31.614

ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ПЕДИАТРИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ № 2/2019

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ С ДВУСТОРОННИМ НЕФРОЛИТИАЗОМ

СТР.33



ОСНОВАН 1996 ГОДУ

ISSN 2091-5039



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАНА
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Педиатрия

научно-практический журнал

Зарегистрирован Агентством печати и информации Республики Узбекистан 29 декабря 2006 году. Свидетельство № 02-009

Решением Высшей аттестационной коммиссии (ВАК) при Кабинете Министров Республики Узбекистан журнал «Педиатрия» включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, выпускаемых в Республике Узбекистан, в которых рекомендована публикация основных результатов диссертационных исследований на соискание ученой степени доктора медицинских наук (Утверждено Постановлением Президиума ВАК РУз. № 201/3 от 30 декабря 2013 года)

Публикация рекламы на коммерческой основе.
За правильность рекламного текста ответственность несет рекламодатель.
Рекламадатели предупреждены редакцией об ответственности за рекламу незарегистрированных и не разрешенных к применению Министерством здравоохранения РУз лекарственных средств и предметов медицинского назначения.
Рукописи, фотографии и рисунки не рецензируются и не возвращаются авторам. Авторы несут ответ-ственность за достоверность излагаемых фактов, точность цифровых данных, правильность названий препаратов, терминов, литературных источников, имен и и фамилий.

Адрес редакции:
100140, Республика Узбекистан,
г.Ташкент, ул.Богишамол, 223
тел.: +99871-260-28-57;
факс: +99871-262-33-14
сайт: tashpmi.uz/ru/science/journal_pediatry
Индекс для подписчиков: 852
Распространяется только по подписке.

Заведующая редакцией: В.Р. Абдурахманова
Технический редактор: Ф.Н.Исраилова
Редакторы: С.Х.Назаров, К.Х.Назарова, Н.И.Гузачева
Дизайн и верстка: А. Абдусаломов
Формат 60x84 1/8, усл.печ.л. 28
Заказ № 0198 Тираж 180
Подписано в печать 29.05.2019
Отпечатано в ООО "Credo print group", г. Ташкент, ул. Богишамол 160.

Главный редактор: Даминов Б.Т.
Заместитель главного редактора: Гулямов С.С.
Ответственный секретарь: Муратходжаева А.В.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Аитов К.А. (Иркутск, Россия)
Алимов А.В. (Ташкент)
Арипова Т.У (Ташкент)
Атаниязова А.А.(Нукус)
Ахмедова Д.И. (Ташкент)
Баранов А.А. (Москва, Россия)
Боранбаева Р.З.(Астана, Казахстан)
Джумашаева К.А. (Бишкек, Кыргизистан)
Дэвил Д. (Рим, Итальянская Республика)
Захарова И.Н (Москва, Россия)
Зоркин С.Н. (Москва, Россия)
Иванов Д.О. (Санкт-Петербург, Россия)
Иноятов А.Ш.(Бухара)
Малов И.В. (Иркутск, Россия)
Матазимов М.М.(Андижан)
Набиев З.Н. (Душанбе, Таджикистан)
Орел В.И. (Санкт-Петербург, Россия)
Разумовский А.Ю. (Москва, Россия)
Рикардо С. (Вашингтон, США)
Рузибоев Р.У.(Ургенч)
Туйчиев Л.Н. (Ташкент)
Хаитов К.Н. (Ташкент)
Чонг Пёнг Чунг (Сеул, Южная Корея)
Шамсиев А.М.(Самарканд)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Агзамходжаев Т.С. (Ташкент)
Алиев М.М. (Ташкент)
Амонов Ш.Э. (Ташкент)
Арипов А.Н. (Ташкент)
Асадов Д.А. (Ташкент)
Ашурова Д.Т. (Ташкент)
Бахрамов С.С. (Ташкент)
Бузруков Б.Т. (Ташкент)
Даминов Т.О. (Ташкент)
Иноятова Ф.И. (Ташкент)
Искандаров А.И. (Ташкент)
Исмаилов С.И. (Ташкент)
Камилова А.Т. (Ташкент)
Кариев Г.М. (Ташкент)
Каримжанов И.А. (Ташкент)
Маджидова Ё.Н.(Ташкент)
Рахманкулова З.Ж. (Ташкент)
Саатов Т.С. (Ташкент)
Содикова Г.К. (Ташкент)
Таджиев Б.М (Ташкент)
Ташмухамедова Ф.К. (Ташкент)
Хасанов С.А. (Ташкент)
Шарипов А.М. (Ташкент)
Шарипова М.К. (Ташкент)
Шомансурова Э.А. (Ташкент)
Эргашев Н.Ш. (Ташкент)

Гос.научная медицинская библиотека МЗ РУз
Инв.№

Агзамходжаев С.Т., Абдуллаев З.Б.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПЛАСТИКИ УРЕТРЫ ПРИ ДИСТАЛЬНО СТВОЛОВОЙ ФОРМЕ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Улучшение результатов оперативного лечения дистальных форм гипоспадии у детей путем выбора оптимального метода хирургической коррекции данного порока.

Материал и методы. В период с 2016 по 2018 гг. оперированы 117 пациентов с дистальной гипоспадией в возрасте от 8 мес. до 17 лет (средний возраст 28 мес.). Оперированные больные условно разделены на две группы. Первая группа детей были оперированы методом TIP (Tubularizedincisedplate). Вторую группу составили пациенты, которым выполнялись методы уретропластки, такие ка кMathieu, Thiersch-Duplay. Все операции выполнены одним хирургом. Всем пациентам назначена послеоперационная антибактериальная терапия в течение 7 дней. Для снижения спонтанных сокращений гладкой мускулатуры мочевого пузыря назначены М-холинолитки. Уретральный катетер удален на 7~9 сутки.

Результаты. Меатостеноз являлся самым частым видом послеоперационного осложнения метода Thiersch-Duplay (у 6 из 38). Двоим из которых проведена метотомия в связи с отсутствием эффекта бужирования меатуса. Пациенту со стриктурой неоуретры проводится бужирование. Всем пациентам с кожно-уретральными свищами выполнена – ликвидация свища с хорошими клиническими результатами.

