вопросам касаемых функции слуха ($P>0,05$), а данные вопросы имеют важное значение для пациентов что следует иметь ввиду.

Следует отметить, что у пациентов 5 группы после выполненной санирующей операции открытого типа, также наблюдались улучшению дооперационных значений, однако, не в отношении всех вопросов.

Закключение. Полученные результаты диктуют необходимость обоснованного подхода к проведению открытых видов санирующих операций при ХГСО с учетом негативных последствий на качество жизни пациентов.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

Нурмухамедова Ф.Б., Султонов Э.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Экссудативный средний отит (ЭСО) – самая частая причина обращения к врачу детей раннего, дошкольного и младшего школьного возраста. Американскими учеными установлено, что в возрастном промежутке от 2 месяцев до 2 лет у 91% детей диагностируется по меньшей мере один эпизод ЭСО, при этом у 52% пациентов процесс носит двусторонний характер. В возрасте от 2 до 6 лет случаи ЭСО обнаруживаются у 53-61% детей [Милешина Н.А., 2009; Robb P.J., Williamson I., 2016].

Цель исследования

Определить этиопатогенетические факторы экссудативного среднего отита у детей.

Материал и методы

Обследование больных проведено в клинике ТашПМИ в ЛОР-отделении на базе кафедры Оториноларингологии, детской оториноларингологии и детской стоматологии ТашПМИ за период с 2020 по 2023 гг. В соответствии с поставленной целью исследования было проведено обследование 70 пациентов в возрасте от 3 до 14 лет с экссудативным средним отитом.

Результаты исследования

Односторонний ЭСО отмечался у 28 больных (36%), диагноз - двустороннего ЭСО был поставлен - 42 пациентам (64%). Таким образом, ЭСО чаще всего имел двусторонний характер. В зависимости от длительности заболевания ЭСО, у 48(68%) заболевание длилось менее 3 месяцев и оценивалось как острый ЭСО, тогда как у 22 (32%) заболевания длилось более 3 месяцев – хронический ЭСО. Полученные данные указывают на то, что хронический ЭСО встречается в 2 раза чаще. У 36 (51,4%) пациентов была выявлена гипертрофия глоточной миндалины, аденоидная вегетация, сочетанная с вазомоторным ринитом, была выявлена у 7 (10%) пациентов с ЭСО. У 4 (5,7%) пациентов диагностирована сочетанная гипертрофия небной и глоточной миндалины, тогда как у 6 пациентов вместе с этим, был выявлен вазомоторный ринит. Всего у 2 (2,8%) пациентов с ЭСО был выявлен только вазомоторный ринит. Следует отметить, что у 15 (21,5%) из 70 пациентов не было выявлено причинно-значимого фактора.

Вывод

У детей с экссудативным средним отитом в 78,5% случаев возникновение заболевания было связано с внешними факторами, вызывающими обструкцию и дисфункцию слуховой трубы, определение которых диктует дальнейшую тактику хирургического лечения.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПЕРВИЧНОЙ ЦИЛИАРНОЙ ДИСКИНЕЗИИ: УПУЩЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

¹Овсянников Д.Ю., Фролов П.А. ^{1,2}, Колганова Н.И. ¹, Стрельникова В.А. ¹

¹ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»,

Москва, Российская Федерация

²ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ»,

Москва, Российская Федерация

Актуальность

Несмотря на манифестацию первичной цилиарной дискинезии (ПЦД) в неонатальном периоде или на первом году жизни, диагноз данного редкого заболевания устанавливается обычно в возрасте 4-7 лет.

Цель исследования

Поиск резервов ранней диагностики ПЦД.

Материалы и методы

Наблюдались 17 пациентов с ПЦД, подтвержденной на основании шкалы PICADAR, световой высокоскоростной видеомикроскопии (у всех) и трансмиссионной электронной микроскопии (у 3) биоптата слизистой оболочки дыхательных путей, с помощью генетического исследования (у 1 пациента).

Результаты

Все пациенты родились доношенными; неонатальный респираторный дистресс-синдром (РДС) отмечался у 71% пациентов; медиана длительности ИВЛ/кислородотерапии составила 14 [7; 21] суток; аномалии латерализации были обнаружены у 35% пациентов; у всех пациентов отмечалась постоянная заложенность носа и/или ринорея, у 94% - хронические или рецидивирующие синуситы, отиты, рецидивирующие пневмонии, на рентгенограммах и компьютерных томограммах органов грудной клетки у 71% были выявлены ателектазы с постоянной локализацией в средней доле, у 12 из 15 больных, прослеженных в анамнезе - бронхоэктазы (БЭ), также в основном в средней доле (у 9). Средний возраст установления диагноза составил 5 [1,75; 7] года, у больных с установленным диагнозом в возрасте старше 3 лет чаще диагностировали БЭ. Медиана оценок по шкале PICADAR составила 7 [6; 8] баллов.

Выводы

Для ранней диагностики ПЦД важен учет неонатального РДС доношенных, латерализации органов, затруднения носового дыхания, начиная с первого полугодия жизни.

ПРИМЕНЕНИЕ МИКРОДИССЕКЦИИ В ДЕТСКОЙ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Раззоков А. С.

Национальный детский медицинский центр, Ташкент, Узбекистан

Актуальность

Микродиссекционные иглы широко используются в хирургии во всем мире. Микродиссекционная вольфрамовая игла (МВИ) характеризуется сверхострым кончиком, обеспечивающим безопасное и тщательное рассечение с эффективным гемостазом. Однако проводилось мало исследований применения МВИ в педиатрической пластической хирургии.

Цель исследования состояла в том, чтобы сравнить послеоперационные осложнения операций, проведенные с МВИ и обычными инструментами (скальпель, ножницы и биполяр).

Материал и методы

В исследование были включены 22 ребенка, перенесшие операции по устранению послеожоговых контрактур на руках и врожденных синдактилий с пересадкой кожи в отделении пластической хирургии Национального детского медицинского центра с февраля 2021 г. по август 2022 г. У 12 (54,5%) отобранных пациентов операция проводилась с использованием МВИ и у 10 (45,5 %) обычными инструментами (скальпель, ножницы и биполяр). Оценивалась продолжительность гемостаза после выключения турникета, а также послеоперационная гематома под пересаженной кожей.

Результаты

У 3 (13,6%) пациентов наблюдалось незначительные гематомы под пересаженной кожей с незначительной разницей между пациентами прооперированными с использованием МВИ 1 из 12 (8,3 %) и без 2 из 10 (10%). Средняя трата времени для тщательного гемостаза после отключения турникета у пациентов прооперированных с использованием МВИ – 4 минуты 35 сек, а у пациентов, прооперированных обычными инструментами (скальпель, ножницы и биполяр) – 9 мин. 07 сек.

Заключение

Использование МВИ эффективно и дает возможность сократить время операции, а также уменьшить послеоперационных осложнений.

ПОВТОРНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Рахмонов Д.Б., Хамраев А.Ж.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность

Проблемы послеоперационных осложнений аноректальных мальформаций (АРМ) у детей и адекватные повторные реконструктивные операции остаются далеко нерешенной в детской колопроктологии. Послеоперационные осложнения при хирургической коррекции АРМ зависят от показания, выбора оперативной тактики, эффективности метода первичной коррекции, наличия сопутствующих врожденных патологий соседних органов и профессионализма хирурга.

Цель исследования

Улучшение результатов хирургической коррекции АРМ у детей.

Материал и методы

Под нашим наблюдением на базах (1-ГКДБ г.Ташкента и МДОБ г.Самарканда) кафедр детской хирургии ТашПМИ и СамМИ в 2007-2021 г. находились 337 больных, которым выполнены различные первичные корригирующие операции. Ретроспективно проведено катamnестическое обследование 102 (30,2%) больных, поступивших для повторной операции на аноректальной зоне по поводу недостаточности анального сфинктера заднего прохода и прямой кишки. Возраст больных: Возраст: до года-7(6,86%), 1-3 года-19 (18,63), 3-6 лет-31 (30,1%) 7-14 лет- 41(40,2%)15-18 лет-4(3,92%). Больным проведены 228 реконструктивных операций: двукратно – 78 (34,2%), трижды – 90 (39,5%) и четырежды и больше– 60 (26,5%). Мальчиков было 57, девочек – 45.

Всем больным проведено комплексное обследование, включавшее сбор анамнеза и катamnез, клинический осмотр с ректальным исследованием, лабораторную диагностику, УЗИ с доплером сосудов органов брюшной полости и малого таза, миографию запирающего аппарата прямой кишки, рентгенологические, МРТ и эндоскопические исследования.

Больные были распределены на 2 группы. Первая группа (33 больных) – получавшие перед каждой повторной операцией реабилитационное лечение. Вторая группа (25 больных) – не получавшие перед повторными операциями реабилитационное лечение.

Результаты

При тщательном изучении историй болезни, выписки и анамнеза больных, нами было выявлено, что неудачность первичной хирургической коррекции АРМ и её осложнения развивались на почве диагностических (39%), тактических и технических (61%) ошибок. Диагностические ошибки – неправильное определение высоты атрезии, не диагностирование свищей уретры, первичной неточной идентификации верификации пороков; тактические ошибки – неправильный выбор показания и сроков проведения первичной радикальной операции или наложения колостомы; технические – ранение уретры, повреждение сфинктера, недостаточная мобилизация дистального отдела толстой кишки и др.

При повторно-реконструктивных операциях придерживались следующих тактических и технических приёмов: по возможности обходиться без лапаротомии, минимальной диссекцией тканей с целью сохранения полноценного кровоснабжения и иннервации; точно выводить прямую кишку через центр удерживающего мышечного комплекса; восстанавливать физиологический аноректальный угол; сохранять внутренний анальный сфинктер; избегать натяжения в зоне вновь сформированного заднего прохода. Следует отметить, что повторные операции выполнялись в более сложных условиях, чем первичные и с меньшими возможностями выбора оперативного метода, что усугублялось наличием грубых рубцовых изменений тканей промежности. При решении проблемы реконструктивных операций важно совершенствование хирургической техники, устранение дефекта предыдущих операций и профилактики ожидаемого осложнения.

Результаты повторных реконструктивных операций показали, что чем больше кратность операции, тем больше тенденции к рубцеванию и стриктуре ануса. Поэтому важно, чтобы между операциями проводилось местное противовоспалительное и противовоспалительное реабилитационное лечение, как профилактика разрастания рубцовой ткани. В первой (основной) группе, всем 33 больным при недостаточности анального сфинктера нами проводились электростимуляция анального жома аппаратом ФЭС-02 и больным старше 5 лет у 17 больных по показанию проводили БОС терапии. При стенозе заднего прохода – электрофорез с лидазой с баллонодилатацией. Такой вид чередования реабилитационного лечения проводился у 30 больных первой группы перед и после каждой повторной операцией, у 30% больных улучшились результаты операций на аноректальной зоне у детей. Результаты проведенных исследований показали, что, при выборе тактики лечения эффективными являются проведение послеоперационной реабилитации после каждого этапа реконструктивных операций.

Вывод

Таким образом, для улучшения результатов повторных – реконструктивных операций на аноректальной зоне рекомендуется, проведение местного реабилитационного лечения перед и после каждого этапа аноректопластики.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВУЛЬГАРНОГО ИХТИОЗА

Рахматов А.Б., Равшанова Д.Т.

Республиканский специализированный научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Актуальность

При ихтиозе происходят нарушения процессов транскрипции, приводящие к изменениям уровня профилагрина – основного белка кератогиалиновых гранул, связывающего кератиновые филаменты. Клинические проявления заболевания достаточно типичны и характеризуются тремя основными компонентами: шелушением, фолликулярным гиперкератозом, гиперлинеарным рисунком ладоней. Лечение больных ихтиозом остается сложной задачей, так как является симптоматическим и требует системного подхода на протяжении всей жизни пациента.

Цель исследования

Изучить содержание витамина D у больных вульгарным ихтиозом и разработать метод коррекции данных нарушений.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 120 больных вульгарным ихтиозом, из них мужчин было 71, женщин – 49. Возраст больных составил от 3 до 55 лет. Определение содержания 25-ОН витамина D проводили методом иммунохемилюминесцентного анализа (ИХЛА) на закрытом автоматическом анализаторе Autolumo A1000 и реактивах фирмы Autobio (Китай).

Результаты и обсуждение

Во всех возрастных группах больных ихтиозом было выявлено нарушение содержания витамина D, причем в группе до 10 лет оно было наиболее выражено, так как полученные значения не превышали уровень $<5\text{ng/ml}$. С возрастом содержание витамина D несколько увеличивалось, но все равно было пониженным по сравнению с данными контрольной группы ($p<0,001$). Полученные данные явились основанием для применения «Gelyvit D3 Kids» (1 капля препарата содержит $10\text{mkg}-400\text{ ME}$) при терапии больных вульгарным ихтиозом в течение от 3 до 6 месяцев. Следует указать, что витамин D – группа жирорастворимых веществ, которые не могут относиться к классу витаминов, это гормон, поскольку может синтезироваться в организме под влиянием УФ-лучей и действует опосредованно через рецепторы, которые в последние годы обнаружены в различных клетках организма, в том числе и в клетках иммунной системы, и раковых клетках. В этой связи все больше внимания уделяется проблеме обеспеченности витамином D организма пациентов с аутоиммунными заболеваниями.

Выводы

У больных ихтиозом выявлен значительный дефицит витамина D, который коррелировал с выраженностью клинических проявлений генодерматоза. Применение витамина D в комплексной терапии больных вульгарным ихтиозом позволяет значительно улучшать клинические проявления заболевания и качество жизни самих пациентов.

ВРОЖДЕННЫЙ БУЛЛЕЗНЫЙ ЭПИДЕРМОЛИЗ В УЗБЕКИСТАНЕ

Рахматов А.Б., Халдарбеков М.К.

Республиканский специализированный научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Актуальность

Врожденный буллезный эпидермолиз (ВБЭ) – фенотипическая и генетически гетерогенная группа генодерматозов, основным клиническим проявлением которых являются пузыри, возникающие после незначительного механического воздействия на кожу и слизистые оболочки вследствие генетически обусловленных дефектов структурных белков кожи, обеспечивающих интраэпидермальные или дермоэпидермальные связи.

Цель исследования

Изучить содержание витамина D при различных формах буллезного эпидермолиза и разработать метод коррекции выявленных нарушений.

Материал и методы

Согласно Национальному регистру ВБЭ (на август 2022г.) на учете находится 372 пациента, среди которых выделены следующие клинические формы генодерматоза: простая – у 117 (31,5%); пограничная – у 28 (7,5%); дистрофическая – у 223 (59,9%); синдром Киндлера – у 4 (1,8%) пациентов. Определение содержания 25-ОН витамина D проводили методом иммунохемилюминесцентного анализа (ИХЛА) на закрытом автоматическом анализаторе Autolumo A1000 и реактивах фирмы Autobio (Китай).

Результаты и обсуждение

Проведенные исследования показали, что у больных с ВБЭ отмечается выраженный дефицит витамина D ($4,55 \pm 0,35$ ng/ml) по сравнению с данными контрольной группы, соответствующего возраста ($p < 0,001$). При проведении исследований в возрастных группах больных ВБЭ: «5-10 лет», «10-15 лет», «15-20 лет», «старше 20 лет» сохраняется выявленная тенденция дефицита витамина D, что может быть связана с постоянными перевязками, соответственно клиническим проявлениям заболевания, и дефицитом УФ-лучей. В комплексной терапии больных ВБЭ использован витамин D (GELYVIT D3 KIDS) в виде капель (капля-400 ME) в течение нескольких месяцев в зависимости от клинической формы генодерматоза, что положительно сказывалось на общем течении кожно-патологического процесса.

Выводы

У больных ВБЭ выявлены значительные нарушения в содержании витамина D, выраженность которых находилась в прямой зависимости от клинической формы генодерматоза. Использование витамина D (GELYVIT D3 KIDS), позволяет ускорять эпителизацию эрозивных очагов на коже и слизистых, а также улучшать качество жизни самих пациентов.

К ВОПРОСУ ЭНТЕРОПАТИЧЕСКОГО АКРОДЕРМАТИТА

Рахматов А.Б.

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
дерматовенерологии и косметологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан**

Актуальность

Акродерматит энтеропатический (АЭ) является довольно редким аутосомно-рецессивным заболеванием, связанным с дефицитом в организме микроэлемента цинка, который происходит за счет нарушения его всасывания в кишечнике. Довольно часто регистрируются семейные случаи заболевания. АЭ характеризуется образованием сгруппированных пузырьковых и пузырьных элементов, которые располагаются в области локтевых и коленных суставов, дистальных отделах конечностей и вокруг естественных отверстий у лиц, страдающих желудочно-кишечными заболеваниями. В период обострения заболевания часто выявляются признаки диффузной алопеции, явления ониходистрофий по атрофическому типу, а также диарея, приводящая к кахексии.

Цель исследования

Изучить клинические особенности течения энтеропатического акродерматита и разработать алгоритм лечения данного генодерматоза.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 12 пациентов (8 мальчиков, 4 девочки) в возрасте от 9 месяцев до 2,5 лет. Давность заболевания составляла от нескольких дней до 1 года. У 10 из 12 пациентов были установлены семейные случаи заболевания (генеалогическое картирование пациента).

Результаты и обсуждение

Кожная симптоматика появлялась после нарушений желудочно-кишечного тракта и изменения характера питания ребенка. Гистологические исследования полностью исключали диагноз буллезного эпидермолиза (локализация пузырей на кистях и стопах). С помощью ПЦР-исследований «Микозо-Скрин» со слизистой оболочки полости рта у всех больных выделены различные виды *Candida spp.* Назначение препаратов цинка (любых комбинаций) приводило к быстрому разрешению всей кожной симптоматики. Учитывая необходимость длительного применения цинка, рекомендовано использования нутрицевтических средств (комбинация цинка и пробиотиков), с помощью которых проводится профилактика данного генодерматоза.

Выводы

Диагноз АЭ требует адекватного применения микроэлемента цинка в течение многих лет, что возможно путем использования нутрицевтических средств (комбинация цинка с пробиотиками).

НЕЙРОФИБРОМАТОЗ КОЖИ У ДЕТЕЙ

Рахматов А.Б., Рахматов Т.П., Курбанова Н.К.

Республиканский специализированный научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Актуальность

Нейрофиброматоз является группой системных наследственных заболеваний, характеризующихся пороками развития кожи, нервной и костной систем, повышенным риском развития злокачественных опухолей. Наследуется аутосомно-доминантно с высокой пенетрантностью и вариабельной экспрессивностью.

Цель исследования

Изучить содержание витамина Д у больных нейрофиброматозом с целью последующей коррекции выявленных нарушений.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 11 больных (7 мальчиков, 4 девочки) в возрасте от 3 до 10 лет и давностью заболевания от 8 месяцев до 9 лет. Основными кожными симптомами являлись: пигментные пятна (3 больных), нейрофибромы (2 больных) и их сочетание (6 больных). Определение содержания 25-ОН витамина Д проводили методом иммунохемилюминесцентного анализа (ИХЛА) на закрытом автоматическом анализаторе Autolumo A1000 и реактивах фирмы Autobio (Китай).

Результаты и их обсуждение

Самым ранним симптомом нейрофиброматоза является появление вскоре после рождения пигментных пятен цвета «кофе с молоком», любой локализации примерно в 2-6 месячном возрасте. Постепенно пятна увеличиваются и в количестве, и размерах. У всех пациентов отмечались своеобразные «веснушки» с локализацией в подмышечной области. Нейрофибромы начали появляться в возрасте старше 5 лет и характеризовались опухолевидными разрастаниями (грыжевидное выпячивание), при пальпации которых палец проваливается как в пустоту. В общей группе больных нейрофиброматозом был выявлен дефицит витамина Д ($<10\text{ng/ml}$), выраженность которого усиливалась с образованием нейрофибром ($<5\text{ng/ml}$) при $p<0,05$. Витамин Д рассматривается как гормоподобное вещество, дефицит которого может приводить к вторичному иммунодефицитному состоянию и, следовательно, появляется возможность образования нейрофибром у данных пациентов.

Выводы

У больных нейрофиброматозом отмечается значительный дефицит витамина Д, причем наиболее выраженный при наличии нейрофибром.

С целью коррекции больным нейрофиброматозом рекомендуется прием высоких доз витамина Д, что позволит в определенной степени стабилизировать развитие нейрофибром при данном генодерматозе.

РОЛЬ НОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДЕТСКОЙ КАРДИОХИРУРГИИ И ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ КАРДИОЛОГИИ

¹Сарсенбаева Г.И., ²Имамбетова А.С., ²Ахенбекова А.Ж.

¹Научный центр педиатрии и детской хирургии МЗ РК,

²Казахстанско-Российский медицинский университет, Алматы, Казахстан

Актуальность

В настоящее время успешно развивается детская кардиохирургия, увеличивается число пациентов, переживших «критический возраст естественного течения болезни» на фоне врожденного порока сердца (ВПС), благодаря внедрению современных диагностических и лечебных технологий.

Цель исследования

Представлен наш опыт внедрения современных медицинских технологий в практическую деятельность отделения кардиохирургии для диагностики и лечения патологий у детей.

Материалы и методы

За период 2013-2022 гг. внедрены методы интервенционной кардиологии у 500 детей с врожденной патологией сердца и сосудов, онкологической патологией. Всем детям проведены стандартные методы исследования перед операцией: ультразвуковые исследования органов и головного мозга, ЭКГ и 2-3 Д ЭХОКГ, лабораторные исследования.

Результаты

В 10 (2%) случаях проведены ангиографические исследования при онкологической патологии: ангиография из общей печеночной артерии, возвратная мезентерикопортография, ангиография из обеих почечных артерий, брюшная аортография, нижняя илиокаваграфия, где диагностировалось образование, определялись объем и уровень поражения, и возможные осложнения в виде тромбозов вен. В 150 (30%) случаях проведена внутрисердечная ангиокардиография при ВПС с целью определения уровня легочной гипертензии, морфометрии сердца при тетраде Фалло, атрезии легочной артерии, тотального аномального дренажа легочных вен, типа перерыва дуги аорты, для оценки операбельности пациента и необходимого этапа хирургического лечения. В 68% случаях проведены рентгенэндоваскулярные окклюзии больших аортолегочных коллатералей (БАЛКА), артерио-венозных мальформаций (АВМ), парциальная окклюзия АВМ вены Галена (до 50%) с интраартериальным введением ДМСО - 0,3 мл и ОНУХ, рентгенэндоваскулярная окклюзия дефекта межжелудочковой перегородки окклюдером, дефекта межпредсердной перегородки, чрезкожная закрытая баллонная, чрезкожная закрытая баллонная вальвулопластика легочного клапана при врожденном стенозе, окклюзия незаращенного артериального протока, операция Брока. По экстренным показаниям проведены 13 операций Рашкинда- создание шунта на уровне межпредсердной перегородки у новорожденных с критическими ВПС, имплантация стентграфта при коарктации аорты.

В 95% случаях после рентгеноваскулярных процедур пациенты переводились в отделение кардиохирургии в состоянии медикаментозного сна, 5% детей находились первые часы и дни в условиях ОРИТ. Средняя длительность пребывания в стационаре при данных процедурах 3-5 суток после операции. В 0,4% был летальный исход, в 1,4% возникали осложнения в виде: миграции окклюдера, острой миокардиальной дисфункции, повреждения интимы сосудов.

Выводы

1. Внедрение ангиографических исследований в онкологическую практику позволило повысить качество диагностики при оценке объема, уровня поражения и развития осложнений.
2. Внедрение рентгенэндоваскулярных закрытий септальных врожденных пороков сердца и артериального протока, дилатации клапанных стенозов с помощью баллонов позволило избежать открытых операций у детей в условиях искусственного кровообращения.
3. Ангиографические исследования повышают качество топической диагностики врожденных пороков сердца и сосудов, в особенности сочетанных, когда ЭХОКГ не позволяет визуализировать гемодинамические нарушения в сердце. На основании полученных результатов определяется объем и сроки хирургической коррекции ВПС.
4. Методы интервенционной кардиологии и ангиографии являются высокоинформативными, малотравматичными, мининвазивными и позволяют сократить сроки пребывания пациента в стационаре.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Тилавов У.Х., Султанов Х.Х., Бойахмедов Ф.Ф.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность

Несмотря на то, что оперативное лечение пороков развития легких (ПРЛ) показано абсолютному большинству – 86,7-94% больных, до настоящего времени не выработаны единые показания к выбору метода хирургического вмешательства при ПРЛ в зависимости от возраста, объема и степени пораженной части легкого.

Цель исследования

Изучить отдаленные результаты оперативных вмешательств пороков развития легких у детей.

Материал и методы

Изучены результаты хирургического лечения 93 детей с ПРЛ в возрасте от 3 мес. до 18 лет. В зависимости от тактики хирургического лечения больные были разделены на 2 группы: 1 группу составили 44 (47,4%) ребенка, перенесших нижнюю лобэктомию и резекцию базальных сегментов легкого; 2 группу - 19 (20,4%) больных, у которых была произведена пломбировка пораженных бронхов. Кроме рутинных методов исследования использованы современные специальные методы исследования: компьютерная спирография, доплерометрия легочного кровотока на уровне магистральных сосудов МКК, фибробронхоскопия, морфологические исследования стенок бронхов и паренхимы легкого. Также проведены рентгенологические методы исследования (бронхография, ангиопульмонография, МСКТ грудной клетки) до и после операции.

Результаты и обсуждение

Все больные с ПРЛ, получавшие консервативное лечение (37-39,8%), находились на программированной бронхоскопии. Резекция целого или части легкого выполнена у 44 (47,4%) больных: простая форма поражения – у 11 больных, кистозная форма - 25 больных, гипопластических бронхоэктазах – у 3 больных, врожденная лобарная эмфизема - 5 больным. Пломбировка пораженных частей бронхов при простой форме гипоплазии легкого (ГЛ) произведена у 2 (2,1%) больных, при кистозной форме – 5 (5,3%) больных, при гипопластических бронхоэктазах - 12 (12,9%) больных.

Ранний и ближайший послеоперационный период после пломбировки бронхов протекал практически без осложнений. У 38 (40,8%) больных, осложнения различной степени тяжести развились у 6 (6,4%) больных. Фатальное осложнение, приведшее к летальному исходу, развилось у 3 (3,2%) больных.

Отдаленные результаты в сроки от 3 мес. до 7 лет изучены у 52 (86,6%) пациентов. Состояние пациентов оценивались по клинико-функциональным, рентгено-бронхологическим признакам и изменению гемодинамики малого круга кровообращения. Результаты операций оценены как хорошие в 76,9% случаев, удовлетворительные в 15,3% случаев и неудовлетворительные в 7,7% случаев.

Выводы.

Таким образом, предлагаемая нами операция является важным и заключительным этапом комплексного-лечебного мероприятия при ПРЛ. Пломбировка или резекция пораженной части легкого, являются наиболее радикальным и эффективным методом терапии. При неоперабельности (поражение более 13 сегментов) методом выбора является консервативная терапия, включающая в себя программированную санацию ТБД как одного из основных методов патогенетического лечения.

РЕОЛОГИЯ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПНЕВМОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

Турдиева Д.Э.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность

Пневмония у новорожденных продолжает оставаться одной из актуальных проблем современной неонатологии. Несмотря на большие достижения в профилактике и лечении этого заболевания оно, и сегодня значительно распространено среди детей и является одной из основных причин детской смертности.

Известно, что пневмония у новорожденных характеризуется значительными проявлениями инфекционно-токсического шока, в основе которого лежат выраженные изменения в системе микроциркуляции сосудистого русла. Важная роль в этом процессе отводится нарушениям реологии крови.

Цель исследования

Изучить реологию крови у новорожденных с пневмонией в сочетании с поражением ЦНС.

Материал и методы

Исследование проводилось у 80 новорожденных, больных пневмонией с поражением ЦНС I степени (16 больных II-группы), II степени (16 больных II-группы), III степени (18 больных III-группы) и 30 здоровых новорожденных (контрольная группа).

Результаты и обсуждение

Результаты проведенных исследований показали, что у всех больных пневмонией, в зависимости от степени тяжести поражения ЦНС и характера его течения, отмечались изменения реологии крови. В частности, у новорожденных I группы в период разгара клинических проявлений, установлено увеличение времени ДЭ на 80%, возрастание ИАЭ на 39% по сравнению со здоровыми детьми. Увеличение времени ДЭ явилось следствием изменений вязкости крови (повысилось на 16%, $P<0,001$) и Ht (21%, $P<0,001$ относительно нормы). У новорожденных II группы установлено, возрастание времени ДЭ на 101%, а у детей III группы на 127% относительно нормы ($P<0,001$). Отмечалось нарастание ИАЭ во 2 группе на 56%, в III группе на 70% ($P<0,01$). Показатели вязкости крови и Ht повысились во 2 группе на 25% и 27%, в 3 группе на 35% и 33% по сравнению с показателями здоровых детей ($P<0,001$). В период клинической стабилизации у новорожденных II и III групп отсутствовала тенденция к восстановлению. Это свидетельствует о декомпенсированном характере реологических нарушений в системе микроциркуляции. У 22,5% детей III группы заболевание закончилось летальным исходом.

Выводы

Таким образом, показатели реологии крови могут быть использованы для оценки тяжести пневмонии у новорожденных с поражением ЦНС.

ОЦЕНКА НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Турсунбаева Ф. Ф.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность

Перинатальное поражение центральной нервной системы является одним из наиболее частых диагнозов в неонатологии и в детской неврологии. Существует острая необходимость в продолжении исследований, касающихся разработок и проверки инструментов клинического скрининга для выявления степени тяжести ППЦНС.

Цель исследования

Оценить неврологический статус у недоношенных детей с перинатальным поражением ЦНС с различной степенью тяжести.

Материал и методы

Обследован 81 недоношенный ребенок. Их них: в I (основную) группу вошли 41 ребенок с гестационным возрастом 33+6-34+6 недели, а во II группу – 40 детей с гестационным возрастом 35-36+6 недель. Проведена оценка состояния нервной системы по шкале Томпсона «Оценка тяжести поражения ЦНС», согласно которой, новорожденные с баллами 1-10 имеют легкую степень, 11-14 – среднюю степень, 15-22 балла – тяжелую степень перинатального поражения ЦНС.

Результаты и обсуждение

Установлено, что недоношенные в I группе набрали в среднем $10,6 \pm 0,4$, а во II группе – $8,83 \pm 0,4$ баллов ($P < 0,001$). В зависимости от выявленных клинических признаков, выделены три группы по степени тяжести поражения ЦНС. Легкая степень поражения ЦНС наблюдалась чаще у новорожденных детей II группы 72,5%. Среднетяжелая степень достоверно чаще ($P \leq 0,05$) регистрировалась в I группе. Тяжелая степень отмечалась у 4,8% недоношенных детей I группы, во II группе тяжелая степень поражения ЦНС не регистрировалась. У детей I группы средний балл по шкале Томпсона по оценке мышечного тонуса составил $1,97 \pm 0,02$ балла, что достоверно выше, чем во II группе – $1,87 \pm 0,06$ ($P \leq 0,05$) балла. У недоношенных обеих групп в большинстве случаев отмечался гипотонус, который в I группе встречался в 95,1% случаях, а во II группе в 87,5%. Уровень сознания у детей I группы составил $1,4 \pm 0,1$, а во II группе – $1,0 \pm 0,1$ ($P \leq 0,05$). Судороги в I группе составляли $0,13 \pm 0,05$ и во II группе – $0,10 \pm 0,04$ балла ($P \leq 0,05$). Наиболее низкие средние баллы физиологических рефлексов отмечались у недоношенных II группы, по сравнению с показателями I группы. По критериям оценки дыхания, средний балл в I группе составил $2,11 \pm 0,13$ баллов против $1,28 \pm 0,2$ баллов во II группе ($P \leq 0,05$). Средние баллы по состоянию родничка в I и во II группах составили $0,95 \pm 0,05$ и $0,92 \pm 0,04$ баллов.

Вывод

Таким образом, нами установлено, что шкала Томпсона по оценке тяжести поражения ЦНС обеспечивает раннюю диагностику степени тяжести ППЦНС и даёт возможность прогнозирования течения заболевания и формирования оптимальной тактики ведения больных новорожденных.

ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ И ДИАГНОСТИКЕ КРИПТОРХИЗМА У ДЕТЕЙ

Умаров К.М., Исроилов А.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкентская медицинская академия Ташкент, Узбекистан**

Актуальность

Крипторхизм – наиболее часто встречающаяся аномалия уrogenитального тракта у мальчиков. По данным исследований, частота заболеваемости среди доношенных составляет 0,6–3,6%, среди недоношенных – 30% и более (Okulov A.B. 2000). Как показывает практика, правосторонний крипторхизм встречается более чем у 50% пациентов, левосторонний – в 35–40% наблюдений, двусторонний – в 10–15% случаев. Несмотря на проводимое лечение, 40% пациентов с двусторонним и 10% с односторонним крипторхизмом страдают бесплодием (Никитина А.С. 2007). Не опустившееся яичко в среднем в 30 раз чаще подвержено опухолевой трансформации, чем нормально расположенное, особенно в случаях двустороннего крипторхизма и интраабдоминального расположения яичек (в 6 раз чаще, чем при паховом расположении) (S. Barthold 2012).

Цель

Улучшить результаты хирургического лечения крипторхизма у детей с различными видами абдоминальной ретенции яичка.

Материалы и методы

За период с 2010–2021 гг., включающий 121 пациента с не пальпируемыми яичками. Возраст пациентов составил от 1 года до 18 лет, из них у 78 пациентов отмечалась абдоминальная форма, у 43 – высокая форма паховой ретенции. Всем больным проведены лабораторные исследования, инструментальные методы исследований, такие, как УЗИ, сомнение при УЗИ было проведено МРТ диагностикой.