Гипоспадия является наиболее распространенной врожденной аномалией гениталий у детей [7]. Встречаемость патологии - 1 случай на 200–300 рожденных мальчиков [5-6]. Лечение гипоспадии остается наиболее сложной и до конца нерешенной проблемой для реконструктивной хирургии [1,3]. При этом, проведенный анализ публикаций отечественных и зарубежных авторов свидетельствует, что частота осложнений в послеоперационном периоде достигает 50% и более [2,4]. После изучения факторов формирования послеоперационных осложнений в 1994 г. W. Snodgrass впервые предложил метод уретропластики путем тубуляризации рассеченной уретральной площадки, которая по мнению автора дает меньшее количество осложнений в послеоперационном периоде [8].

Цель работы - улучшение результатов оперативного лечения дистальных форм гипоспадии у детей путем выбора оптимального метода хирургической коррекции данного порока.

Материал и методы.

В период с 2016 по 2018 гг. оперированы 117 пациентов с дистальной гипоспадией в возрасте от 8 мес. до 17 лет (средний возраст 28 мес.) (табл. 1). Оперированные больные условно разделены на две группы. Первая группа детей были оперированы методом TIP (Tubularizedincisedplate). Вторую группу составили пациенты, которым выполнялись методы уретропластки, такие как Mathieu, Thiersch-Duplay. Все операции выполнены одним хирургом. Всем пациентам назначена послеоперационная антибактериальная терапия в течение 7 дней. Для снижения спонтанных сокращений гладкой мускулатуры мочевого пузыря назначены М-холинолитки. Уретральный катетер удален на 7~9 сутки.

Таблица 1

Распределение больных по возрасту

Группа пациентов	Возраст на момент операции					Всего
	До 8 мес.	9-12 мес.	1-2 года	3-7лет	8 – 17 лет	
1-я	0	11	13	25	14	63
2-я	3	13	18	15	5	54

Результаты и обсуждение

Срок наблюдения в послеоперационном периоде составил от 6 месяцев до 2 лет (табл. 2). В 1-й группе пациентов выявлено 4(6,3%) осложнений: 2 свища и 2меатостеноза, а удовлетворительные и хорошие результаты получены у 59 (93,7%) детей (см. рисунок). У двоих детей с меатостенозом бужирование меатуса дало достаточно хороших результатов, в результате чего оперативное вмешательство не потребовалось. А пациентам с кожно-уретральными свищами проводилась хирургическая коррекция – ликвидация свища. Во 2-й группе детей отмечены послеоперационные осложнения у 12 (22%) пациентов из 54. Если у детей после уретропластики по методу Mathieu в основном встречался некроз кожи (у 2 из 16), то у пациентов после Thiersch-Duplay и TIP ни у одного ребенка некроз кожи не наблюдался. При этом, меатостеноз являлся самым частым видом послеоперационного осложнения метода Thiersch-Duplay (у 6 из 38). Двоим из которых проведена меатотомия в связи с отсутствием эффекта бужирования меатуса. Пациенту со стриктурой неоуретры проводится бужирование. Всем пациентам с кожно-уретральными свищами выполнена ликвидация свища с хорошими клиническими результатами.

Таблица 2

Виды осложнения в зависимости от метода лечения

Группа	Вид операции	Свищ уретры	Меатостеноз	Некроз кожи	Стриктура уретры	Расхождение головки	Итого
Группа № 1	(n 63) TIP	2	2	0	0	0	4 (6%)
	(n 16) Mathieu,	1	0	2	0	0	
Группа №2	(n 38)ThierschDuplay.	2	6	0	1	0	12 (22%)



Рис. Пациент А., 3 года. Вид до и после операции TIP

Частыми осложнениями после пластики уретры являются свищи мочеиспускательного канала, которые образуются по различным причинам. К причинам их формирования можно отнести: локальную ишемию тканей с последующим некрозом и формированием фистулы, дезадаптацию краев артифициальной уретры, использование грубого шовного материала, травматизацию тканей хирургическим инструментарием, инфицирование, неадекватную деривацию в послеоперационном периоде, неверное наложение повязки. Кроме того, широкая вариабельность клинических форм и отсутствие единого подхода при хирургиче-

ском лечении порока, только усложняют решения сложной задачи выбора оптимального метода оперативного вмешательства.

Выводы

1. Данные, которые получены после сравнения результатов различных методов уретропластики при дистальных формах гипоспадии, подтверждают мнение о том, что оптимально выбранный метод и прецизионная хирургическая техника снижают риск формирования послеоперационных осложнений.

2. Таким образом, по-видимому, метод уретропластики TIPможет быть рекомендована как операция выбора при коррекции дистальной формы гипоспадии у детей.

Литература

1. Коган М.И., Митусов В.В., Шангичев В.А., Сизонов В.В. Классификация осложнений уретропластики при гипоспадии. Урология. 2010; 1: 17-21.
2. Каганцов И. М. Хирургическая коррекция тяжелых форм гипоспадии у детей. Казанский медицинский журнал. 2012; 2: 255-260.
3. Продеус П.П., Староверов О.В. Гипоспадия: Монография. М: Федеральное государственное унитарное предприятие «Медсервис» Минздрава России, 2003.
4. Badawy H. FahmyA. Single- vs. multi-stage repair of proximal hypospadias: The dilemma continues. Arab Journal of Urology. 2013; 11:174–181.
5. Djakovic N, Nyarangi-Dix J, Özturk A, et al. Hypospadias. Adv Urol. 2008: 650135.
6. Gollu G., Kucuk G., Karabulut A. A., Yagmurlu A., Cakmak. M. A Complication in Hypospadias Surgery Due to Anchoring Suture. Eurasian J.Med. 2015; 47:155-157.
7. Holland A.J., Abubacker M., Smith G.H., Cass D.T. Management of urethrocutaneous fistula following hypospadias repair. Pediatr. Surg. Int., 2008; 24: 1047–1051.
8. Snodgrass W.T. Tubularized incised plate urethroplasty for distal hypospadias. J. Urol., 1994; 151: 464-465.

Агзамходжаев С.Т. Абдуллаев З.Б.

БОЛАЛАРДА ГИПОСПАДИЯНИНГ ДИСТАЛ ПОЯ ШАКЛИДА УРЕТРОПЛАСТИКАДАН КЕЙИНГИ НАТИЖАЛАРНИНГ РЕТРОСПЕКТИВ ТАҲЛИЛИ

Калит сўзлар: гипоспадия, кесилган уретрал майдон тубуляризацияси, уретра-тери окмаси

2016 йилдан 2018 йилгача бўлган муддат ичида 8 ойдан 17 ёшгача (ўртача ёш 28 ой) бўлган 117та беморда гипоспадия дистал поя шакли бўйича жаррохлик амалиётлари ўтказилди. Жаррохлик амалиётлари ўтказилган беморлар шартли равишда 2 гурухга бўлинди. Биринчи гурухга кирувчи беморларда TIP (Tubularized incised plate), иккинчи гурухга кирувчи беморларда эса Mathieu, Thiersch-Duplay усулида уретропластика бажарилди. Таккослаш натижаларига кўра олинган маълумотлар шуни тасдиклайдики, оптимал танланган жаррохлик амалиёти усули ва нозик жаррохлик техникаси амалиётдан кейинги асоратларнинг кескик камайишига олиб келади. Шундай килиб,TIP (Tubularized incised plate) уретропластика усули гипоспадия дистал поя шакли учун танланган оптимал усул сифатида татбик килиниши мумкин.

Agzamkhodjaev S.T., Abdullaev Z.B.

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF URETHROPLASTY AT DISTAL STEM SHAPE OF HYPOSPADIAS IN CHILDREN

Key words: hypospadias, tubularized incised plate, fistula.

From 2016 to 2018117 patients with distal hypospadias, aged from 8 months to 17 years (mean age 28 months) were undergone to surgery. The operated patients were conditionally divided into two groups. The first group of children were operated by using TIP (Tubularized incised plate) method. The second group consisted of patients who were undergone to urethroplasty methods, such as Mathieu, Thiersch-Duplay. The data obtained after comparing the results of various methods of urethroplasty with distal forms of hypospadias confirmed, that the optimally chosen method and precision surgical technique decreased the risk of postoperative complications. Thus apparently the TIP urethroplasty method can be recommended as the operation of choice at correction the distal form of hypospadias in children.

Агзамходжаев С.Т., Абдуллаев З.Б., Теребаев Б.А., Носиров А.А.

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕНКИ ПИЕЛОУРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ГИДРОНЕФРОЗОМ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Изучение результатов патоморфологогического исследования биоптатов для оценки разнообразия структуры стенозированного пиелоуретерального сегмента у детей разных возрастных групп.

Материал и методы. В настоящее исследование вошли дети с обструкцией пиелоуретерального сегмента, которым проводилось оперативное вмешательство в период с 2015 по 2018 гг. Патоморфологическое исследование биоптатов пиелоуретерального сегмента было проведено у 33 детей в возрасте до 3-х лет. Ультраструктурные элементы биоптатов изучались на аппарате электронного микроскопа ЭМ-125. Морфологическое исследование проведено в два этапа. На первом этапе биоптаты были окрашены гематоксилином и эозином, а на втором этапе окрашивались по способу Ван-Гизон.

Результаты. Гипертофия мышечных волокон с утолщением слизистого слоя обнаружена в 14 случаях и в 11 биоптатах причиной обструкции была гипертрофия уротелия, уменьшающего просвет мочеточника. Диффузное увеличение коллагеновых волокон выявлено в 8 мочеточниках. Общее количество мочеточников с сохраненной структурностью (гипертрофия миоцитов или слизистой – 25 мочеточников) значительно превышало количество мочеточников с глубокими деструктивными изменениями всех слоев – 8 мочеточников. У детей раннего возраста частота обструкции ПУС в результате тканевых изменений, имеющих, вполне возможно, обратимые процессы значимо превышало частоту структурных нарушений, имеющих природу необратимой патологии.

Врожденный гидронефроз (ВГ) является наиболее распространенным пороком развития верхних мочевыводящих путей у детей, с частотой встречаемости у 1 из 1500 новорожденных [1,2]. Обструкция пиелоуретерального сегмента (ПУС) характеризуется наличием анатомического препятствие в зоне ПУС, которое затрудняет отток мочи из почечной лоханки в мочеточник. При этом, результаты ранее проведенных исследований показывают наличие аномалии структуры и ультраструктуры ПУС, такие как гипертрофия или полная атрофия гладкомышечных клеток и тотальное разрастание чрезмерным коллагеном в сочетании с уменьшением нервных окончаний [3,6]. M.Murokuma и соавт. пришли к заключению, что нарушение скоординированного движения гладкомышечных клеток может привести к затрудненному транспорту мочи и блокированию нисходящей передачи перистальтики мочеточника [5]. Также имеются данные о том, что при врожденном гидронефрозе нарушение координации между слоями стенки мочеточника характеризуется уменьшением продольных волокон, образованием циркулярно-доминантного слоя и резким сокращением просвета ПУС [4]. Развитие глубоких ультраструктурных нарушений в области ПУС у детей раннего возраста, могут быть менее выражены и иметь большой потенциал для восстановления перистальтической способности мочеточника, в основном благодаря менее активному синтезу коллагена [2]. В связи с существующим настолько широким диапазоном представлений о структурных изменениях в области ПУС у детей с ВГ, вопрос о вариабельности нарушений в зависимости от возраста и вида обструкции остается дискутабельным.

Цель работы - в настоящем ретроспективном исследовании анализированы результаты патоморфологических исследований биоптатов стенки обструктивного ПУС, для изучения разнообразия структурных нарушений в зави-

симости от возраста пациентов.

Материал и методы

В настоящее исследование вошли дети с обструкцией ПУС тяжелой степени, которым проводилось оперативное вмешательство в период с 2015 по 2018 гг. Патоморфологическое исследование биоптатов стенки лоханки и ПУС было проведено у 33 детей в возрасте до 3-х лет, для изучения структурных изменений пораженных частей верхних мочевых путей. Биоптаты фиксировались в 10% растворе нейтрального формалина от 12 до 24 часов, затем разделялись на 2 отдельных фрагмента: патологически измененный прилоханочный отдел мочеточника и расширенная часть лоханки. Мочеточник с зоной сужения дополнительно рассекался продольно для изучения взаимоотношений тканей и установления степени деформации. Затем материал промывался в проточной воде (24 часа), обезвоживался в спиртах возрастающей концентрации (от 50° до 100°), заливался в парафин. Срезы толщиной 5-6 мкм изготавливали на санном микротоме.

Ультраструктурные элементы мышечной и соединительной ткани биоптатов изучались на аппарате электронного микроскопа ЭМ-125. Анализировались общие диспластические изменения резецированной части лоханки и ПУС с прицельным электронно-микроскопическим исследованием, характер структурных изменений.