Результаты

Всем пациентам выполнена диагностическая лапароскопия, 79 (65,3%) детям проведена одномоментная лапароскопическая орхиопексия. 33 (27,3%) детям проведен первый этап лапароскопической орхиопексии, у 9 (7,4%) больных яичко не выявлено и установлен диагноз «Монорхизм». У 79 (65,3%) пациентов операция состояла из следующих этапов: диагностическая лапароскопия с целью уточнения уровня ретенции, визуальной оценки яичка и его сосудов, окаймляющей мобилизации париетальной брюшины вокруг внутреннего пахового кольца, мобилизации сосудистого пучка и ductus deferens, яичка, пересечения Гунтерова тяжа, формирования канала из брюшной полости в мошонку, низведение и фиксация яичка в мошонке. При этом дефект париетальной брюшины не восстанавливался.

Заключение

Сравнительный анализ ближайших и отдаленных результатов, включающий клинический, ультразвуковой и доплерографический контроль размеров, показал, что применение эндовидеолапароскопии является методом выбора при высокой паховой форме ретенции и абдоминальной форме крипторхизма.

БОЛАЛАРДА СУНЪИЙ ҚОН АЙЛАНИШ БИЛАН ЮРАК ТУҒМА НУҚСОНЛАРИ ОПЕРАЦИЯСИДАН КЕЙИНГИ НЕВРОЛОГИК АСОРАТЛАР

Ҳайдаров М.Б., Маматкулов И.Б

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент, Ўзбекистан

Мавзу долзарблиги

Туғма юрак нуқсонларини (ТЮН) ҳозирги кунда жарроҳлик йўли билан даволаш кенг тарқалган бўлиб, эрта ёшдаги болаларни ҳаёт сифатини сезиларли даражада яхшилаб лелмоқда. Шунга қарамай, муҳим муаммолардан бири юрак жарроҳлигидан кейинги болалардаги асаб тизимини ҳолати муаммолигича қолмоқда. Неврологик асоратлар, айниқса сунъий қон айланиш (СҚА) дан фойдаланилганда операциядан сўнг, бош мияни кейинги ривожланишига кучли таъсир кўрсатади. Ушбу асоратларни мавжудлиги даволаниш муддатини оширади ва бемор болаларда операциядан кейинги ногиронлик келиб чиқишига сабаб бўлади.

Текширув мақсади

СҚА шароитида кардиохирургик аралашувдан кейин ЮТН бўлган болаларда неврологик асоратлар сабабларини аниқлаш. СҚА ва миокард ишемияси (МИ) давомийлиги аҳамиятини аниқлаш. Тромбогеморрагик бузилишлар ва неврологик асоратлар ривожланишини ўзаро боғлиқлиги.

Материал ва усуллар

Тошкент педиатрия тиббиёт институти клиникаси кардиохирургия бўлимида ЮТН билан 2018-2020 йиллар даврида операция қилинган ва операциядан кейинги неврологик асоратлар билан 15 та касаллик тарихи (беморлар ўғил болалар – 10 (66%), қизлар – 5 (34%)) ретроспектив таҳлил қилинди. Беморларни ўртача yoshi 5 ойликдан 12 ойликгача, ўртача вазни $6,4 \pm 2,7$ кг ни ташкил этди. ЮТН ни "цианотик" тури (юракда битта қоринча) 2 (13%) беморлар, ЮТН "рангпар" тури (АВ каналини тўлиқ шакли, қоринчалараро нуқсон (ҚАН) – 11 – (73%)). Қон оқимида тўсқинлик қиладиган ЮТН (ўпка артерияси атрезияси, клапанусти аорта стенози) – 2 (13%) СҚА шароитида ЮТН ни жарроҳлик йўли билан бартараф этилган. Бирламчи жарроҳлик аралашувлари 9 (60%), такрорий – 6 (40%) болаларда амалга оширилди. СҚА, МИ давомийлигини операция давомидаги муҳим салбий омил сифатида аниқланди. Операциядан кейинги даврда сунъий ўпка вентилияцияси (СЎВ) давомийлиги, беморларни реанимация бўлимида ва касалхонада қолиши ҳисобга олинган. Неврологик патологиялар, нафас олиш (НО) ва юрак-қон томир (ЮҚТ) етишмовчилигини мавжудлиги клиник ва лаборатория маълумотлари ва бошқа текширув диагностика усуллари билан аниқланди. СҚА ни вақти давомийлиги 125 дақиқадан кўпроқ ҳисобланган. Миокард ишемияси давомийлиги 60 дақиқадан кўпроқ.

Натижалар

Текширув гуруҳида СҚА ва МИ ни давомийлиги узоқроқ бўлган: СҚА ни ўртача давомийлиги $215 \pm 27,6$ дақиқани, МИ ни ўртача давомийлиги $99 \pm 11,3$ дақиқани ташкил этган, бу эса узоқ муддатли СҚА ва МИ нинг неврологик асоратлар ривожланишига таъсири ҳақидаги адабиётлардаги маълумотларни тасдиқлайди. Операциядан кейинги даврда барча беморларда ЮЕ аломатлари бўлганлиги учун, бу ҳам операция пайтида, ҳам операциядан кейинги инотропик ёрдамни талаб қилган. НЕ 12 (80%) беморда аниқланди. Операциядан кейинги даврда барча беморларда неврологик патологиянинг клиник кўринишлари (талваса синдроми) неврологлар ва ЭЭГ маълумотлари билан тасдиқланган. НСГ ва КТ натижаларига кўра 4 (26%) беморлар бош миясида қон томир тромбози ташхиси қўйилган. Реанимация бўлимида ўртача қолиш $15 \pm 4,2$ кунни, касалхонада қолиш эса $29 \pm 9,8$ кунни ташкил этди, бу эса ўз навбатида болани кейинги неврологик ривожланишига ҳам салбий таъсир кўрсатади.

Хулосалар

- 1) Узоқ муддатли СҚА ва МИ муолажалари операциядан кейинги даврда неврологик асоратларни ривожланишига боғлиқ.
- 2) Неврологик асоратлар кўплаб аъзолар етишмовчилиги бўлган беморларда тез-тез учрайди ва тромбогеморрагик асоратларни намоён бўлиши ҳисобланади.
- 3) Неврологик асоратлар реанимация бўлими ва касалхонада қолиш муддатини оширади.

ҚОН АЙЛАНИШИ ТЎСАТДАН ТЎХТАГАНДА ТАЯНЧ ЮРАК-ЎПКА РЕАНИМАЦИЯСИ ТАЛАБАЛАР ТОМОНИДАН БАЖАРИЛИШ НАТИЖАЛАРИ ТАҲЛИЛИ

Ҳайдаров М.Б., Маматкулов И.Б

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент, Ўзбекистон

Мавзу долзарблиги

Юрак-ўпка реанимацияси (ЮЎР) муваффақиятли натижаси унинг ўз вақтида бошланиши, алгоритмларга қатъий риоя қилиниши ва техник жиҳатдан тўғри бажарилиши билан белгиланади. ЮЎР методологияси 2015 йилги Европа реанимация Кенгашининг тавсияларига мувофиқ бир қатор ўзгаришларга дуч келди. Бугунги кунда ушбу стандартларни ҳисобга олган ҳолда битирувчиларни амалий кўникмаларини баҳолаш мақсадида аккредитация қилиш учун баҳолаш варақалари тузилди. Ана шу талабларни инобатга олган ҳолда Тошкент Педиатрия Тиббиёт институти ҳар бир факултети иқтидорли талабалари ўртасида ўтказилган анжуманда ЮЎР натижаларини ўрганиб чиқдик.

Текширув мақсади

иқтидорли талабалар ўртасида ўтказилган анжуманда қон айланишини тўсатдан тўхтаганда таянч ЮЎР ўтказиш барқарорлигини баҳолаш варақаси ва "BT-CPEA" ЮЎР симулятори регистратори натижалари асосида таҳлил қилиш.

Материаллар ва усуллар

ТошПТИ иқтидорли талабалари анжуманида иштирок этадиган жамоаларнинг қон айланишини тўсатдан тўхтаганда ЮЎР натижалари таҳлил қилинди. "Юрак – ўпка реанимацияси" танловини ўтиши 1-станция (ЮЎР) аккредитациясига тўлиқ мос келади. Станция ЮЎР машғулотлари учун симулятор билан хонани худди ўзига ўхшаш, полда ётгандай қайд этиш имконияти, шунингдек таниқли жойда телефон аппаратини мавжудлиги билан расмийлаштирилган. Станцияга киришдан олдин, имтиҳон топширувчи вазифани олади, унинг матни: «сиз иш жойига келдингиз. Хонага киришингиз билан, сиз бир кишини ерда ётганини кўрасиз! Сизнинг вазифангиз унга маҳоратингиз доирасида ёрдам беришингиз керак». «ЮЎР» ўтказилиши етарлилигини баҳолаш учун "BT-CPEA" (Корея Республикаси) ЮЎР симулятори баҳолаш варақаси ва рўйхатдан ўтказиш натижаларидан фойдаланилди. Анестезиология ва реанимация бўлими ходимлари томонидан мутахассисларни бирламчи аккредитация қилиш учун ишлаб чиқилган баҳолаш варақасидан фойдаланилди. Симулятор ташқи юрак массажи (ТЮМ) етарлилигини (эзиш пайтида қўлларни тўғри ҳолати, эзилиш чуқурлиги ва сони, қўлларни эзиш орасидаги бўшатиш) ва сунъий нафас бериш (ҳажми ва тезлиги) ни баҳоланди.

Натижалар

Баҳолаш варақаси бўйича алгоритм бажарилишини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, талабалар унинг барча асосий қисмлари ва уларни алоҳида элементларини бажардилар. Тренажёр натижаларига кўра ЮЎР симуляторини ишлаш даражаси синалувчиларда 39,7 дан 76% гача бўлган ($54,81 \pm 22,11$), бу талабаларни турли даражадаги тайёргарлигини кўрсатади. ЮЎР – ташқи юрак массажи ва сунъий нафас беришни ҳар бир компоненти етарлилигини батафсил таҳлил қилиш натижаларига кўра қуйидагиларни аниқлади. Синалувчиларда кўкрак қафасини эзиш вақтида қўлларни кўкрак қафасидаги тўғри ҳолати 12 дан 100% гача бўлган (ўртача $83,18 \pm 16,83\%$). Ўртача эзиш чуқурлиги $47,5 \pm 8,6$ мм, ўртача эзиш частотаси $109 \pm 26,36$ ни ташкил этди. Сунъий нафас бериш вақтида нафас ҳажми ўртача $465 \pm 208,4$ мл ни ташкил этди.

Хулосалар

Синалувчилар томонидан амалга оширилган барча станциялар ташқи томондан тўғри бажарилишига қарамай, симулятор томонидан ЮЎР ни баҳолаш қийматлари катта фарқланишни аниқлади. Бундай хулосани ЮЎР ни етарли даражада эмас деб талқин қилиш мумкин, бу ўрганиш давомида амалий машғулотларни ўтказишга жиддийроқ ёндашиш зарурлигини кўрсатади. Ушбу ёндошувлардан талабаларни амалий тайёрлаш масалалари катта аҳамиятга эга ва ушбу мақсадлар учун нафақат ўқув соатларидан фойдаланиш, балки талабаларни амалий йўналтирилган олимпиадаларини кенг жорий этишни талаб қилади.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ПРАКТИКЕ

Хакбердиева Г.Э., Касимова Ш.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность

Успехи медицины тесно связаны с разработкой инновационных, т.е. оригинальных препаратов. Их внедрение в медицинскую практику повышает эффективность лечения все большего числа болезней, которые считались неизлечимыми, и к отказу от использования менее эффективных и устаревших способов лечения. Инновационные лекарственные средства и лекарственные технологии — это новые ЛС, новые лекарственные формы или средства доставки лекарств, защищенные патентом. создание новых лекарственных форм (НЛФ) с улучшенными фармакокинетическими свойствами, что позволяет принимать лекарство однократно и получать высокую поддерживающую концентрацию препарата в организме в течение длительного времени, что позволяет обеспечить соответствующий фар-макотерапевтический эффект. Каждый новый продукт должен быть эффективен и безопасен для больных любого возраста и пола независимо от расовой и этнической принадлежности. Сегодня придается особое значение вопросу безопасности лекарств. Появляются все новые и более сложные, жесткие требования к безопасности и переносимости новых.

Цель

Оценка эффективности таких инновационных препаратов, как антагонисты кальция, статины, тромболитики для лечения серьезных патологий.

Материал и методы

Литературные данные и результаты клинических исследований по историям болезней, амбулаторных карт.

Полученные результаты

Особое значение оригинальных препаратов заключается в том, что их внедрение в практическую медицину сокращает период нетрудоспособности, дает возможность больным быстрее вернуться к активному, продолжительному и здоровому образу жизни, а во многих случаях дает шанс выжить.

Инновационные препараты улучшили результаты лечения сердечно-сосудистых заболеваний. В современном мире постоянно появляются более эффективные, безопасные, удобные для применения препараты. Это привело к существенным изменениям в лечении артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний, являющихся основными причинами смерти. Прогресс в создании инновационных препаратов всегда сопровождался с использованием новейших технологий в области химии, биотехнологии, генной инженерии. Причинами прекращения работы над инновационным препаратом могут быть: токсичность (в 30% случаев), недостаточная клиническая эффективность (27%), неприемлемый профиль безопасности (13%), предпочтение другим препаратам (9%), отсутствие инвестиций (5%) и другие (16%).

Выводы

Безопасность – важнейшее требование, предъявляемое к лекарственным средствам. Смерть от серьезных побочных эффектов ЛС занимает лидирующие места среди основных причин смерти больных. Инновационный препарат является стандартом ЛС с доказанной эффективностью и безопасностью. Для того чтобы воспользоваться экономическими преимуществами дженериков, необходимо быть уверенными в том, что они не уступают по эффективности, биоэквивалентности и безопасности оригинальным препаратам. проводить фундаментальные исследования (basis research), которые направлены на изучение основных биологических процессов с целью понимания механизмов заболевания; развитие прикладных исследований (translation-al research), где применяют фундаментальные концепции в клинической практике, и внимание фокусируется на конкретных заболеваниях или терапевтических областях; стимуляция методологических исследований (critical path research), направленных на оптимизацию экспертной оценки путем внедрения новых методов оценки (эффективности, безопасности, качества) инновационных продуктов.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Ходжамова Н.К., Тошова К.З., Очилова Ш.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,

Ташкент, Узбекистан

Актуальность

В структуре врождённых пороков развития, аномалии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) занимают третье место составляя от 21,7%-25% от всех пороков.

Цель исследования

Изучить клиническую характеристику врожденных пороков нижних отделов ЖКТ.

Материал и методы

Данное исследование было выполнено на базе отделения неонатальной хирургии при Республиканском перинатальном центре. Нами было обследовано 14 новорожденных детей с врожденными пороками нижних отделов ЖКТ, из них 9 - детей без свищевой формой атрезии ани, 5- детей со свищевой формой атрезии ани. Проведены клиничко-анамнестические, лабораторные и статистические методы исследования.

Результаты исследования

Наши исследования показали, что у 9 (62,5%) новорожденных была высокая атрезия прямой кишки, у 2 (22,2%) – промежуточная форма атрезии, у 4 (44,4%) - низкая атрезия прямой кишки, в 2 случаях (22,2%) - промежностная эктопия ануса и у одного пациента (11,1%) анальная мембрана. У 5 пациентов (37,5%) случаев была свищевая форма аноректальной атрезии: свищи в преддверие влагалища – 2 наблюдения, на промежность - 3 наблюдения. Частота недоношенности при аноректальных пороках составила 5 (35,7%) детей. Антенатально ни в одном случае аноректальная аномалия не была диагностирована. При безсвищевой форме атрезии анального отверстия и прямой кишки, которая была диагностирована у 9 (62,5%) новорожденных, первые клинические проявления появлялись сразу после рождения. Медицинский персонал отмечал задержку отхождения мекония, при осмотре выявляли отсутствие анального отверстия. В конце первых суток у больных возникали симптомы низкой кишечной непроходимости: вздутие живота, рвота содержимым желудка, затем с примесью желчи. Свищевая форма аноректальной атрезии была диагностирована у 5 (37,5%) детей. Первоначальными клиническими проявлениями были беспокойство ребенка, задержка отхождения мекония, в дальнейшем происходило частичное опорожнение кишечника через свищевой ход в 60% случаев. При осмотре промежности наружное свищевое отверстие определяли в непосредственной близости от нормального местоположения ануса, или на различном расстоянии от него по ходу срединного шва промежности. Большинство больных - 64,2% поступили на 1-2 сутки жизни, так как диагноз отсутствия анального отверстия в типичном месте обычно не вызывал затруднений при внимательном осмотре промежности новорожденного. 35,8% новорожденных госпитализированы в возрасте 5-6 суток — это больные со свищевыми формами атрезии, у которых частично опорожнялась прямая кишка. Поступление на 2-6 сутки жизни связано с поздней транспортировкой больного из отдаленных районов.

Выводы

Таким образом, у новорожденных с атрезиями анального отверстия клинические признаки при без свищевой форме проявлялись сразу после рождения, а при свищевой форме на 5-6 день. Рвота с содержимым желудка, неонатальная желтуха встречались в обеих формах атрезии ани, но чаще у детей с безсвищевой формой. Стул в виде мекония наблюдался в группе детей со свищевой формой атрезии ани. Дыхательные нарушения встречались в 22,2% случаев только у детей с безсвищевой формой атрезии ани.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЖЕЛТУШНОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕНИ ПЕРВОГО ПРИКЛАДЫВАНИЯ К ГРУДИ

Ходжиметова Ш.Х., Гулямова М.А., Асланова С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность

Ежегодно у 62-80% новорожденных появляется клиника желтухи. Несмотря на множество исследований, проведенных в разные годы для изучения причин этого состояния периода новорожденности, актуальность данной проблемы не уменьшается.