Морфологическое исследование проведено в два этапа. На первом этапе на основе обзорных срезов, окрашенных гематоксилином и эозином деформированного участка мочеточника, анализировалась вся толщина биоптата, каждый из составляющих слоев (слизистая с подслизистой, мышечная). На втором этапе на срезах, окрашенных по способу Ван-Гизон, определяли соотношение объема соединительной и мышечной тканей.

Окраска по способу Ван-Гизон имеет широкое применение, ибо он дает неодинаковое окрашивание различных тканей и позволяет отличить гладкомышечную ткань от соединительной ткани в исследуемом ПУС.

Статистический анализ данных производился с использованием пакета SPSS 11.5 (IBM, USA). Критическое значение уровня значимости (p) принималось равным 5 %.

Результаты и обсуждение

Вошедшие в данное исследование дети условно разделены на две группы. Первую группу составили 19 детей в возрасте от 1 месяца до 1 года. Во вторую группу вошли 14 пациентов в возрасте от 1 года до 3 лет.

При морфологическом исследовании в области сужения ПУС структура была полиморфной. Следует отметить, что в процесс вовлекались все слои мочеточника. При этом обнаруживались различной степени нарушения структуры ПУС - от гипертрофии уротелия до тотального разрастания соединительной ткани. Наряду с этим, в отдельных случаях, можно было отметить преобладание прослоек гипертрофированной межмышечной ткани стенки мочеточника.

Морфологические исследования, проведенные у 33 детей со стенозом мочеточника, показали следующий спектр изменений его структуры и представлены в таблице.

Таблица

Гистоморфологические изменения стенки ПУС

Возраст	N	Гипертрофия миоцитов, гипертрофия слизистой	Тотальный фиброз	P
До 1 года	19	16	3	<
До 3 лет	14	9	5	0,05
Всего	33	25	8	

Гипертрофия мышечных волокон с утолщением слизистого слоя обнаружена в 14 случаях (рис.1) и в 11 биоптатах причиной обструкции была гипертрофия уротелия, уменьшающего просвет мочеточника. Диффузное увеличение коллагеновых волокон выявлено в 8 мочеточниках (рис.2). Общее количество мочеточников с сохраненной структурностью (гипертрофия миоцитов или слизистой – 25 мочеточников) значительно превышало количество мочеточников с глубокими деструктивными изменениями всех слоев – 8 мочеточников.

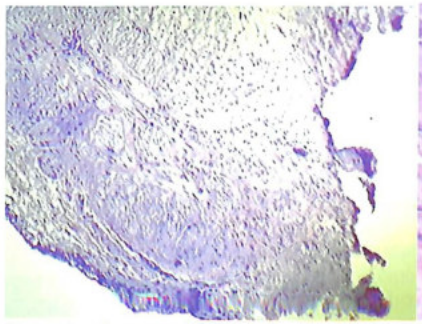


Рис. 1. Гипертрофия миоцитов Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение 100

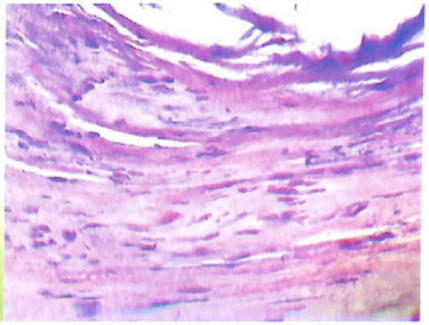


Рис. 2. Тотальный фиброз Окраска по методу Ван-Гизон. Увеличение 200

Характерно, что при отсутствии структурных нарушений в ПУС, пучки гладкомышечных волокон и клетки сопровождаются большим числом нервных волокон, которые образуют многочисленные бляшки на поверхности клеток (рис 3). Однако, в большинстве случаев не только нервные волокна, а даже эпителий с мышечным слоем могли отсутствовать, тогда выявлялся склерозированный участок, состоящий из утолщенной плотной соединительной ткани с грубыми пучками коллагеновых волокон, ориентированных около просвета продольно, глубже – в различных направлениях (рис.4).

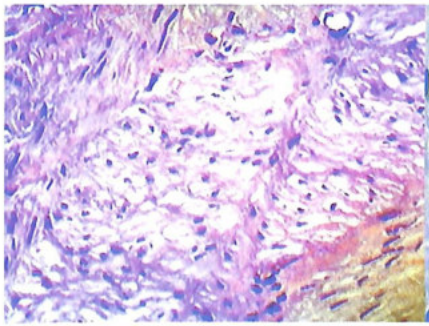


Рис. 3. Окраска гематоксилином. Увеличение 200 Ван-Гизон

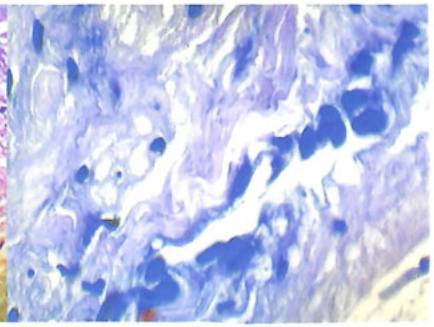


Рис. 4. Окраска по методу и эозином. Увеличение 400

При анализе характеристики структурных изменений мочеточника в возрастных группах установлено, что в группе детей старше 1 года количество обратимых и не обратимых нарушений структуры значимо не различалось. В возрастной группе детей до года различия в частоте обратимых и не обратимых изменений структуры мочеточника были статистически значимыми. Таким образом, у детей раннего возраста частота обструкции ПУС в результате тканевых изменений, имеющих, вполне возможно, обратимые процессы значимо превышало частоту структурных нарушений, имеющих природу необратимой патологии.

По результатам проведенного исследования можно подчеркнуть, что встречаемость глубоких структурных поражений ПУС у детей грудного возраста значительно ниже по сравнению с детьми более старшей группы. Предположительно это обусловлено с низкой активностью синтеза коллагеновых волокон и отсутствием вторичных воспалительных процессов в области ПУС у детей грудного возраста. Однако, необходимы дальнейшие

контролируемые исследования, включающие большее количество биоптатов, которые позволяют понять всех процессов патоморфологических нарушений в области ПУС у детей с ВГ.