Цель исследования

Изучить распространенность желтушного синдрома у новорожденных в зависимости от времени первого прикладывания к груди и эффективности сосания груди матери во время пребывания в родильном доме.

Материалы и методы

Обследовано 66 новорожденных со сроком гестации 38-41 недель. Из них I группа – 22 ребенка с физиологической гипербилирубинемией (ФГ), II группа – 24 с неонатальной гипербилирубинемией (НГ) и III группа (сравнения) – 20 пациентов без развития желтухи.

Результаты

Наши исследования показали, что новорожденные с ФГ закричали сразу после рождения в 91% случаев, санация ВДП потребовалась в 13,6,1%, O_2 -поток Spiron в течение одной минуты – 4,5%, однако, стимуляция рефлексогенных зон ($P_1 < 0,01$) им потребовалась чаще, чем в группе сравнения.

Дети с НГ достоверно чаще, нуждались в оказании экстренной помощи в родильном зале что связано с более частой патологией беременности и родов у их матерей. Оценка по шкале Апгар у детей с НГ на 1-ой минуте жизни была ниже: так при 6-7 баллах наблюдалось 16,4% случаев против группы сравнения 5% ($P_2 < 0,05$); при 8 баллов – 62,5% случаев против группы сравнения 50% ($P_2 < 0,001$); при 9 баллов – 20,8% против группы сравнения 45% ($P_2 < 0,01$). На 5 минуте оценка по шкале Апгар 7 баллов чаще наблюдалось у новорожденных с НГ ($P_2 < 0,01$). Среди новорожденных с НГ группе значительно чаще отмечена травматизация во время родов: большая родовая опухоль ($P_2 < 0,01$), кефалогематома ($P_2 < 0,01$), обильные петехии ($P_2 < 0,01$). Дети, перенесшие тяжелый родовой процесс, хуже адаптировались к внеутробным условиям. Они были более вялыми, к груди прикладывались позже 30 минут жизни ($P < 0,001$), в основном с помощью медицинской сестры ($P_2 < 0,01$), в родильном зале сосали вяло и непродолжительно ($P < 0,01$), нередко только «слизывали» молозиво ($P < 0,01$). Новорожденные с ФГ сосали активно, ($P_1 < 0,01$), но им тоже требовалась помощь при первом прикладывании к груди, однако достоверных различий в поведении в первые часы жизни у детей группы сравнения и детей с ФГ не было выявлено.

Среди всех обследованных новорожденных в первые 30 минут жизни были приложены к груди 74,2%, из них эффективное вскармливание в родильном доме получили 67,3%, остальные дети были приложены к груди матери позднее 30 минут жизни (по состоянию матери или ее новорожденного ребенка) или по разным причинам вскармливание их проходило неэффективно (вялое сосание, редкое прикладывание, синдром срыгивания, позднее становление лактации у матери). У детей, приложенных в первые 30 минут после рождения и активно сосущих грудь матери, частота желтушного синдрома составила 45,4%, из них у 86,6% была физиологическая гипербилирубинемия (ФГ), у 13,3% – неонатальная (НГ). У новорожденных с поздним первым прикладыванием к груди и неэффективным грудным вскармливанием, желтуха наблюдалась в 92,6%; из них ФГ зафиксирована у 29,0%, НГ – у 70,9% детей ($P < 0,01$).

Выводы

Таким образом, полученные результаты подтверждают необходимость раннего первого прикладывания новорожденного к груди матери и обеспечения эффективного свободного грудного вскармливания ребенка в первые дни жизни. Это необходимо проводить на фоне постоянного разъяснения матерям преимуществ грудного вскармливания.

ҚОН АЙЛАНИШИ ТЎСАТДАН ТЎХТАГАНДА ТАЯНЧ ЮРАК-ЎПКА РЕАНИМАЦИЯСИ ТАЛАБАЛАР ТОМОНИДАН БАЖАРИЛИШ НАТИЖАЛАРИ ТАҲЛИЛИ

Ҳайдаров М.Б., Маматкулов И.Б

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент, Ўзбекистон

Мавзу долзарблиги

Юрак-ўпка реанимацияси (ЮЎР) муваффақиятли натижаси унинг ўз вақтида бошланиши, алгоритмларга қатъий риоя қилиниши ва техник жиҳатдан тўғри бажарилиши билан белгиланади. ЮЎР методологияси 2015 йилги Европа реанимация Кенгашининг тавсияларига мувофиқ бир қатор ўзгаришларга дуч келди. Бугунги кунда ушбу стандартларни ҳисобга олган ҳолда битирувчиларни амалий кўникмаларини баҳолаш мақсадида аккредитация қилиш учун баҳолаш варақалари тузилди. Ана шу талабларни инобатга олган ҳолда Тошкент Педиатрия Тиббиёт институти ҳар бир факултети иқтидорли талабалари ўртасида ўтказилган анжуманда ЮЎР натижаларини ўрганиб чиқдик.

Текширув мақсади

Иқтидорли талабалар ўртасида ўтказилган анжуманда қон айланишини тўсатдан тўхтаганда таянч ЮЎР ўтказиш барқарорлигини баҳолаш варақаси ва "BT-CPEA" ЮЎР симулятори регистратори натижалари асосида таҳлил қилиш.

Материал ва усуллар

ТошПТИ иқтидорли талабалари анжуманида иштирок этадиган жамоаларнинг қон айланишини тўсатдан тўхтаганда ЮЎР натижалари таҳлил қилинди. "Юрак – ўпка реанимацияси" танловини ўтиши 1-станция (ЮЎР) аккредитациясига тўлиқ мос келади. Станция ЮЎР машғулотлари учун симулятор билан хонани худди ўзига ўхшаш, полда ётгандай қайд этиш имконияти, шунингдек таниқли жойда телефон аппаратини мавжудлиги билан расмийлаштирилган. Станцияга киришдан олдин, имтиҳон топширувчи вазифини олади, унинг матни: «сиз иш жойига келдингиз. Хонага киришингиз билан, сиз бир кишини ерда ётганини кўрасиз! Сизнинг вазифангиз унга маҳоратингиз доирасида ёрдам беришингиз керак». «ЮЎР» ўтказилиши етарлилигини баҳолаш учун "BT-CPEA" (Корея Республикаси) ЮЎР симулятори баҳолаш варақаси ва рўйхатдан ўтказиш натижаларидан фойдаланилди. Анестезиология ва реанимация бўлими ходимлари томонидан мутахасссларни бирламчи аккредитация қилиш учун ишлаб чиқилган баҳолаш варақасидан фойдаланилди. Симулятор ташқи юрак массажи (ТЮМ) етарлилигини (эзиш пайтида қўлларни тўғри ҳолати, эзилиш чуқурлиги ва сони, қўлларни эзиш орасидаги бўшашиш) ва сунъий нафас бериш (ҳажми ва тезлиги) ни баҳоланди.

Натижалар

Баҳолаш варақаси бўйича алгоритм бажарилишини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, талабалар унинг барча асосий қисмлари ва уларни алоҳида элементларини бажардилар. Тренажёр натижаларига кўра ЮЎР симуляторини ишлаш даражаси синалувчиларда 39,7 дан 76% гача бўлган ($54,81 \pm 22,11$), бу талабаларни турли даражадаги тайёргарлигини кўрсатади. ЮЎР – ташқи юрак массажи ва сунъий нафас беришни ҳар бир компоненти етарлилигини батафсил таҳлил қилиш натижаларига кўра қуйидагиларни аниқлади. Синалувчиларда кўкрак қафасини эзиш вақтида қўлларни кўкрак қафасидаги тўғри ҳолати 12 дан 100% гача бўлган (ўртача $83,18 \pm 16,83\%$). Ўртача эзиш чуқурлиги $47,5 \pm 8,6$ мм, ўртача эзиш частотаси $109 \pm 26,36$ ни ташкил этди. Сунъий нафас бериш вақтида нафас ҳажми ўртача $465 \pm 208,4$ мл ни ташкил этди.

Хулосалар

Синалувчилар томонидан амалга оширилган барча станциялар ташқи томондан тўғри бажарилишига қарамай, симулятор томонидан ЮЎР ни баҳолаш қийматлари катта фарқланишни аниқлади. Бундай хулосани ЮЎР ни етарли даражада эмас деб талқин қилиш мумкин, бу ўрганиш давомида амалий машғулотларни ўтказишга жиддийроқ ёндашиш зарурлигини кўрсатади. Ушбу ёндошувлардан талабаларни амалий тайёрлаш масалалари катта аҳамиятга эга ва ушбу мақсадлар учун нафақат ўқув соатларидан фойдаланиш, балки талабаларни амалий йўналтирилган олимпиадаларини кенг жорий этишни талаб қилади.

ДИФФУЗНЫЙ ПЕРИТОНИТ И ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКОЕ ВВЕДЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ

Шаабидова К.Ш., Шерова З.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность

В развитии перитонита, а также в последующей ликвидации воспалительного процесса во время лечения пациентов важную роль в основном играет лимфатическая система брюшины. При эндолимфатическом введении антибиотиков создаются высокие лекарственные концентрации в очаге поражения. Внедрение в медицинскую практику большого числа антибиотиков с различными механизмами действия открыло огромные возможности для успешной терапии бактериальных инфекций. Значит введение антибиотиков при перитоните непосредственно в лимфатическую систему патогенетически обоснованно и позволяет осуществлять направленную кумуляцию в лимфатической системе.

Цель исследования

Изучить влияние современных антибиотиков и их спектр действия при эндолимфатическом введении при диффузном перитоните.

Материалы и методы

На основе клинических исследований и анализов у 103 пациентов с перитонитом было диагностировано острое состояние в брюшной полости, среди них у 38 больных - острый аппендицит, у 26 больных - острый холецистит, у 20 больных - сдавленная грыжа и у 8 больных - острая кишечная непроходимость. Среди них 46 больных с перитонитом составила основную группу, а 57 больных составила сравнительную группу. Для лечения перитонита основной группы в дополнении к базовой методологии лечения использовали цефтриаксон в дозе 15 мг/кг эндолимфатическим путем. Для расширения спектра цефтриаксона использовали химотрипсин и гепарин. Для санации брюшной полости использовали 0,025% раствор хлоргиксида в объеме 3 л. Для лечения сравнительной группы использовали только базовые методы лечения перитонита. Для определения бактериальной культуры и восприимчивости у больных основной и дополнительных групп брали образцы из брюшной полости. Основными составляющими бактериальной флоры явились *Escherichia coli* – (31,4%), грамположительные микроорганизмы (23,4%) и *Streptococcus faecalis* – (19,7%) *proteus vulgaris* (16,94%).

Результаты и обсуждение

Для проведения рациональной антибиотикотерапии у всех пациентов основной и контрольных групп изучили чувствительность микроорганизмов к антибиотикам путем проведения бактериологического посева из перитонеального экссудата. Чувствительность микроорганизмов часто встречающихся в перитонеальной экссудации, выявлена к цефтриаксону, гентамицину и канамицину. При эндолимфатическом применении цефтриаксона в дозе 15 мг/кг в основной группе на второй день уменьшилась боль, а в контрольной группе на 3-4 день. Диспептические расстройства, например, тошнота, рвота, сухость во рту у больных основной группы уменьшились с первых дней, а в контрольной группе на 3-4 день. Гипертермический синдром в основной группе нормализовался на второй день, а в контрольной группе на 4-й день. Продолжительность пребывания в больнице у пациентов основной группы составило 8-9 дней, а в контрольной группе 12-13 дней. В основной группе смертность составило 2,7%, а в контрольной группе 4,9%.

Вывод

1. Было показано, что эндолимфатическое введение антибиотиков в дозе 15 мг/кг при однократном введении снизили риск развития интоксикации. В результате проведенной терапии была достигнута высокая эффективность.
2. Изучение фармакологического действия антибиотиков привело к снижению процента побочных эффектов, вызванных его применением в клинической практике. В течение периода времени и клинических показаний состояние смерти ухудшилось.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Эргашев Б.Б., Исмадияров Б.У.

Республиканский учебно-лечебно-методический центр неонатальной хирургии при
Республиканском пренатальном центре, Ташкент, Узбекистан

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность

По данным разных мировых неонатальных центров, частота врожденной диафрагмальной грыжи у новорожденных составляет от 1:2500 до 1:4000 случаев. Около 90% случаев происходит перемещение органов из брюшной полости в грудную клетку через задний щелевидный дефект слева. Легочная гипоплазия и гипертензия становятся основными причинами смерти больных с диафрагмальной грыжей. Около 36% детей с врожденной диафрагмальной грыжей умирают после рождения от дыхательной недостаточности, несмотря на реанимационные мероприятия. Таким образом, хирургическое лечение диафрагмальной грыжи, особенно у новорожденных остается сложной проблемой в детской хирургии.

Цель исследования

Улучшение результатов хирургического лечения врожденных диафрагмальных грыж у новорожденных.

Материал и методы

Изучены результаты диагностики и лечения 71 новорожденного со врожденной диафрагмальной грыжей, находившихся в Республиканском учебно-лечебно-методическом центре неонатальной хирургии при РПЦ. Методы исследования включали общеклиническое, антенатальное УЗИ плода, обзорное и контрастное рентгенологическое исследования, нейросонографию, эхокардиографию.

Результаты

Среди обследованных детей, мальчиков было 34 (47,9%), девочек – 37 (52,1%). Доношенных – 65 (91,5%), недоношенных – 6 (8,5%). Антенатальная диагностика выявила порок развития диафрагмы только в 47 (66,2%) случаев. Из 71 детей 47 (66,2%) новорожденных поступали в РЦНХ в возрасте 24 часов жизни, 20 (28,1%) новорожденных – менее 48 часов, 4 (5,6%) новорожденных более 48 часов жизни. По локализации: грыжи собственного купола диафрагмы – у 66 (92,9%), из них левого купола диафрагмы – 57 (80,3%), правого купола диафрагмы – 12 (16,9%), грыжи пищеводного отверстия диафрагмы – у 2 (2,8%). Множественные аномалии развития выявлены у 13 (18,3%) новорожденных, а у 58 (81,7%) больных, ВДГ был единственным пороком. В структуре сопутствующих аномалий наиболее часто 7 (9,8%) выявлены пороки сердечно-сосудистой системы, далее у 4 (5,6%) детей – аномалии мочеполовой системы и у 2 (2,8%) ребенка – пороки развития других органов и систем. У 2 (2,8%) новорожденных при нейросонографии было выявлено кровоизлияние в головной мозг различной степени тяжести, что значительно усугубило течение послеоперационного периода.

50-ти (70,4%) больным, было произведено оперативное вмешательство. Операционные доступы: была произведена лапаротомия у 6 (12%), торакотомия у 20 (40%) больных и торакоскопическим путем было прооперировано 24 (48%) больных с диафрагмальной грыжей. В одном случае применена аллопластика, в остальных закрытие дефекта П-образными швами, использовали нерассасывающиеся нити этибон 2/0, 3/0 и пролен 4/0. Послеоперационная летальность у новорожденных составила 14 (28%). 19 (26,8%) больных умерли до операции. У 2 (2,8%) со стороны отца и матери был отказ от операции и родители забрали детей из стационара для амбулаторного лечения по месту жительства.

Непосредственными причинами летальных исходов явились «большие» или «жизнеугрожающие» сопутствующие пороки, недоношенность и респираторный дистресс синдром, гипоплазия и гипертензия легкого.

Выводы

Таким образом, результаты лечения диафрагмальной грыжи у новорожденных зависят от своевременной постановки диагноза, адекватной предоперационной подготовки и выбора оптимальных методов хирургической коррекции.

ЛАПАРОТОМИИ И ВИДЕОАССОЦИИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ЕЮНОИЛЕАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Эргашев Б.Б., Камолов Ш.Б., Абдуганиев А.А.

Республиканский учебно-лечебно-методический центр неонатальной хирургии при Республиканском пренатальном центре, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования

Сравнительный анализ использования лапаротомии и видеоассоциированной операции в лечении еюноилеальной непроходимости у новорожденных.

Материалы и методы

В данной работе приведены результаты лечения 113 новорожденных с врожденной еюноилеальной атрезией за период 2014-2021 годы по данным Республиканского учебно-лечебно-методического центра неонатальной хирургии при РПЦ. Из них мальчиков было 57 (51%), девочек 56 (49%). Доношенных 70 (62%), недоношенных 43 (38%).

При поступлении всем детям проводились следующие методы исследования: Обзорная рентгенография грудной и брюшной полости, УЗИ, НСГ, ЭхоКГ. В сомнительных случаях для дополнительного исследования проводили пассаж ЖКТ и контрастная ирригография с триомбрастом.

Результаты и обсуждения

Сейчас лапароскопическая хирургия внедрена в практику детских хирургов в большинстве развитых стран мира, в том числе в Узбекистане. По классификации, предложенной J.L.Grosfeld. (1979г), наши больные распределились следующим образом: I – тип выявлен у 14 (12,5%) больных, II тип - 23 (20,5%), III а тип 43 (38%), III б тип 20 (17,5%) и IV тип 13 (11,5%). У 31 (27%) новорожденных отмечались осложненные формы атрезии тонкой кишки, из них у 22 (71%) новорожденных отмечалась перфорация тонкой кишки и у 9 (29%) новорожденных отмечалась картина сепсиса. Неосложненные формы атрезии тонкой кишки выявлены у 82 (73%) новорожденного.

Оперативное вмешательство выполнено всем 113 (100%) больным. Видеоассоциированные операции выполнены у 35 (31%) из 113 больных с атрезией тонкой кишки. Из них мальчиков было 18 (51,5%), девочек – 17 (48,5%). Доношенных – 21 (60%), недоношенных – 14 (40%). При анализе ближайшего послеоперационного периода выявлено, что применение видеоассоциированных операций способствовало более гладкому течению послеоперационного периода, снижению болевого синдрома, что позволило быстро в течение 1-2 суток после операции экстубировать больного. Кроме того, у всех 17 больных, которым были выполнены видеоассоциированные радикальные операции, послеоперационный парез кишечника быстро разрешился в течение 3 суток, что позволило начать энтерального кормления на 4-5 сутки после операции. Ни в одном из случаев в этой группе больных не наблюдались несостоятельность анастомоза и ранняя спаечная непроходимость кишечника. Кроме того, новорожденным, которым было наложено энтеростома видеоассоциированный, при проведении радикальной операции через 4 недели трудности, связанные с выделением энтеростомы, не возникали, а также не отмечено развитие спаечного процесса. Летальность в основной группе отмечена у 5 (14%) больных. Из них трое детей были недоношенными, а у двух доношенных детей был неблагоприятный соматический фон, который в последующем способствовал присоединению сепсиса и энтероколита.

Сроки пребывания больного в стационаре с еюноилеальной атрезией после традиционного метода были в среднем 28 ± 4 суток, а после видеоассоциированного метода были в среднем 18 ± 2 суток. Кроме того, на летальность в обеих группах (21 (24%) детей) оказывал влияние тип атрезии тонкой кишки. Так, при I, II и III типах атрезии результаты оперативного лечения были, в основном, положительными. Наибольшее количество летальных исходов отмечено в группе детей с III б и IV типами атрезии тонкой кишки. Так, из 26 умерших детей 14 были с III б и IV типами атрезии тонкой кишки.

Выводы

1. В результате сравнительного анализа видеоассоциированных и традиционных оперативных вмешательств показал, что лапароскопия является менее травматичным способом оперативного лечения экстренных абдоминальных хирургических заболеваний.
2. Видеоассоциированная коррекция еюноилеальной атрезии у новорожденных является перспективным, малотравматичным и эффективным вмешательством, приводящими к гладкому течению послеоперационного периода, уменьшению болевого синдрома.
3. Применение лапароскопии при видеоассистированных операциях на тонкой кишке позволяет значительно снизить риск спаечной кишечной непроходимости и сокращению койки дней.
4. Осложнения интраоперационного и послеоперационного периодов после лапароскопических вмешательств не являются специфическими и встречаются реже в сравнении с традиционными «открытыми» операциями.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА

Эргашев Б.Б., Мухтаров Ж. У., Эгамназаров Н. К.

Республиканский учебно-лечебно методический центр неонатальной хирургии при
Республиканском пренатальном центре, Ташкент, Узбекистан
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент Узбекистан

Актуальность

Среди хирургической патологии детей грудного возраста гипертрофический пилоростеноз занимает одну из лидирующих позиций. Это подтверждается следующими данными о том, что популяционная частота данного заболевания составляет 1-3 ребенка на 1000 детей. Причем, важно отметить связь развития заболевания с полом, так, мальчики болеют чаще девочек практически в 4 раза. Опасность развития пилоростеноза обусловлена быстротой прогрессирования клинических проявлений таких как ацидоз, гипокалиемия, азотемия и нарастающий дефицит массы тела.

До настоящего времени “золотым стандартом” в лечении врожденного гипертрофического пилоростеноза остается принцип внеслизистой пилоромии, предложенный С. Ramstedt в 1911 году.

Оставляя неизменным основной принцип оперативной коррекции гипертрофии привратника, на протяжении 100 лет ведется оживленная дискуссия о выборе оперативного доступа для выполнения внеслизистой пилоромии. В своем развитии место оперативного доступа претерпело значительные изменения пройдя путь от срединной лапаротомии до трехпортовой лапароскопической внеслизистой пилоромии.

Цель

Изучить результаты хирургического лечения пилоростеноза в сравнительном аспекте.

Материалы и методы

с 2014 - 2022 г.г. в республиканском учебно-лечебно методическом центре неонатальной хирургии при РПЦ находились 206 детей, из них у 98 (47,5%) операция проводилась традиционным и у 108 (52,5%) лапароскопическим способом. Мальчиков – 170 (82,5%), девочек – 36 (17,4%). Возраст детей варьировался от 2 недель до 2 месяцев.

Для диагностики пилоростеноза всем больным проведены следующие инструментальные исследования: УЗИ органов брюшной полости – 206 (100%), ЭхоКГ – 90 (44%), НСГ – 206 (100%), Рентгенография органов брюшной полости – 109 (53%).

Результаты

У 98 детей, оперированных традиционным способом послеоперационное количество койко-дней, составило в среднем 8-10 дней, обезболивание продолжалось в течение 3 дней. Кормление начато через 6 часов после операции. Вторичное заживление послеоперационной раны отмечено у 4 детей, рецидива пилоростеноза не было. В двух случаях отмечена перфорация слизистой желудка во время пилоромии. Продолжительность операции составила 35-50 минут. Все дети этой группы выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии.

В группе детей с пилоростенозом, оперированных лапароскопическим способом послеоперационное количество койко-дней, составило в среднем 4-5 дней, обезболивание продолжалось в течение первых суток. Кормление начато через 6 часов после операции. Вторичное заживление послеоперационной раны не отмечено. Незавершенная миотомия отмечена в 2 случаях, данная патология была успешно ликвидирована лапароскопическим путём. В одном случае был осуществлён переход на конверсию из-за повреждения слизистой желудка. Продолжительность операции составила 20-30 минут. Из стационара в удовлетворительном состоянии выписаны также все дети этой группы.

Вывод

Лапароскопическая пилоромия обладает значительными преимуществами перед традиционным способом, которые выражаются в сокращении койко-дней, отсутствии болевого синдрома и отличными косметическими результатами.

ТУҒМА ЮҚОРИ ИЧАК ТУТИЛИШИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Эргашев Б.Б., Абдуганиев А.А., Хамроев У.А.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент, Ўзбекистон

Республика пренатал маркази қошидаги Республика неонатал хирургия ўқув-довалаш
методик маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Долзарблиги

Туғма юқори ичак тутилиши ҳақида 1733 йилда J.Calder ёзиб қолдирган бўлса, 1914 йилда N.P. Ernst биринчи бўлиб хирургик амалиётини амалга оширган. Жаҳон адабиётларида келтирилишича ҳар туғилган 5000-10000 чақалоқдан биттаси юқори ичак тутилиши билан касалланади. Чақалоқлик даврида туғма юқори ичак тутилиши билан оғриган беморларга хирургик ёрдамни кўрсатиш ҳозирги кунгача ўз ахамиятини йўқотмаган. Туғма юқори ичак тутилиши кўпламчи туғма нуқсонлар ва генетик касалликлар билан бирга келиши изланишларни янада долзарблигини кўрсатади. Айни йилларда тиббиётни илдамлаб ривожланишига қарамай, ушбу касалликдан кейинги асоратлар ва ўлим ҳолатлари болалар жаррохларини изла-нишга мажбур қилмоқда.

Изланиш мақсади

Туғма юқори ичак тутилиши билан хирургик амалиёти ўтказган беморларни ретроспектив анализи орқали доволаш натижаларини яхшилаш.

Республика Перинатал маркази қошидаги Республика неонатал хирургия марказида 2020-2021- йилларда туғма юқори ичак тутилиши ташхиси билан 60 та бемор даволанган. Беморларга умумий-клиник, рентгенологик, ички аъзолар УТТСи, Нейросонография, Эхокардиография текширув усуллари ўтказилган. Беморлардан 33 таси (55%) ўғил, 27 таси (45%) қиз болаларни ташкил этди. Улардан ой-қунига етиб туғилганлари 39 та (65%), чала туғилганлари (31-36-хафталик) 21 та (35%). Туғма юқори ичак тутилиши сабаблари хирургик аралашувидан кейин аниқлаштирилди. Улар 12-бармоқ ичак атрезияси 8 та (13.33%), 12-бармоқ ичак мембранаси 14 та (23.33%), Халқасимон ошқозон ости беги 14 та (23.33%), 12-бармоқ ичак стенози 2 та (3.33%), Ледда синдроми билан 20 та (33.33%). Шулардан 11 таси (18.33%) Даун синдроми, 5 таси (8.33%) туғма юрак нуқсони билан, 2 таси (3.33%) қўшма нуқсон оч ичак ва анус атрезияси билан, 2 таси (3.33%) гидронефроз билан оғриганлиги текширувлар натижасида маълум бўлди.

Беморларга хирургик аралашув анъанавий ва лапароскопик усулларда амалга оширилди. Лапароскопик усулда 18 та (30%), анъанавий усулда 23 та (38.33%) хирургик муолажалари ўтказилиб, 19 тада (31.66%) аввал лапароскопик аралашувдан бошланиб, кейинчалик конверсияга ўтилган. Операциялар давомийлиги ўртача олганда анъанавий усулда 84 дақиқа, лапароскопик усулда 105 дақиқа, конверсияга ўтилган ҳолатларда 115 дақиқани ташкил этди. Операциядан кейинги даврда наркотик оғриқсизлантириш лапароскопик усулда 24-48 соатгача, анъанавий усулда 48-72 соатгача давом эттирилган. Ўртача шифохонада ўтказилган кун 19.3, лапароскопик усулда даволанганлар 18.5, анъанавий ва конверсияга ўтилиб даволанганлар 20.1. Хирургик аралашувдан кейинги даврда 1 та кологастрал оқма лапароскопик усулдан сўнг, НЭК 1 та анъанавий усулдан сўнг, 2 та анастомоз тутмаслиги (1 - лапароскопик, 1 - анъанавий усулдан сўнг) каби асоратлар кузатилди. Операцион жароҳатни иккиламчи битиш каби асоратлар кузатилмади.

Ўрганиб чиқилган 60 та бемордан 5 тасида (8.3%) ўлим ҳолати қайд этилган.

Хулоса

Шундай қилиб, туғма юқори ичак тутилиши билан оғриган беморларда лапароскопик усулда даволанганлар операция давомийлиги анъанавий усулдан кўпроқ бўлсада, шифохонада даволаниш вақти 1.6 кунга, наркотик оғриқсизлантириш 24 соатгача қамайган ва косметик эффекти юқори. Ўлим кўрсаткичлари бўйича ва операциядан кейинги асоратлар иккала усулда ҳам бир хил даражада қолди. Беморларни узоқ муддат даволаниши фақат туғма юқори ичак тутилиши билан боғлиқ бўлмай, уларнинг соматоневрологик ва қўшимча нуқсонлар билан бирга келишига тўғридан тўғри пропорционалдир.

БОЛАЛАРДА БРОНХ-ЎПКА ТИЗИМИ МАЛЬФОРМАЦИЯЛАРИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

Эргашев Н.Ш., Султанов Х.Х., Рахматуллаев А.А.

Болалар Миллий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Долзарблиги

Бронх-ўпка тизими мальформацияларининг ягона таснифи, уларнинг номланиши, эрта ташхислаш алгоритми, операцияга кўрсатмалар, унинг усули, хажми ва вақти ҳақидаги фикрлар хозиргача кўплаб мунозарага сабаб бўлмоқда.

Тадқиқот мақсади

бронх-ўпка тизими мальформацияларида операцияга кўрсатмалар, операция усули ва уларнинг натижаларини таҳлил қилиш.

Материаллар ва усуллар

Бронх-ўпка тизими мальформациялари ташхиси билан 14 кунликдан 18 ёшгача бўлган 116 нафар бемор текширилиб даволанди. Ушбу патологияга биз қуйидаги нозологик атамаларни жамлаштирдик: туғма ўпка мальформациялари, ўпка гипоплазиясининг оддий ва кистоз шакллари, дизонтогенетик бронхоэктазия, ўпка гипоплазиясининг диафрагмал чурра билан қўшилиб келиши ва ўпка лобар эмфиземаси. Шулардан 52 нафари ўғил болалар, 64 нафарини қизлар ташкил қилди.

Натижалари ва муҳокамаси

Бронхограмма ва контрастли МСКТ натижаларига асосланиб операция усули танланди. Етмиш тўққиз (68,1%) нафар беморларда қуйидаги операциялар бажарилди: пульмонэктомия-7; билобэктомия-8; лобэктомия-16; сегментэктомия-29. Ўпка резекциясининг 16 нафари кам инвазив усулда (миниторакотомия, видеоторакоскоп ёрдамида (VATS)) амалга оширилди. “Кенгайган бронхларни биополимер билан интраоперацион пломбировкаш” операцияси 19 (23,7%) нафар беморларда бажарилди.

Ўпка резекциясидан кейин 14% болаларда турли хил кўринишдаги асоратлар қайд этилди. Бронхлар пломбировкасидан кейин 80% беморларда операциядан кейинги давр асоратсиз кечди. Жаррохлик муолажасидан кейинги пневмония битта беморда ва пломбировкаланган бўлак ателектази 2 нафар беморда қайд этилди.

Операциядан кейин, 6 ойдан 14 йилгача бўлган даврда 64 нафар бемор ҳолати ва теширувлар натижалари ўрганилди ва қуйидаги натижалар олинди: 17 (41,5%) – яхши, 21 (51,2%) – қониқарли, 3 (7,3%) нафар беморларда қониқарсиз натижалар қайд этилди.

Хулосалар

Бронх-ўпка тизими мальформацияларининг туғма ўпка-бронх мальформациясида, кистоз гипоплазиясида, дизонтогенетик бронхоэктазияларда, туғма ўпка эмфиземасида жаррохлик муолажасини ўтказиш лозим. Операция хажми комплекс диагностик чора-тадбирлар ёрдамида аниқланади. Бунда албатта бронхологик ва ангиопульмонографик текширувлар аҳамияти катта, яъни, зарарланган сегментлар ҳаволанишини ва қон айланиш ҳолатини аниқлаш лозим. Бронх-ўпка тизими мальформацияларида жаррохлик муолажасининг турини аниқлаш учун зарарланган ўпка тўқимасининг қон айланишини ва ҳаволанишини интраоперацион визуал ва пальпатор йўллار билан баҳолаш орқали сўнги хулоса чиқарилади. Бронхограмма ва МСКТ да зарарланган соҳа бронхларининг VI-қатор ва ундан дистал қисмлари “очиқ” бўлганида, қон айланишнинг капилляр фазаси сақланганда, интраоперацион мальформацияланган паренхимани реаэрациялашнинг иложи бўлганда “бронхларни пломбировкаш”, бронхлар тармоқланишининг бошланғич генерациялари гипоплазиясида (IV-VI), қон айланишнинг кучли редукциясида, ателектазланган соҳани реаэрациялашнинг иложи бўлмаганда резекция усулидан фойдаланилади. Ўпка резекциясини кам инвазив усулда-VATS да амалга ошириш энг яхши натижа беради.

ДИНАМИКА МАССЫ ТЕЛА ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Эргашева Н.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность

При врожденной кишечной непроходимости (ВКН) во внутриутробном периоде наблюдается неадекватное функционирование системы мать-плацента-плод. Ребенок рождается с расстройствами нормального сокооборота и моторно-эвакуаторной функции в желудочно-кишечном тракте, сопровождающихся выраженным дисбиозом кишечника, изменениями в водно-солевом обмене и нарушениями в становлении физиологической массы тела у новорожденного ребенка.

Цель исследования

Выявление особенностей динамики массы тела у новорожденных при различных клинко-анатомических вариантах врожденной кишечной непроходимости.

Материал и методы

Аналізу подвергнуты 208 новорожденных в возрасте от 0 дня до 28 суток с высокой ВКН – 68 (32.6%), низкой ВКН – 93 (44.7 %), мальротацией – 47 (22.5 %), находившихся в отделении неонатальной хирургии Республиканского перинатального центра в 2009 – 2019 гг. В 163 (78.3%) – наблюдениях клинко-рентгенологические признаки ВКН расценены как полной, у 45 (22 %) больных – частичной. 111 (53.3%) детей родились доношенными. 97 (46,6%) по массе тела и сроку гестации были недоношенными. Исходная масса тела при рождении и ежедневная динамика оценивалась соответственно периодам: транзиторной потери и восстановления исходной массы тела.