Литература

1. Бекназаров Ж.Б., Агзамходжаев С.Т., Абдуллаев З.Б., Сангинов Ш.А. Результаты хирургической коррекции врожденного гидронефроза у детей раннего возраста. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2018; 1:31-35.
2. English PJ, Testa HJ, Gosling JA, et al. Idiopathic hydronephrosis in childhood—a comparison between diuresis renography and upper urinary tract morphology. Br J Urol 1982;54:603-7.
3. Harish J, Joshi K, Rao KLN, et al. Pelviureteric junction obstruction: how much is the extent of the upper ureter with defective innervation needing resection? J PediatrSurg 2003;38:1194-8.
4. Kaneto H, Orikasa S, Chiba T, et al. Three-d muscular arrangement at the ureteropelvic junction and its changes in congenital hydro- nephrosis: a stereo-morphometric study. J Urol 1991;146:909-14.
5. Murakumo M, Nonomura K, Yamashita T, et al. Structural changes of collagen components and diminution of nerves in congenital ureter- opelvic junction obstruction. J Urol 1997;157:1963-8.
6. Notley RG. Electron microscopy of the upper ureter and the pelvi- ureteric junction. Br J Urol 1968;40:37-52.
7. Wang Y, Puri P, Hassan J, et al. Abnormal innervation and altered nerve growth factor messenger ribonucleic acid expression in ureter- opelvic junction obstruction. J Urol 1995;154:679-83.

Агзамходжаев С.Т., Абдуллаев З.Б., Теребаев Б.А., Носиров А.А.

ТУҒМА ГИДРОНЕФРОЗ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДАГИ ПИЕЛОУРЕТЕРАЛ СЕГМЕНТНИНГ СТРУКТУР ЎЗГАРИШЛАРИ

Калит сўзлар: туғма гидронефроз, пиелоуретерал сегмент, обструкция

Ушбу тадқиқот 2015-2018 йилларда жарроҳлик амалиёти ўтказилган эрта ёшдаги 33 беъморнинг обструкцияли пиелоуретерал сегменти биопсияси намуналарининг патоморфологик текшируви натижаларига асосланган. Тадқиқот қамраб олган беъморлар ёши бўйича икки гуруҳга киритилган. Биринчи гуруҳ 1 ойдан 1 ёшгача бўлган болалардан ташкил топган. Иккинчи гуруҳга 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган беъморлар киритилган. Ёш гурухларида сийдик найидаги структуравий ўзгаришларнинг хусусиятларини таҳлил қилиш шуни тасдиқладики, бир ёшдан ошган болалар гурухида тикланадиган ва тикланмайдиган структуравий ўзгаришлар сони сезиларли даражада фарқ қилмайди. Бир ёшгача бўлган болалар гуруҳида эса, тикланиш эхтимоли баланд бўлган жараёнлар сабабли вужудга келган тўқималар ўзгаришининг учраш эхтимоли қайта тикланмайдиган патологик структурали ўзгаришлар частотасидан сезиларли даражада юкори деб топилди.

Agzamkhodjaev S.T., Abdullaev Z.B., Terebaev B.A., Nosirov A.A.

STRUCTURAL CHANGES OF URETEROPELVIC SEGMENT IN CHILDREN WITH CONGENITAL HYDRONEPHROSIS

Key words: Congenital hydronephrosis, ureteropelvic junction, obstruction

This study was based on the results of pathomorphological examination of biopsy samples for obstructed ureteropelvic junctions of 33 children who were undergone to surgical procedures from 2015 to 2018. All patients, who involved in the study, were divided into two groups. The first group consistsed of children at the age from 1 month to 1 year. The second group included patients from 1 to 3 years old. The analysis of the structural changes in ureter in age groups confirmed, the number of reversible and irreversible structural changes in the group of children at the age of more than one year old didn't not differ significantly. In group of infant patients, the possible structural change of ureter due to the high risk of recovery was found to be significantly higher than the frequency of pathologic changes which were irreversible.

ПЕДИАТРИЯ 2/2019

Материалы Первой Центрально-Азиатской студенческой научно-практической конференции «Актуальные проблемы детской хирургии»

Алиев М.М., Дехконбоев А.А., Салихова К.Ш.

ПРЕИМУЩЕСТВО И НЕДОСТАТКИ ЛАПАРОТОМИИ И ЛАПАРОЦЕНТЕЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ НЕКРОТИЗИРУЮЩИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ

Ташкентский педиатрический медицинский институт;
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Самой частой хирургической патологией, требующей экстренного лечения у новорожденных является некротизирующий энтероколит [1,2,4,5]. НЭК считают заболеванием выживших недоношенных детей [1,2,3]. Заболевание не выявляется антенатально, также не является частой патологией доношенного ребенка [1,3,16,17].

Частота НЭК колеблется от 1 до 3 случаев на 1000 живорожденных детей, при этом львиная доля приходится на недоношенных [5,6,27,28]. НЭК может развиваться у детей с различными пороками развития ЖКТ. Тяжесть течения НЭК и его осложнений определяется тем, что энтероколит редко своевременно диагностируется, поздно начинается специфическое лечение, что часто обусловливает летальный исход [6,7,15].

В хирургическом лечении нуждаются от 25% до 50% больных НЭК [8,9]. На начальном этапе изучения и исследования этого заболевания единственным показанием к хирургическому лечению НЭК считали пневмоперитонеум [10,11,12]. В редких случаях детей оперировали при наличии лишь пневматоза кишечника [12,13,14]. Однако, результаты лечения были неутешительными и летальность приближалась к 100%. Накопление опыта позволило расширить показания к хирургическим вмешательствам [1,15]. Появились сообщения об улучшении показателей выживаемости детей, оперированных при отсутствии перфорации,но при наличии картины сепсиса, подозрении на развитие перитонита или при тяжелом общем состоянии [16,17].

Подавляющее число исследователей проблемы НЭК полагает, что показания к оперативному лечению необходимо ставить только при комплексном анализе всех данных обследования, полученных у каждого конкретного больного [5,18,19]. Так, например, образование инфильтрата в брюшной полости и появление клиники частичной кишечной непроходимости чаще всего считается показанием к хирургическому лечению. Однако, если инфильтрат хорошо отграничен, нет признаков его абсцедирования целесообразно и показано консервативное лечение с постоянным наблюдением за состоянием ребенка, УЗИ контролем динамики инфильтрата брюшной полости. В любом случае в настоящее время главной задачей в лечении больного с НЭК является определение показаний к операции до развития внутрибрюшных осложнений, поскольку результаты лечения НЭК значительно лучше, если операция производится до возникновения перфорации [20,23-25].