Результаты и обсуждения

Результаты исследований показали, что степень транзиторной потери массы тела зависит от формы ВКН, степени доношенности ребенка, отягощенности соматического и акушерско-гинекологического анамнеза. В группе детей с высокой ВКН, потеря первоначальной массы тела оказалась в 1,2 раза больше, чем у новорожденных с низкой кишечной непроходимостью соответственно 2908,2 – 5,0% и 3103,3 – 6,2%. Более значимая потеря массы тела наблюдалась при полной высокой ВКН, а также у больных с локализацией препятствия ниже большого дуоденального соска. При низкой ВКН снижение первоначальной массы тела регистрировалось у 41 (44%) детей, что связано с появлением рвоты на 2-3-е сутки, задержкой кишечного химуса, развитием отека и склеромой. При мальротациях степень убыли первоначальной массы тела у новорожденных и ежесуточная потеря была более интенсивной по сравнению детьми с кишечной непроходимостью без аномалий ротации и фиксации кишечника. Восстановление первоначальной массы тела независимо от вида ВКН зависело от степени потери массы тела, срока, характера и течения проведенного оперативного вмешательства, а также тяжести сопутствующей соматической патологии и индивидуальных компенсаторных возможностей ребенка в послеоперационном периоде. Средний показатель восстановления исходной массы тела при рождении при высокой ВКН был равен 10 суткам жизни. При низкой ВКН и пороках мальротации восстановление первоначальной массы наблюдалось соответственно на 7 и 9 сутки.

Заключение

Показатель транзиторной потери массы тела и сроки его восстановления при различных клинко-анатомических формах ВКН имеют свои особенности. Степень недоношенности, соматическое состояние ребенка и отягощенный акушерско-гинекологический анамнез у матерей, отрицательно влияет на физиологические параметры динамики массы тела. У новорожденных с низкой ВКН, минимальная убыль массы тела или даже отсутствие потери массы тела не может считаться благоприятным показателем, ибо свидетельствует о патологическом скоплении кишечного содержимого и задержке жидкости в организме ребенка.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СКРЫТОГО СПИНАЛЬНОГО ДИЗРАФИЗМА У ДЕТЕЙ

Эргашева Н.Н., Азимова Н.М., Зияходжаева Л.У.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,

Ташкент, Узбекистан

Актуальность

Спинальный дизрафизм – собирательное понятие, объединяющее большую группу пороков развития спинного мозга и позвоночника, который является одним из наиболее тяжелых врожденных пороков развития у детей.

Цель исследования

Определить частоту и основные неврологические признаки различных видов скрытого спинального дизрафизма при врожденных пороках спинного мозга у детей.

Материал и методы

Работа основана на анализе диагностики и лечения 144 детей 67 (46,60%) мальчиков, 77 (53,40%) девочек, в возрасте от одного дня до 15 лет с остеохондральными миелопатиями.

Результаты и обсуждение

Выявленный скрытый спинальный дизрафизм (ССД) (у 71 больного) – многообразная и разнородная группа пороков развития позвоночника и спинного мозга, представлены в виде: синдрома фиксированного спинного мозга – 17 (24%), спинальных липом – 3 (4,2%), дорсального дермального синуса – 6 (8,4%), диастематомии – 5 (7%), гидромиелии – 3 (4,2%), сирингомиелии – 5 (7%), расщепление дуг позвонков – 32 (45%). У 9 (12,7%) больных наблюдались одновременное сочетание двух или более видов. Наиболее частая форма скрытого спинального дизрафизма является расщепление дуг позвонков (*spina bifida occulta*), встречающаяся в наших наблюдениях у 32 (45,0%) больных. Высокая частота данного вида скрытого спинального дизрафизма объясняется тем, что данная патология у 24 (75,0%) больных выявлена по ходу обследования детей с урологическими и проктологическими заболеваниями. Из 32 больных с *spina bifida occulta* у 5 (16%) детей неврологических нарушений не наблюдалось. У 27 (84%) детей наблюдалась неврологическая симптоматика в виде: нарушений функций тазовых органов по типу недержание – у 22 (69%) детей, что и являлось основной причиной обращения родителей к специалистам; не грубых двигательных расстройств у 14 (44%) больных, на которые родители больных не предъявляли жалоб, и они были выявлены при тщательном неврологическом осмотре. Двигательные расстройства были в виде мышечной гипотонии – у 9 (64%), снижения мышечной силы и скрытого пареза в нижних конечностях – у 5 (36%) больных. Расстройство чувствительности у этих больных было по сегментарному типу и гипестезия – у 11 (34%) больных детей.

Выводы

Неврологическая картина скрытого спинального дизрафизма основывается на объективных проявлениях конкретной формы дизрафии и заключается в прогрессирующем нарастании явлений недержания мочи и кала, усугублении парезов нижних конечностей, нарушений чувствительности в области промежности, и в ряде случаев развитием трофических расстройств той же локализации.

МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКАЯ ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ПЛОДА

Юсупалиева Г.А., Шамансурова И.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность

Врожденные пороки сердца (ВПС) являются наиболее распространенной врожденной аномалией, на которую приходится примерно 1% живорождений. Большинство ВПС можно диагностировать во время пренатальной жизни с помощью эхокардиографии плода, которая используется для выявления ВПС внутриутробно с 1980 г. Благодаря достижениям в ультразвуковых технологиях можно различить детали анатомии и физиологии сердца плода, что приводит к улучшению пренатального и перинатального ведения и прогнозированию как простой, так и сложной ВПС.

Цель

Совершенствование пренатальной эхокардиографии ДМЖП с помощью современных ультразвуковых методов диагностики в различные сроки беременности.

Материал и методы

Были проанализированы эхокардиографические данные плода у беременных женщин, направленных в Республиканский центр «Скрининг матери и ребенка» в период 2021 - 2022 г.г. В режиме скрининга было проведено обследование 28658 беременных. В ходе исследования было зарегистрировано 93 случая ВПС среди них 37 ДМЖП, как изолированных, так и в комбинации с другими пороками развития. Демографические данные пациентов и клиническая информация были получены из данных медицинских карт пациентов. Для пренатального эхокардиографического исследования сердца плода использовался ультразвуковой аппарат PHILIPS “HD 11XE” с использованием конвексного датчика с диапазоном частот 2,0-5,0 МГц и объемного датчика с диапазоном частот 4,0-8,0 МГц.

Результаты

ДМЖП в 18 (48,7%) случаев был выявлен как изолированный порок развития и 19 (51,3%) случаев с экстракардиальными аномалиями.

В зависимости от анатомического строения дефект располагался: в 28 случаях в мембранозной, 7 случаях в мышечной, в 2 случаях в трабекулярной части межжелудочковой перегородки.

Основную долю пациенток с ВПС у плодов в нашем исследовании составили повторнородящие женщины в возрасте от 21 до 40 лет.

Анализ результатов ультразвукового исследования плода показал, что в сроки 18 недель беременности эхографически хорошо визуализируются основные анатомические структуры сердца плода. При визуализации четырехкамерного среза сердца плода четко определяется межжелудочковая перегородка.

Диагноз ДМЖП выставлялся в случае отчетливой визуализации свободного эконегативного пространства в межжелудочковой перегородке с четкими краями, получаемого более чем в одной проекции.

При оценке показателей кардиометрии плода учитывались не только абсолютные значения размеров полостей сердца, но и соотношение правых и левых камер (индексы ЛЖ/ПЖ) значение которых составило 1,05 и 0,91 соответственно при сроке гестации 20 недель. По результатам наших исследований в 10 случаях изолированного порока средний диаметр ДМЖП находился в пределах $4,2 \pm 1,7$ мм. Дефекты перегородки не вызвали выраженных сдвигов в индексах (ЛЖ/ПЖ – 0,9; ПЖ/ЛЖ – 1,1) и их диагностика может базироваться на выявлении патологических потоков.

Таким образом, трансбдоминальная эхография в сроках 16-20 недель гестации позволяет диагностировать изолированные ДМЖП у женщин высокого риска по ВПС плода. Особое значение имеет сбор семейного и акушерского анамнеза. Оценка состояния плода при расширенном эхографическом исследовании и выявление отклонений в развитии плода диктуют необходимость проведения расширенного эхокардиографического исследования.

Заключение

Дефекты межжелудочковой перегородки являются наиболее распространенными ВПС. Использование более совершенного ультразвукового оборудования, увеличение количества УЗИ на одну женщину для каждой беременности увеличивают пренатальную частоту выявления даже незначительных сердечных аномалий.

ТЕЗИСЫ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ (студентов бакалавриата и магистратуры)

IMPACT OF CONGENITAL HEART DEFECTS ON THE QUALITY OF LIFE OF CHILDREN

Abdurashidov B. B.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Department of Family Medicine No. 1, Physical Education

Scientific adviser: DSc, Associate Professor Turdieva Sh.T.

Topicality

The problem of timely diagnosis, high-quality treatment, and prevention of cardiovascular diseases among the child population has been and remains one of the leading areas in modern pediatrics. But, despite the comprehensive efforts of doctors, the incidence of congenital heart defects in children remains high to this day. In particular, the incidence of congenital heart defects in different countries varies from 8.1‰ to 24.2‰ (Sneeringer MR et al., 2022), especially this problem is relevant in developing countries due to the high rate of intrauterine infection of the fetus (Vollbrecht TM et al., 2022).

Aim of the study

To study the medical aspect of the quality of life of children and adolescents before and after corrective inpatient treatment.

Material and research methods

The study conducted in the clinic of TashPMI and in the clinic of this institution, among 30 children and adolescents with congenital heart defects aged 3 to 15 years (19 boys and 11 girls) who received corrective therapy. Quality of life assessed using the PedsQL™4.0 children's quality of life questionnaire (Cardiac module). The study was conducted before and 3 months after corrective therapy.

Results and discussion

Among the examined patients: 40.0% (n=12) of patients received treatment for ventricular septal defect (VSD), 16.6% (n=5) for atrial septal defect (ASD), 13.3% (n=4) - tetrads Fallot, 6.6% (n=2) had a combination of VSD or ASD with patent ductus arteriosus (PDA), 23.3% (n=7) - with various combined forms of congenital heart defects and great vessels. Surgical correction of congenital heart defects performed in 25 (83.3%) patients; the remaining patients received conservative treatment. At the same time, among operated children, 60.0% (n=15 out of 25) of patients were operated on during the first year after confirmation of the main diagnosis. All examined patients in the subsequent postoperative and conservative treatment were under the supervision of a pediatric cardiologist in the clinic, where they underwent rehabilitation measures based on generally accepted recommendations.

Before corrective therapy (in the hospital), and after 3 months (in the polyclinic), at the control visit to the doctor, these patients underwent an assessment of their quality of life according to the children's questionnaire for assessing the quality of life - PedsQL™ 4.0. (Cardiac module). The questionnaire filled out based on a conversation with the words of parents or guardians, as well as with the words of the patients themselves. When comparing the results of the survey before and after corrective therapy in patients with congenital heart disease, some positive changes were noted in the indicators of the medical aspect of the quality of life of children. In particular, improvements in indicators of physical functioning recorded on average up to 28%, in the field of emotional functioning - up to 43%, and social functioning (an indicator of self-service processes) up to 17%.

Conclusion

As a result of a comprehensive examination of children and adolescents with congenital heart defects before and after 3 months of corrective therapy, the quality of life of patients according to the results of the children's questionnaire for assessing the quality of life - PedsQL™ 4.0 (Cardiac Module), on average, increased from 17 to 43%, which is an indicator of the high efficiency of ongoing therapeutic measures.

KAM VAZNDA ERTA MUDDATDA TUG’GAN BOLALARDA PNEVMONIYANING KECHISH XUSUSIYATLARI

Atabekova U.A.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

Toshkent, O’zbekiston

2-gospital pediatriya, xalq tabobati kafedrası

Ilmiy rahbar: t.f.d, professor Shamansurova E.A.

Dolzarbligi

Pnevmoniya o’pka parenximasining o’tkir yuqumli yallig’lanishi bo’lib, xarakterli klinik va rentgenologik belgilar asosida tashxislanadi. Pnevmoniya bolalarda eng tez-tez uchraydigan va jiddiy o’pka kasalliklaridan biridir, eng yuqori kasallanish va o’lim darajasi yangi tug’ilgan chaqaloqlarda va hayotning birinchi yillaridagi bolalarda qayd etilgan. Pnevmoniyadan vafot etgan bolalarning yosh tarkibini tahlil qilish shuni ko’rsatadiki, barcha o’limlarning 96,1% erta yoshda sodir bo’ladi va salbiy oqibatlarining maksimal soni chaqaloqlik davrida sodir bo’ladi (100 ming bola aholiga 102ta). Jahon sog’liqni saqlash tashkiloti (JSST) ma’lumotlariga ko’ra, butun dunyo bo’ylab bolalar o’limining asosiy sababi- pnevmoniyadir. Bir yilda pnevmoniyadan 5 yoshgacha bo’lgan 1 millionga yaqin bola hayotdan ko’z yumadi. Bu OITS, bezgak va qizamiqdan ko’proqdir. Pediatriya amaliyotida pnevmoniya va uning asoratlari erta aniqlash va tashxislash muhim ahamiyatga ega.

Tadqiqot maqsadi

Kam vaznda erta muddatda tug’ilgan bolalarda o’tkir respirator kasalliklardan keyin rivojlangan pnevmoniyaning kechish xususiyatlarini o’rganish.

Materiallar va usullar

RIPIATM pulmonologiya va erta yoshli bolalar patologiyasi bo’limlarida 1 yoshdan 3 yoshgacha bo’lgan kam vaznda tug’ilgan o’tkir respirator kasalliklardan keyin rivojlangan pnevmoniya bilan og’rigan 25 nafar bola (asosiy guruh) kuzatuvda bo’ldi. Asosiy guruh bolalari 25 nafar nazorat guruhi amaliy sog’lom bolalar bilan solishtirildi. Asosiy guruhning 14 tasi o’g’il bolalar, 11 tasi qiz bolalar; nazorat guruhda pnevmoniya bilan asoratlanganlari 15 nafar, asoratsiz sog’ayganlar 10 nafarni tashkil qildi.

Natijalari va ularning

Asosiy guruhning kasallanish holatlari so’nggi 6 oy ichida bolalarning tez-tez O’RVI bilan kasallanishi, homiladorlik davridagi onalarning virusli infeksiyalar bilan xastalanishi, kamqonlik, toksikoz fonida yuzaga kelgan. Asosiy guruh bolalarida kasallikning klinik belgilari: 3 kundan ortiq haroratning 38 C dan ko’tarilishi-25 (100%), subfebril harorat-14 (56%), nafas qisilishi (nafas olish tezligi kuniga 40 martadan ortiq bir daqiqada)-14 (56%), intoksikatsiya begilari (umumiy holsizlik, ishtahasizlik)-18 (72%), perkutor tovushning qisqarishi-25 (100%), auskultatsiyada mayda pufakchali nam krepitatsiya eshitilishi-10 (40%) nafar bolada kuzatildi. Nazorat guruhdagi pnevmoniya bilan asoratlangan 15 nafar amaliy sog’lom bolalarning homiladorlik anamnezi, tug’ruq ko’rsatkichlari o’rganildi va baholanib, ularga nafas mashqlari buyurildi.

Xulosa

Kam vaznda erta muddatda tug’ilgan bolalarda o’tkir respirator kasalliklar bilan kasallanish holatlarini erta aniqlash, shu bilan birgalikda kasallikning ikkilamchi profilaktikasini takomillashtirish bolalarda pnevmoniya kasalligi va yuzaga keladigan asoratlarning xavfini kamaytiradi.

STUDY OF THE MECHANISMS OF THE FORMATION OF FUNCTIONAL DYSPEPSIA IN CHILDREN

Koshimbetova G.K.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Republic

Tashkent, Uzbekistan,

Department of Family Doctor №1, Physical Education

Scientific adviser: Doctor of Medical Sciences, Professor Shamansurova E.A.

Topicality

Dyspepsia in children is a symptom complex of digestive disorders that develops as a result of disruption of the upper gastrointestinal tract. In pediatrics, dyspepsia syndrome occurs in 13-40% of children and adolescents, which indicates its high prevalence. The frequency of dyspepsia in children is explained by the anatomical and physiological characteristics of the gastrointestinal tract, the nervous system, and the state of metabolism in childhood. Dyspepsia in children is a polyetiological and heterogeneous syndrome that can accompany a wide range of pathological conditions. The issues of studying the syndrome of dyspepsia in children are beyond the scope of pediatric gastroenterology and require the participation of various pediatric specialists. Currently, the diagnosis and treatment of functional dyspepsia (FD) cause significant difficulties, since many aspects of the pathogenesis of the disease, especially in childhood, remain insufficiently clear and require further research.

Aim

Identification of the formation of functional dyspepsia in children.

Material and methods

We examined 133 children with functional dyspepsia at the age from 6 to 16 years, 61 children with chronic gastroduodenitis of the same age (first control group), 30 healthy children - the same age group (second control group). Functional dyspepsia was diagnosed in accordance with Rome IV criteria. Clinical and laboratory instrumental examination included the study of the presence of stigma of connective tissue dysgenia (CTD) and dysembryogenesis (DE), the psychological type of face according to the Eysenck H.D. and Spielberger Ch.D., the initial vegetative tone according to A.M. Wein with the calculation of the Kerdo vegetative index, FEGDS with urease test and intragastric pH-metry, ultrasound of the abdominal organs, irrigography (according to indications), study of serum levels of histamine, serotonin according to the method of L.Ya. Proshina (1981), cortisol and insulin by ELISA.

Results

It was determined that in childhood the dyskinetic variant of functional dyspepsia predominates ($47.8 \pm 4.3\%$, nonspecific - $34.3 \pm 4.1\%$, ulcerative - $18.0 \pm 3.3\%$), the frequency of the ulcer-like variant with age growing (from $10.5 \pm 7.0\%$ in children 6-8 years old to $27.1 \pm 5.8\%$ in adolescents, $p \leq 0.05$). The phenotype of $88.0 \pm 2.8\%$ of patients with functional dyspepsia was characterized by the presence of stigmas of DST and DE, at the same time, 6 or more signs of DST and DE were observed in $37.3 \pm 4.0\%$ of children, mainly patients with an ulcer-like variant ($41.7 \pm 10.1\%$, $p \leq 0.01$). Autonomic dysfunction in the form of hypersympathotonia and hyperparasympatonia with the advantage of vagotonia, deviations of the psychoemotional status and hyperinsulinemia (16.4 ± 1.6 mIU / L, $p \leq 0.02$) were observed in all patients on PD, in $89.6 \pm 2.6\%$ of children, they were accompanied by hyperhistaminemia (0.08 ± 0.01 µl / ml, $p \leq 0.05$) and hyperserotoninemia (0.107 ± 0.01 µl / ml, $p \leq 0.05$), which may indicate the role of these pathogenetic links in the implementation of functional dyspepsia. The content of cortisol in blood serum with functional dyspepsia was within the lower limit of the norm (368.1 ± 35.2 nM / L), and it was increased only in patients with an ulcer-like variant (510.3 ± 25.8 nM / L, $p < 0.1$).

Conclusion

Food should be rich in nutrients, vitamins and minerals. The food needs to be of high quality. You can not offer a baby or teenager fatty foods and those that are poorly absorbed by the body. Under the ban fast food, carbonated water, fatty foods. Thus, for the implementation of functional dyspepsia in childhood, the combined effect of several pathogenetic mechanisms is needed: a change in the psychological type of the face, autonomic dysfunction, hyperinsulinemia, hyperhistaminemia and hyperserotoninemia.

THE STUDY OF PROTEIN-ENERGY MALNUTRITION IN THE FIRST YEAR OF LIFE

Koshimbetova G.K.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Republic

Tashkent, Uzbekistan

Department of Family Doctor №1, Physical Education

Scientific adviser: Doctor of Medical Sciences, Professor Shamansurova E.A.

Relevance

As in the rest of the world, the number of children with nutritional disorders has been increasing in recent years. At the same time, the main efforts of researchers are aimed at studying the problem associated with overweight and obesity. Much less attention is paid to children with physical retardation. The problem is extremely relevant, since it is associated with pathological changes in the body that persist throughout life. The prevalence of underweight and underweight among hospitalized children is high even in developed countries: 26–40% in France, 31% in Germany and the Netherlands. It is important that the causes of nutritional deficiencies have also changed: now, as a rule, it appears as a result of severe, often chronic, diseases that lead to impaired absorption and assimilation of nutrients or increased nutritional requirements in patients with certain types of pathology of the nervous system, heart, and lungs.

Aim of the study

To assess the health status and the level of physical development of children who had protein-energy deficiency at an early age.

Methods and research

The study included 30 children aged 7–17 years who had protein-energy deficiency at an early age. There were 27 girls, 3 boys. All children were from full-term pregnancy. A burdened obstetric history was revealed in 19 mothers, somatic pathology in 22.

Results

From the moment of birth, 26 children were breastfed, and 4 were artificially fed. By the year 1, indicators of a deficiency in body weight II tbsp. had 14 children, I Art. - 16 children. It was found that not a single child with protein-energy deficiency was hospitalized, the diagnosis in most cases was not verified, and these children were not treated. At the time of the study, 10 children were healthy, body weight returned to normal by the age of 5–7. 20 have various somatic pathologies. Often 3 children are ill for a long time. By the beginning of the study, 11 children had average harmonious physical development (2 of them were boys), excess body weight was noted in 6.

Conclusions

Thus, 2/3 of children who had protein-energy deficiency at an early age retain abnormalities in physical development by school age, they develop a variety of somatic pathologies. District pediatricians pay insufficient attention to children with protein-energy deficiency, in most cases they do not carry out a comprehensive examination and rehabilitation of these children.

Treatment of children with PEU should be carried out in a timely manner (with the development of PEU of 1-2 degrees) at the outpatient stage with the identification and elimination of the causes (including the analysis of the daily diet) and the appointment of adequate diet therapy and drug correction. One of the ways to increase the energy value of the daily diet is the use of special products for nutritional support (sip and enteral nutrition). The advantages of such products are high protein and calorie content, complete, balanced composition in terms of proteins, fats, carbohydrates, vitamins, minerals and micronutrients, low risk of water and electrolyte overload, the possibility of accurate dosing of the product, ease of calculating the caloric content of the diet, no risk of transfusion complications, prevention and elimination of gastrointestinal dysfunctions.

OVQATLANISH TURIGA KO'RA BOLALARNING ASAB-RUHIY RIVOJLANISHINI BAHOLASH

¹Rajapov J.

¹pediatriya fakul'teti, 6- kurs talabasi

Ilmiy rahbar: Shayxova M. I. - Oilaviy shifokorlik №1, jismoniy tarbiya, fuqarolar muhofazasi kafedrası assistenti

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, Toshkent, Uzbekistan

Dolzarbligi

Hayotining birinchi yilida bo'lgan bolalarda ovqatlanish turi va asab-ruhiy rivojlanishi orasidagi o'zaro bog'liqlikni o'rganish dolzarb muammo bo'lib hisoblanadi. Ovqatlanishni organizm talablariga monand bo'lishi bolani immun holati, salbiy reaksiyalarga qarshilik ko'rsatish qobiliyati, jismoniy va ruhiy rivojlanishini bevosita belgilaydi. Ovqatlantirishdagi nomutanosibliklar ayniqsa, uning hayotining birinchi yillarida sezilarli salbiy ta'sir ko'rsatadi.

Tadqiqot maqsadi

Ovqatlanish turiga ko'ra hayotining birinchi yilida bo'lgan bolalarning asab-ruhiy rivojlanishini baholash.

Materiallar va usullar

Hayotining birinchi yilida bo'lgan 125 nafar bolalarning asab-ruhiy rivojlanishi o'rganildi. Bunda bolalarning boshini ushlashi, qorindan chalqancha yotishga va chalqancha yotishdan qoriga o'girilishlari, mustaqil o'tirishi, mustaqil yura olishi, so'z aytishi kabi asab-ruhiy rivojlanishlari baholandi. Bolalar ikki guruxga ajratildi: birinchi guruxni tabiiy ovqatlantirishda bo'lgan 66 (52,8%) nafar bolalar, ikkinchi guruxni sun'iy ovqatlantirishda bo'lgan 59 (47,2%) nafar bolalar tashkil qildi.

Natijalar va muhokamasi

Boshini ushlashi bo'yicha asab-ruhiy rivojlanishi taxlil qilinganida shu narsa aniqlandiki, birinchi guruxdagi bolalar 1,1 oyligida, ikkinchi guruxdagi bolalar esa 1,5 oyligida boshini ushlay boshlagan. Birinchi guruxdagi bolalar 4,1 oyligida, ikkinchi guruxdagi bolalar 4,4 oyligida chalqancha yotishdan qorniga o'girila olgan. Birinchi guruxdagi bolalar 5,1 oyligida, ikkinchi guruxdagi bolalar esa 5,2 oyligida qornidan chalqancha yotishga o'girila olgan. Sun'iy ovqatlantirishga bo'lgan bolalar o'rtacha 6 oyligida mustaqil o'tira oldi. Ko'krak suti bilan boqilgan bolalar o'rtacha 6,2 oyligida o'tirishni boshladi. Ko'krak suti bilan boqilgan bolalar 11,7 oyligida, sun'iy ovqatlantirilgan bolalar esa 12,8 oyligida yurishni boshladi. Tabiiy ovqatlantirilgan bolalar 8 oyligida, sun'iy ovqatlantirilgan bolalar esa 9,5 oyligida birinchi so'zni talaffuz qildilar. Bir yoshga to'lganida ko'krak suti bilan tabiiy ovqatlantirilgan bolalarda, sun'iy ovqatlantirilgan bolalarga nisbatan, so'zlar soni ko'p bo'lgan.

Xulosa

Shunday qilib, ko'krak suti bilan tabiiy ovqatlantirishda bo'lgan bolalarning, sun'iy ovqatlantirilgan o'z tengdoshlariga nisbatan, asab-ruhiy tizimi nisbatan ertaroq muddatlarda rivojlanadi. Ko'krak suti, shubhasiz, erta yoshdagi bolalar uchun eng yaxshi ozuqa bo'lib hisoblanadi, infeksiyon kasalliklar va atopiya rivojlanishi xavfini kamaytiradi.

МАРКЁРЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ С РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Маннабав С.А.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,
Ташкент, Узбекистан

Кафедра Клинической лабораторной диагностики

Научный руководитель: д.м.н., доцент Арипов О.А.

Актуальность

Упущение неспецифических проявлений конкретных нозологий приводит к развитию частых осложнений, высокому уровню инвалидизации, а также снижению эффективности несвоевременно начатой терапии, особенно в детском возрасте, что может отразиться на дальнейшем взрослении и уровне жизни ребенка. Симптомы кардиальных проявлений схожи с более распространенными заболеваниями у детей, такими как обструктивный бронхит, пневмония, что затрудняет правильную интерпретацию нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы.

Цель исследования

Выявить диагностическую значимость маркеров и характер поражений сердечно-сосудистой системы при острой респираторной инфекции у детей школьного возраста.

Материал и методы

Основу настоящего исследования составил ретроспективный анализ 20 амбулаторных карт часто болеющих острыми респираторными инфекциями, детей школьного возраста обратившихся, за медицинской помощью в семейную поликлинику №34 г. Ташкента. Пациенты были разделены на 2 группы: в первую группу включены 9 пациентов с установленным диагнозом острой респираторной инфекции, во вторую - 11 пациентов с острым бронхитом и пневмонией.

Результаты и обсуждение

Анализ данных результатов обследования показал, что у 9 из 20 детей обеих групп, без клинических кардиальных проявлений, наблюдались изменения лабораторных показателей. В анализах крови выявлена достоверная разница элементов воспалительного ответа в обследуемых группах. В 1-й группе отмечались неспецифические признаки воспаления в общем анализе крови: лейкоцитоз до 10,8 тыс. со сдвигом влево, ускорение СОЭ до 11,5 мм/час; в биохимических показателях изменение неспецифических маркеров поражения мышечной ткани: увеличение фермента АСТ до 151,65 Е/л (при норме от 0-35,0 Е/л), при нормальных показателях АЛТ. Анализ результатов исследования показателей воспалительного ответа у больных 2-й группы выявил достоверно высокие уровни WBC и ESR по сравнению с пациентами 1-й группы. В уровне LYM у детей 2-й группы отмечалась тенденция к снижению. Показатели биохимических анализов крови в обеих группах были выше нормальных значений, и достоверно не различались.

Выводы

Течение респираторной инфекции у детей школьного возраста вариабельно и может маскироваться другими заболеваниями и клиническими состояниями, а также бессимптомным течением. Поэтому поражение миокарда при острых респираторных инфекциях у детей данного возраста не всегда оценивается. Независимо от клинических проявлений/течения острых респираторных инфекций в обеих группах часто болеющих детей школьного возраста, наблюдалась тенденция повышения показателей анализов крови и изменений на электрокардиограмме. У детей с респираторными инфекциями не только при манифестировании нарушения сердечного ритма и проводимости, но и при бессимптомном течении необходимо дифференцировать миокардит с помощью лабораторных показателей (общего анализа крови, биохимии крови) и данными электрокардиограммы. Ранняя диагностика миокардита в определенной клинической ситуации может оказаться наиболее эффективным инструментом врача в тактике ведения и лечения данного заболевания.

ЎЗБЕК ПОПУЛЯЦИЯСИДА ТУРЛИ ЁШДАГИ СОҒЛОМ БОЛАЛАРДА ТРАНСКЛАПАН ОҚИМ ТЕЗЛИКЛАРИНИ БАҲОЛАШ

Назирхужаев Н.Ш.

Тошкент вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази,

Тошкент вилояти, Ўзбекистон

Маслаҳат-ташхис поликлиникаси, Ультратовуш ташхисоти хонаси шифокори

Илмий раҳбарлар: т.ф.д., доцент Розиходжаева Г.А., т.ф.д., профессор Юсупалиева Г.А.

Долзарблик

Ҳозирги кунда доплерография эхокардиографиянинг ажралмас қисмига айланди. Допплер усуллари орқали В-режимда аниқланмайдиган юракдаги кўплаб патологияларни аниқлаш мумкин. Ўпка артерияси стенози ва умуман бошқа клапанлардаги стеноз ва регургитациялар, қоринчалараро тўсиқ ва бўлмачалараро тўсиқ нуқсонлари, Фалло тетрадаси шулар жумласидандир. Трансклапан оқимлар тезлигини баҳолаш норма ва патологияни бир-биридан ажратиш имконини беради.

Мақсад

Ўзбек популяциясидаги турли ёшдаги соғлом болаларда трансклапан тезликларни баҳолаш ва ёшга ҳамда антропометрик параметрларга боғлиқлигини аниқлаш.

Материал ва усуллар

96 нафар 0-14 ёшдаги соғлом болалар. Текширувлар эксперт классдаги Toshiba Xario 200 ультратовуш қурилмасида олиб борилди. Кулранг шкалали режим, рангли, импульс(PW) ва узлуксиз тўлқинли(CW) доплер усулларида фойдаланилди. Апикал тўрт камерали кесимда трансмитрал ва транстрикуспидал оқим тезлиги, беш камерали кесимда трансаортал оқим тезлиги, парастернал кўндаланг кесимда эса транспульмонал оқим тезлиги баҳоланди.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси

Митрал клапан оқими тезлиги (VE) 78-145 см/сек (ўртача 109 см/сек), трикуспидал клапан оқими тезлиги (VE) 53-103 см/сек (ўртача 76 см/сек), аортал клапан оқими тезлиги (Vmax) 97-179 см/сек (ўртача 137 см/сек), пульмонал оқим тезлиги (Vmax) эса 81-181 см/сек (ўртача 108 см/сек) диапазонида эканлиги маълум бўлди. Олинган натижаларни боланинг ёши, бўйи ва вазнига боғлиқлигини аниқлаш учун Microsoft Excel дастури ёрдамида корреляцион (мутаносиблик) таҳлил ўтказилди. Митрал, трикуспидал ва аортал клапанлар оқимлари тезлиги билан ёш, бўй ва вазн орасидаги корреляция коэффициенти деярли “0”-га тенглиги маълум бўлди. Демак боғланиш минимал даражада. Транспульмонал оқим тезлиги ва ёш, бўй ҳамда вазн орасидаги корреляция коэффициенти эса мос равишда “-0,52”; “-0,43” ва “-0,58”-га тенглиги маълум бўлди. Демак, ўпка артерияси клапани оқими билан боланинг ёши ва антропометрик параметрлари орасида тескари пропорционаллик мавжуд.

Хулосалар

Болаларда трансклапан тезликларни юқори чегараси катталарга нисбатан юқорироқ. Митрал, трикуспидал ва аортал клапан оқими тезликлари боланинг ёши ва антропометрик параметрларига минимал даражада боғлиқ. Ўпка артерияси клапани оқими тезлиги билан ёш, бўй ва тана вазни орасида сезиларли боғланиш мавжуд; боланинг ёши ва тана ўлчамлари ошган сари транспульмонал тезлик пасайиб боради.

ЎЗБЕК ПОПУЛЯЦИЯСИДА ТУРЛИ ЁШДАГИ СОҒЛОМ БОЛАЛАРДА ЧАП ҚОРИНЧА ВА ЎНГ ҚОРИНЧА ЎЛЧАМЛАРИ НИСБАТИ

Назирхужаев Н.Ш.

Тошкент вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази,

Ўзбекистон Республикаси, Тошкент вилояти

Маслаҳат-ташхис поликлиникаси, Ультратовуш ташхисоти хонаси шифокори

Илмий раҳбарлар: т.ф.д., доцент Розиходжаева Г.А., т.ф.д., профессор Юсупалиева Г.А.

Долзарблик

Эхокардиография юрак тузилиши, функцияси ва юракдаги гемодинамик ўзгаришларни аниқлашда ҳал қилувчи рол ўйнайди. Юракдаги турли патологияларда камералар ўлчами ўзгаради. Масалан, чап қоринча ўлчами ўзгаришига аорта коарктацияси, очиқ Боталлов йўли, қоринчалараро тўсиқ нуқсони, аортал стеноз ва етишмовчилик, дилатацион кардиомиопатия каби ҳолатлар, ўнг қоринча кенгайшига эса бўлмачалараро тўсиқ нуқсони, ўпка веналари аномал дренажи, ўпка гипертензияси каби патологиялар сабаб бўлади.