A. Kosloske с соавторами (1994) тщательно проанализировали показания к операции у детей, страдающих НЭК. Изучались 10 клинических, рентгенологических и лабораторных критериев НЭК. Была проведена корреляция между каждым из них, наличием или отсутствием объективно подтвержденной гангрены кишки. В результате были предложены следующие абсолютные показания к операции:

1) пневмоперитонеум;
2) признаки гангрены кишки, выявленные при абдоминальном парацентезе;
3) фиксированная (статичная) петля кишки, стойко, неизменно и одинаково расширенная и не меняющая свое положение в брюшной полости в течение 24 часов наблюдения;
4) асцит;
5) газ в просвете воротной вены;
6) эритема и отечность передней брюшной стенки и появление в брюшной полости пальпируемого опухолевидного образования.

Изучение каждого из указанных признаков разными авторами показало:

- чувствительность признака пневмоперитонеума в группе когорта оказалась 48%, тогда как специфичность - 100% [27,30];
- получение при аспирации из брюшной

полости более чем 0,5 мл желто-коричневой или зеленой жидкости и наличие грамм положительных бактерий характерно для некроза кишки [3];

- газ в просвете воротной вены абсолютный показатель прогрессирующего течения заболевания с развитием некроза, а в 52% случаев тотального некроза кишечника. С.А.Караваева (2002) считает, что летальность в этой группе больных достигает 55%.По мнению других исследователей, газ в просвете воротной вены не всегда ассоциируется с летальным исходом, но не является ранним признаком НЭК [22,23,28];

- эритема и пастозность передней брюшной стенкис пальпируемым образованием может быть свидетельством формирования внутрибрюшного абсцесса или конгломерата спаянных между собой некротизированных кишечных петель [29,30].

Относительными показаниями к хирургическому лечению признаны: клиническое ухудшение состояния больного, выраженная тромбоцитопения, кровотечение из нижних отделов ЖКТ, стойкое напряжение передней брюшной стенки, резкое снижение на рентгенограммах газонаполнения кишечных петель при наличии признаков асцита [24,25,31].

Общепринятые принципы хирургического лечения НЭК по M.Walsh., and Kliegman, (1986) включают:

1) интенсивная предоперационная подготовка, часто с использованием инотропной поддержки;

2) целесообразный и минимальный оперативный доступ;

3) ревизия всего кишечника с резекций только некротизированной или перфорированной петли;

4) восстановление целостности кишечной трубки или наложение энтеростомы на более жизнеспособный, проксимальный участок;

5) по возможности сохранение илеоцекального угла.

Таким образом, как было отмечено выше, на выбор метода хирургического лечения оказывает влияние множество факторов, включающих гестационный возраст, физиологический статус новорожденного, оснащенность стационара, культура и предпочтение хирурга основанное на его опыте. Наиболее признанным методом является резекция пораженной части кишки с наложением первичного анастомоза или стомирование проксимальной петли. Промежуточное положение занимает лапаротомия с резекций кишки с отсроченным анастомозом через 48-72 часа [7,32,33].

Резекция кишки с наложением энтеростомы. При изолированных формах некроза кишечника (менее 20 см) резекция некротизированного участка и создание энтеростомы является методом выбора. Новорожденным с фокальной перфорацией кишечника может выполняться резекция с энтеростомией или выведение петлевой энтеростомы. Более сложная ситуация возникает у новорожденных с множественными перфорациями и обширными некрозами кишечника, когда важным является максимальное сохранение жизнеспособных участков кишечника. В сомнительных ситуациях, при отсутствии четкой демаркационной линии между жизнеспособной и некротизированной частью кишки, может быть выполнена повторная лапаротомия через 24-48 часов. Выполнение повторных резекций у детей с множественными сегментарными некрозами кишечника осуществляется с наложением одноствольной энтеростомы и множественными анастомозами на отключенной части кишки [1,3,17,34,35].

Закрытие энтеростомы выполняется через 6-8 недель, в период стабилизации состояния новорожденного. Время закрытия энтеростомы до сих пор остается предметом дискуссий, сохраняется тенденция к раннему закрытию стомы. Более раннее закрытие энтеростомы является предпочтительным при проксимальной еюностомии или высокой илеостомии, которые приводят к значительным потерям жидкости и электролитов [18,21,36,37]. Наш опыт также свидетельствует, что лапаротомия с резекцией некротизированной части кишки и наложение энтеростомии являетсяжизнеспасающим методом у новорожденных с НЭК.

Резекция кишки с первичным анастомозом. Выполнение резекции пораженной петли кишки с первичным анастомозом при НЭК предложена многими исследователями [6,14,21,38,39]. Она основана на мнении, что выполнение первичного анастомоза позволяет избежать осложнений, связанных со стомированием и снижает летальность. Основным противопоказанием к резекции и первичному

анастомозу является низкая перфузия кишечника и резедуальное макроскопическое заболевание.

Спорными в выборе хирургической тактики остаются:

- целесообразность выполнения первичного анастомоза всем больным с перфорированной кишкой;

- отличается ли длина резецируемого участка у детей, которым выполнено стомирование или первичный анастомоз. Обзорные исследования позволили сравнить разницу в результатах этих 2 процедур [11,19,26,40,41]. Авторы пришли к заключению, что длительная искусственная вентиляция легких, постоянное сердечно-легочное мониторирование, применение антибиотиков широкого спектра и тотальное парентеральное питание позволяют предположить, что наложение первичного анастомоза является более предпочтительным.

Промежуточное положение при оценке результатов лечения у физиологически нестабильных пациентов с НЭК занимает резекция пораженного участка кишки с отсроченным анастомозом через 24-48 часа. Данная методика может быть использована у новорожденных с перитонитом и обширным некрозом кишечника, особенно проксимальных петель тощей кишки [6,31,42,43]. Суть операции заключается в резекции некротизированного участка кишечника и сохранении жизнеспособной части кишки с использованием хирургических клипс или скоб (клипирования). Восстановление целостности кишечника выполняют на 2-3 сутки после первой операций в период стабильной физиологии. Это позволяет избегать осложнений, связанных со стомированием, таких как стеноз, пролапс, выраженная потеря жидкости и мацерация вокруг стомы. Широкого признания данный метод не получил. Однако, по мнению авторов, она может быть использована в клинических ситуациях, когда необходимо выполнять высокую энтеростомию или множественные энтеростомы.

Первичный перитонеальный дренаж (ППД). У новорожденных с крайней низкой массой тела перфорация кишечника сопровождается самой высокой летальностью. Многими исследователями признано, что у новорожденных с массой тела менее 1000 г, которым выполнена резекция кишечника по поводу перфораций показатель летальности колеблется от 60% до 90% [3,23,41,44-46].