Мақсад

Ўзбек популяциясидаги турли ёшдаги соғлом болаларда чап ва ўнг қоринча диастолик (максимал) узунлиги ва диаметри нисбатини баҳолаш.

Материал ва усуллар

92 нафар 0-14 ёшдаги соғлом болалар. Текширилувчилар 3 та гуруҳга бўлинди: 0-5 ёш 34 нафар, 5-8 ёш 32 нафар, 8-14 ёш 22 нафар. Текширувлар эксперт классдаги Toshiba Xario 200 ультратовуш қурилмасида 1-5 МГц-ли секторал датчик билан олиб борилди. Кулранг шкалали режимдан фойдаланилди. Апикал тўрт камерали кесимда қуйидаги ўлчамлар олинди: 1) чап қоринча диастолик узунлиги - $L_{чқ}$; 2) чап қоринча диастолик диаметри - $D_{чқ}$; 3) ўнг қоринча диастолик узунлиги - $L_{ўқ}$; 4) ўнг қоринча диастолик базал диаметри - $D_{ўқ}$. Кейин олинган ўлчамлардан фойдаланиб 2 хил нисбат аниқланди: 1) $L_{чқ} / L_{ўқ}$; 2) $D_{чқ} / D_{ўқ}$. Масалан, 4 ойлик болада қуйидаги ўлчамлар олинган: $L_{чқ} = 42$ мм; $L_{ўқ} = 27$ мм; $D_{чқ} = 34$ мм; $D_{ўқ} = 18$ мм. Ушбу ўлчамлардан фойдаланиб, нисбатлар аниқланди: 1) $L_{чқ} / L_{ўқ} = 42/34 = 1,2$; 2) $D_{чқ} / D_{ўқ} = 27/18 = 1,5$.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси

Барча гуруҳларда чап қоринча ва ўнг қоринчанинг диастолик узунлиги нисбати ($L_{чқ} / L_{ўқ}$) 98% ҳолатда 1,0-1,3 диапазонида бўлиши маълум бўлди, 2 нафар текширилувчида 1,4 га тенг; чап қоринча ва ўнг қоринча диастолик диаметри нисбати ($D_{чқ} / D_{ўқ}$) эса 96% ҳолатда ўртача 1,5 га тенглиги аниқланди (1,2-1,8 диапазонида), 4 нафар текширилувчида 1,9. Ушбу кўрсаткичларни шкалада ўннга силжиши чап қоринча кенгайишини, чапга силжиши эса ўнг қоринча кенгайишини билдиради.

Хулосалар

Оддий ҳисоб-китоб орқали чап ва ўнг қоринча ўлчамлари нисбатини аниқлаш мазкур камераларда кенгайиш бор-йўқлиги ҳақида дастлабки тасаввур пайдо бўлишига ва чуқурроқ текширув олиб боришга туртки бўлади.

АМБУЛАТОР-ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРНИ ОЛИБ БОРИШДА ОИЛАВИЙ ХАМШИРАЛАР ФАОЛИЯТИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Тохтаева Д.М.

**Ўзбекистон Республикаси, Тошкент шаҳри, Тошкент педиатрия тиббиёт институти
Оилавий шифокорлик №1, жисмоний тарбия, фуқаролар муҳофазаси кафедраси
Илмий раҳбар: т.ф.д., доцент Убайдуллаева С.А**

Долзарблиги

Болалик давридаги қандли диабет касаллиги замонавий тиббиётнинг энг муҳим муаммоларидан бири бўлиб, болалар ўртасида касалланиш тобора ўсиб бормоқда. ЖССТ ҳисоб-китобларига кўра дунёда қандли диабет билан касалланганлар сони 177 миллион кишини ташкил этади ва 2025 йилга бориб беморлар сони 300 миллион кишига етади. 2007 йилда дунё болаларининг умумий сони (0-14 ёш) 1,8 миллиардни ташкил этган бўлиб, уларни 0,02 фоизи қандли диабет билан касалланганларни ташкил этади. Бу эса шуни англатадики, дунё бўйлаб тахминан 440 000 бола қандли диабет билан касалланади.

Тадқиқотнинг мақсади

Амбулатор-поликлиник шароитида болалардаги қандли диабет касаллигини асоратланишини олдини олишда оилавий ҳамшираларнинг ўрнини аниқлаш ва бу борада олиб борилаётган ишларни ўрганиш.

Тадқиқот усул ва услублари

Тадқиқот Тошкент шаҳар қандли диабет касаллиги билан касалланган болалар ва соғлом деб ҳисобланган болалар орасида ўтказилади. Тўпланган анкета суровномалари асосида материаллар статистик усулларни асосий параметрлари бўйича таҳлил қилинади.

Натижаларни муҳокама қилиш

ЖССТ маълумотларига кўра ҳозирги вақтда дунёда қандли диабет билан касалланган 175 миллиондан ортиқ бемор мавжуд бўлиб, уларни сони барқарор ўсиб бормоқда ва 2025 йилга келиб 300 миллионга етиши тахмин қилинмоқда. Ўрганилган 27 давлатда ўтказилган 37 та халқаро тадқиқот натижаларининг таҳлиliga кўра бутун дунёда қандли диабет билан касалланиш ва тарқалишининг барқарор ўсиши тенденцияси кўрсатилди. Унга кўра илгари қайд этилган касалланган популяцияларида 1-тур диабет билан касалланган болалар сони ҳар йили ўртача 3 % га ўсиб бормоқда. айниқса касалликни юқори ўсиши 5 ёшгача бўлган болаларда кузатилиб, улар 5 ёшдан 15 ёшгача бўлган беморларга нисбатан қайд этилган. 2-тур диабет ҳам барча миллат ва этник гуруҳларнинг болалари ва ўсмирлари орасида учрайди, лекин кўпинча афро-америкаликлар, испанлар, жанубий асиёликлар ва океан ороллари аҳолиси орасида бошқаларга нисбатан кўпроқ учрайди. Кўпгина муаллифларни фикрига кўра, диабет билан оғриган болаларни 70%дан ортиғида касаллик компенсациясининг ноадекват кўрсаткичлари мавжудлигини асосий сабабларидан бири, кеч асоратларни юқори тарқалиши беморлар ва уларни оилаларида тиббий таълимни етишмаслиги туфайли касалликни бошқаришга қодир эмаслигидандир.

Хулоса

Қандли диабетни эрта ташхислаш соғлиқни сақлаш тизимида катта аҳамиятга эга бўлиб, касалликни олдини олиш, бемор ва уларни оила аъзоларини тиббий билимларини ошириш, беморларни ўз ўзини назорат қилишга ўргатиш касаллик асоратларини олдини олади. Айнан амбулатория-поликлиникаларида оилавий ва патронаж ҳамширалари диабет олди ҳолати ва қандли диабетни дастлабки босқичларида беморларни динамикада кузатиб боришлари, асоратларни биринчи аломатларини аниқлашлари ва беморни ўз вақтида тор мутахассисларга юборишлари керак, бу эса ҳамширалар ишида жуда муҳим ҳисобланади.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

Шарипов М.М., Ахрарова Ф.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Кафедра пропедевтики детских болезней, гематология

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н.А. Ахрарова

Актуальность

В последние годы отмечается увеличение числа врожденных пороков развития и наследственных заболеваний, а также распространенность различных вариантов соединительнотканной дисплазии из-за ухудшения экологической обстановки. Под термином «соединительнотканной дисплазии сердца» (СДС) подразумевается аномалия тканевой структуры, в основе которой лежит генетически детерминированный дефект синтеза коллагена. По мнению многих авторов основное клиническое значение СДС в том, что они являются одной из возможных причин развития нарушений сердечного ритма.

Цель исследования

Изучение у детей с нарушениями сердечного ритма и проводимости показателей эхокардиографического исследования соединительнотканной дисплазии сердца.

Материалы и методы

Исследованы 95 детей дошкольного и школьного возраста с дисплазией соединительной ткани (ДСТ) и СДС, получавшие стационарное лечение в отделениях кардиоревматологии ГКБ № 4 г. Ташкента и клиники ТашПМИ. Были изучены характер жалоб и характеристика показателей эхокардиографического исследования.

Результаты и их обсуждение

Клиническая картина у детей с малыми аномалиями развития сердца многообразна, чаще начинаются в подростковом возрасте. Достоверно чаще жалобы предъявляли больные с СДС, отягощенные кардиоваскулярной патологией. Аритмический синдром был ведущей кардиоваскулярной патологией у детей с сочетанием пролапса митрального клапана (ПМК) и аномальной хорды левого желудочка (АХЛЖ): «ноющие» боли в области сердца, чувство сердцебиения, цефалгии и головокружение, особенно при перемене положения тела и при резком повороте головы у 2/3 детей, повышенная утомляемость, ощущение «зябкости» и похолодание кистей при комнатной температуре, чаще предъявляли. У 15,8% больных отмечались диспепсические расстройства в виде болей в животе, изжоги, чувства тяжести в правом подреберье, запоров. Бледность кожных покровов - у 41,0% детей с ПМК, у 32,0% с АХЛЖ и у 47,4% с их сочетанием.

Одним из наиболее информативных методов диагностики заболеваний сердца и сосудов является эхокардиография (Эхо-КГ). С её помощью оценивались: конечно-диастолический (КДД) размер и конечно-систолический диаметр (КСД) левого желудочка, систолическая толщина миокарда межжелудочковой перегородки и задней стенки, размеры правого желудочка, правого и левого предсердий, выявлялась степень регургитации на клапанах. Отмечено достоверное различие в параметрах фракции выброса в I и II-группах – при ПМК $63,5 \pm 2,1\%$ и $62,3 \pm 2,2\%$, при АХЛЖ $62,6 \pm 1,3\%$ и $61,1 \pm 1,2\%$. У детей с СДС отмечалась тенденция к увеличению конечного диастолического объема (КДО) левого желудочка, что свидетельствует о наличии формирующейся гиперфункции миокарда. Морфологическим проявлением его служит тенденция к увеличению толщины межжелудочковой перегородки и размера левого предсердия. У подростков с СДС остаются неизменными показатели ТМЖП; ТЗСЛЖ, размеры КДР, КСР по отношению к группе сравнения. Достоверно верифицированы больший КДО ($p < 0,05$), особенно у пациентов с ПМК. КДО увеличены во всех группах с СДС ($p < 0,05$). При ПМК недостаточность МК составила 6,75%, Митральная регургитация II степени встречалась при ПМК в 24,8% случаев.

Выводы

Проведенный анализ клинико-фенотипических проявлений синдрома дисплазии соединительной ткани у детей с малыми аномалиями развития сердца выявил, что достоверно чаще жалобы предъявляли дети с СДС, отягощенные кардиоваскулярной патологией. Диагностически ценными результатами эхокардиографического исследования у детей с кардиоваскулярной патологией на фоне СДС являются: нарушение ритма сердца и проводимости, увеличение КДО левого желудочка и фракции выброса.

УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

- A. Kempirbay, 44
 A. Saylauov, 44
 A. Tulebaeva, 44
 A.Kempirbay, 47
 A.Zh. Khamraev, 38, 54
 Abdullaeva N. Sh., 72
 Abdurashidov B. B., 121
 Atabekova U.A., 122
 B.B. Abdurashidov, 49
 B.B. Ergashev, 61, 64, 68
 B.B. Mukumov, 25
 B.U. Ismadiyarov, 61
 Boboev K.T., 72
 Bobokulov H.Kh., 28
 D.B. Rakhmonov, 54
 D.B. Rakhmonov,, 38
 D.K. Ganiyeva, 22
 E.A. Shamansurova, 17, 40, 56
 F.B. Nurmuhamedova, 32
 G. Nurzhanova, 44
 G. Satanova, 44
 G. Tashenova, 44
 G.E. Khakberdieva, 52
 G.M. Khasanova, 14
 G.T. Makhkamova, 40
 G.Tashenova, 47
 Ganiyeva D.K., 73
 Ishburiev N.R., 28
 J.U. Muhtarov, 68
 K.Sh. Shaabidova, 59
 Karimov H. Y., 72
 Koshimbetova G.K., 123, 124
 M.B. Alibekova, 20
 M.B. Xadjaeva, 61
 M.I. Shaykhova, 22
 Madiev R.Z., 28
 N.N. Shoazizov, 25
 Rajapov J., 125
 S. Zhumatai, 44
 S.Jumatay, 47
 Sh.A. Agzamova, 14
 Sh.A.Abdurazakova, 56
 Sh.B. Gulyamov, 25
 Sh.B. Kamolov, 64
 Sh.Sh. Kasimova, 52
 Sh.T. Turdieva, 49
 Shayxova M. I., 73
 T.A. Muzaffarov, 25
 U.A. Atabekova, 17
 Z.N. Sherova, 59
 A. Кемпірбай, 44, 47
 A. Сайлауов, 44, 47
 A. Тулебаева, 44, 47
 A.Saylauov, 47
 A.Tulebayeva, 47
 A.Ж. Хамраев, 38, 54
 Абдуганиев А.А., 114, 116
 Абдуразакова Ш.А., 74
 Абдурахманова Д.Ф., 75
 Азимова Н.М., 119
 Акилов Х.А., 76
 Акрамова Х.А., 77
 Алиев М.М., 78
 Аманова Н.А., 79
 Асланова С., 110
 Ахенбекова А.Ж., 101
 Ахмедиев М.М., 80
 Ахмедиев Т.М., 80
 Ахрарова Ф.М., 130
 Б.Б. Абдурашидов, 49
 Б.Б. Эргашев, 61, 64, 68
 Б.У. Исмадияров, 61
 Бобокулов Х.Х., 28
 Бойахмедов Ф.Ф., 102
 Г. М. Хасанова, 14
 Г. Нуржанова, А, 44
 Г. Сатанова, 44
 Г. Ташенова, 44
 Г. Ташенова,, 47
 Г.Т. Махкамова, 40
 Г.Э. Хакбердиева, 52, 88
 Ганиева Д.К., 86
 Гулямова М.А., 81, 82, 110
 Д.Б. Рахмонов, 38, 54
 Д.К. Ганиева, 22
 Давлетярова У.М., 80
 Джаббарова Л.А., 83
 Джураев А.М., 84
 Ешмуратов А.Б., 85
 Ж.У. Мухтаров, 68
 З.Н. Шерова, 59
 Зияходжаева Л.У., 119
 Имамбетова А.С., 101
 Исмадияров Б.У., 113
 Исроилов А.А., 105
 Ишбуриев Н.Р., 28
 К.Ш. Шаабидова, 59
 Камолов Ш.Б., 114
 Каримова Д.И., 86, 87
 Касимова Ш.Ш., 74, 108
 Колганова Н.И., 94
 Курбанова Н.К., 100
 Кучкарова И., 81
 М.Б. Алибекова, 20
 М.Б.Хаджаев, 61
 М.И. Шайхова, 22
 Маджидова Ё.Н., 89
 Мадиев Р.З., 28
 Мамажонов У.Ш., 76
 Маматкулов И.Б., 106, 107, 111
 Маннабов С.А., 126
 Махкамова Г.Т., 90, 91
 Миржалалова Ш.Б., 90
 Мирзакулов А.Г., 85
 Мухтаров Ж. У., 115
 Назирхужаев Н.Ш., 127, 128
 Нурмухамедова М.А., 89
 Нурмухамедова Ф.Б., 92, 93
 Овсянников Д.Ю., 94
 Очилова Ш.М., 109
 Равшанова Д.Т., 97
 Раззоков А. С., 95
 Рахматов А.Б., 97, 98, 99, 100
 Рахматов Т.П., 100
 Рахматуллаев А.А., 117
 Рахмонов Д.Б., 96
 Рузметова Г., 82
 С. Жұматай, 44, 47
 Сарсенбаева Г.И., 101
 Стрельникова В.А., 94
 Султанов Х.Х., 78, 102, 117
 Султонов Э.Б., 93
 Тилавов У.Х., 78, 102
 Тохтаева Д.М., 129
 Тошова К.З., 109
 Турдиева Д.Э., 103
 Турсунбаева Ф. Ф., 104
 Умаров К.М., 105
 Урманов Н.Т., 85
 Ф.Б. Нурмухамедова, 32
 Фролов П.А., 94
 Хакбердиева Г.Э., 74, 108
 Халдарбеков М.К., 98
 Хамраев А.Ж., 96
 Хамроев У.А., 116
 Ходжамова Н.К., 109
 Ходжиметов Х.А., 81, 82
 Ходжиметова Ш.Х., 110
 Холматов Б.У., 84
 Хайдаров М.Б., 106, 107, 111
 Ш. А. Агзамова, 14
 Ш.А.Абдуразакова, 56
 Ш.Б. Камолов, 64
 Ш.Т. Турдиева, 49
 Ш.Ш. Касимова, 52, 88
 Шаабидова К.Ш., 112
 Шайхова М.И., 87
 Шамансурова И.А., 120
 Шарипов М.М., 130
 Шерова З.Н., 112
 Э.А. Шамансурова, 40, 56
 Эгамназаров Н. К., 115
 Эргашев Б.Б., 113, 114, 115, 116
 Эргашев Н.Ш., 117
 Эргашева Н.Н., 89, 118, 119
 Юсупалиева Г.А., 120