По жизненным показаниям и с целью избежатьосложненийтрадиционной лапаротомии S.H.Ein etal (1997) у 5 новорожденных с экстремально низкой массой тела и перфорированым НЭК выполнен 6 мм разрез в правом нижним квадранте живота с ирригацией брюшной полости и установлен латексный катетер. Трое из новорожденных выжили, у одного из них развился стеноз кишечника, которому в дальнейшим выполнена операция с удовлетворительным исходом. Авторы сделали заключение, что данная методика может быть использована у новорожденных с крайне низкой массой тела в критическом состоянии до достижения стабильной физиологии.

В 1992 г. H.Takamatsu с соавт. опубликовали опыть лечения 15 новорожденных с перфорированным НЭК, которым выполнен ППД. Данная техника была использована у менее чем 10% новорожденных с перфорированным НЭК и общая выживаемость в этой группе составила 46%. Кроме того, 40% новорожденных с перфорированным НЭК, которым выполнена ППД имели настолько хорошие клинические результаты и улучшение состояния, что этим детям не пришлось выполнять традиционную лапаротомию. Авторы высказали мнение, что перфорированное отверстие кишечника заживает за счет непосредственного контактирования брюшины с серозной оболочкой соседней кишки, которое приводит к формированию спаек и эпителизации.

Морган с соавт. (1994) у 29 новорожденных с осложненным НЭК выполнили ППД, из которых 79%(23) выжили. В 6 случаях потребовалась лапаротомия после нескольких попыток ППД. Выполнение только ППД позволило вылечить 17 (74%) новорожденных. Авторы сделали заключение, что ППД являясь нетрадиционным методом позволяет достичь хорошего результата у большинства маловесных новорожденных с перфорированным НЭК. ППД может быть использован и в фазе перфорации НЭК. Экстренное снижение внутрибрюшного давления путем дренирования позволяет уменьшить давление на дыхательную систему, тем самым улучшает оксигенацию у критических больных с НЭК [3,47-49].

Остается необъяснимым, почему и как простое дренирование брюшной полости является эффективным лечением перфорированного

НЭК и перитонита. На наш взгляд,в отличие от более старших детей, новорожденные имеют ограниченные возможности секвестрирования внутрибрюшной инфекции и эффективность дренирования брюшной полости с использованием одной лишь дренажной трубки сомнительна.

При моделировании у плода процесса заживления отмечено недостаточное формирование рубцовых тканей, которое является существенным отличием от общеизвестного воспалительного ответа, необходимого для восстановления тканей [13,28,32,52]. Это отличие частично может объяснить перестройку кишечника и заживление, которые отмечаются в клинических наблюдениях после ППД.

Дальнейшие исследования S.H.Ein, B.Shandling, D.Wesson, R.M.A. Filler (1990), T.Ahmed, S.Ein, A.Moore (1998), касающиеся ППД как единственного метода лечения, перфорированного НЭК у новорожденных с экстремальной низкой массой тела, свидетельствуют о хороших результатах лишь в 17-32% наблюдений.

M.S. Lessin, F.I. Luks, Jr.CW. Wesselhoeft, B.F. Gilchrist. (1998) сообщают о более чем 70% положительных результатах у новорожденных весом менее 750 граммов, которым выполнены ППД по поводу перфорации. Чаще всего ППД было достаточно и других операции не потребовалось.

В противовес этим данным R.A.Dimmitt etal. (2000) отметили, что у большинства новорожденных, которые первично лечились методом ППД продолжался внутрибрюшной сепсис и вынужденным вариантом явилась лапаротомия с резекцией кишечника и неудовлетворительным результатом.

Существуют несколько неконтролируемых исследований касательно использования ППД при перфорированном НЭК в качестве меры реанимации и или в качестве основной хирургической тактики. Можно согласиться, что в качестве реанимационной тактики ППД обеспечивает снижение внутрибрюшного давления, улучшает обмен газов и перфузии. Однако, физиологичность и клинические критерии, согласно которым ППД может быть эффективным методом лечения, недостаточно охарактеризованы.

Несмотря на растущий интерес к выполнению ППД у новорожденных с экстремально низкой массой тела практика ППД в лечении перфорированного НЭК сильно повлияла на тактику многих хирургов и центров, появились много не контролируемых и обсервационных сообщений в литературе. В ретроспективном когортном исследовании P.F.Ehrlich et al. (2001) сообщается о хирургическом лечении 70 новорожденных с перфорированным НЭК весом менее 1000 г. Авторы выявили 63% выживаемость после ППД и 75% выживаемость после лапаротомии.

Многофакторный логистический регрессионный анализ показал, что общее количество сопутствующих заболеваний влияет более значимо нежели выбор лечения. Для определения выбора метода лечения детей с перфорированным НЭК R.L.Moss etal.(2001) выполнили метанализ, где сравнивали ППД с лапаротомией. Выполнен анализ 10 не контролируемых обсервационных исследований с общим количеством 475 новорожденных. По данным исследования статистически значимая разница между ППД и лапаротомией не выявлена. В группах анализа детей разделяли по гестационному возрасту и весу при рождении, средний вес при рождении у новорожденных, которым выполнен ППД был 931 г, в сравнении с группой лапаротомии -1615 г (p=0,0004). Учитывая факт, что у более маловесных новорожденных чаще выполнялась ППД, авторы не смогли сделать заключение о том, какой метод лечения оказался оптимальным. Эти данные легли в основу клинических исследований Национального института здоровье, где сравнивали ППД с лапаротомией и резекцией кишки у новорожденных с перфорированным НЭК. Это единственное рандомизированное клиническое исследование, которое выполнялось в 13 штатах США, где сравнивали два самых распространенных метода хирургического лечения перфорированного НЭК. Данное исследование потребовало от хирургов забыть о своих индивидуальных предпочтениях и выполнять клинические рекомендации чтобы ответить на основной вопрос: какой метод лучше? До получения результатов данного проспективного анализа выбор метода лечения оставался дискутабельным [3,53-56].

Заключение

Таким образом, перфорированный НЭК у недоношенного новорожденного остается сложной неонатальной и хирургической проблемой. Дальнейшее изучение механизмов воспалительного ответа кишечника у недоношенного новорожденного позволит разработать превентивную стратегию в лечении НЭК. Хирургическое лечение перфорированного НЭК остается необходимой манипуляцией в лечении осложнений данного заболевания. Две самые частые хирургические тактики при перфорированном НЭК - лапаротомия с резекцией и наложением энтеростомии, а также ППД. До сих пор нет единого мнения о преимуществе одного метода над другим. Несмотря на то, что существует множество хирургических методов лечения перфорированного НЭК, оптимальный метод хирургического лечения остается не определенным. Новорожденный, которому выполнено ППД, избегает осложнений, связанных с лапаротомией и энтеростомией. Однако, ППД не позволяет определить тяжесть и протяженность поражения кишечника при НЭК и вряд ли позволит вылечить перфорацию, обусловленную некрозом всей окружности кишечника. Более того, после ППД довольно часто развивается кишечный свищ у места дренирования или полная непроходимость кишечника. В отличие от ППД традиционная лапаротомия позволяет оценить протяженность, тяжесть заболевания и контролировать распространение инфекции и кровотечения.

Литература

1. Караваева С.А. Хирургическое лечение некротического энтероколита. Автореф. дисс. … докт. мед. наук. СПб., 2002.
2. Карпова И.Ю., Паршиков В.В. Язвенно-некротический энтероколит у новорожденных. Детская хир. 2011; 6: 47-50.
3. Муратов И.Д. Перитонеальный дренаж при лечении осложненных форм некротического энтероколита у новорожденных. Детская хирургия. 2000; 6: 41-44.
4. Паршиков В.В., Карпова И.Ю., Батанов Г.Б., Николайчук В.А. Язвенно-некротический энтероколит у новорожденных в свете микроэкологических нарушений. Детская хир. 2011; 1: 37-40.
5. Подкаменев А.В. Патогенез и лечение язвенно-некротического энтероколита и перфораций желудочно-кишечного тракта у новорожденых: Дисс. … докт. мед. наук. Иркутск; 2008.
6. Разумовский А.Ю., Полунина Н.В., Саввина В.А., Яковлева А.И., Варфоломеев А.Р., Николаев В.Н. Некротический энтероколит в свете изменения критериев новорожденности. Вопросы практической педиатрии. 2014; 3: 56-9.
7. Ситко. Л.А. Чернышев А.К. Торопченко В. Н. и др. Критерии тяжести и прогноза некротизирующего энтероколита у новорожденных. Детская хирургия 2003; 6: 46-8.
8. Щербинин Р.Л., Вечеркин В.А., Резван С.Г., Крюков Ю.В. Результаты комплексного лечения некротизирующего энтероколита у новорожденных. Детская хир. 2011; 1: 12-4.
9. Щербинин Р.Л., Вечеркин В.А., Резван С.Г. и др. Заболеваемость, исходы и летельность при некротизирующем энтероколите у новорожденных. Вестник новых медицинских технологий. 2012; 2: 103-4.
10. Язвенно-некротический энтероколит у новорожденных. Под ред. В.В. Подкаменева, Е.Г. Григорьева. М. Медицина 2010.
11. Albanese CT, Rowe MI. Necrotizing enterocolitis. SeminPediatrSurg 1995; 4(5): 200 –6.
12. Alfaleh K, Anabrees J, Bassler D, et al. Probiotics for prevention of necrotizing enterocolitis in preterm infants. Cochrane Database Sust Rev 2011: CD005496.
13. Bell M.J., Ternberg J.L., Feigin R.D., Keting J.P., Marshall R. et al. Neonatal necrotizing enterocolitis. Therapeutic dicisions based upon clinical staging. Ann. Surg. 1978; 187:1-7.
14. Costalos C, Skouteri V, Gounaris A, etal. Enteral feeding of premature infants with Saccharomyces boulardii. Early Hum Dev 2003; 74: 89-96.
15. Caplan M.S., Jilling T. The pathophysiology of necrotizing enterocolitis. Semin. Pediatr. Surg. 2005; 14(3): P. 166-171.
16. Epelman M, Daneman A, Navarro OM, Morag I, Moore AM,Kim JH, Faingold R, Taylor G, Gerstle JT Necrotizingenterocolitis: review of state-of-the-art imaging findings withpathologic correlation. Radiographics 2007; 27:285–305.

17. Faingold R, Daneman A, Tomlinson G, Babyn PS, Manson DE,Mohanta A, Moore AM, Hellmann J, Smith C, Gerstle T, Kim JH Necrotizing enterocolitis: assessment of bowel viability with color Doppler US. Radiology 2005; 235:587–594.
18. Fujii AM, Brown E, Mirochnick M, O'Brien S, Kaufman G. Neonatal necrotizing enterocolitis with intestinal perforation in extremely premature infants receiving early indomethacin treatment for patent ductus arteriosus. J Perinatol 2002; 22(7):535– 40.
19. Guthrie S.O., Gordon P.V., Thomas V., Thorp J.A., Peabody J. et al. Necrotizing enterocolitis among neonates in the United States. J. Perinatal/ 2003; 23: 278-85.
20. Hackam D.J., Good M., Sodhi C.P. Mechanisms of gut barrier failure in the pathogenesis of necrotizing enterocolitis: toll-like receptors throw the switch. Semin. Pediatr. Surg. 2013; 22:76-82.
21. Hay Jr WW. Strategies for feeding the preterm infant. Noenayalogy 2008; 94:245-54.
22. Holman R.C., Stehr-Green J.K., Zelasky M.T. Necrotizing enterocolitis mortalityinthe United States, 1979–85. Am J Public Health 1989; 79(8): 987–9.
23. HorwitzJ.R., LallyK.P., CheuH.W., GrosfeldJ.L., et al. Complications after surgical intervention for necrotizing enterocolitis: a multicentric review. J. Pediatr. Surg. 1995; 30: 2994-8.
24. Jesse N, Neu J. Necrotizing enterocolitis: relationship toinnate immunity, clinical features, and strategies for prevention.NeoReviews 2006; 7:e143–e150.
25. Kim WY, Kim WS, Kim IO, Kwon TH, Chang W, Lee EKSonographic evaluation of neonates with early-stagenecrotizing enterocolitis. PediatrRadiol 2005; 35:1056–1061.
26. Karagianni P., Briana D.D., Mitsiakos G. et al. Early versus delayed minimal enteral feeding and risk for necrotizing enterocolitis in preterm growth-restricted infants with abnormal antenatal Doppler results. Am J Perinatol 2010; 27: 367-73.
27. Koloske A.M., Burstein J., Bartow S.A. Intestinal obstruction due to colonic stricture following neonatal necrotizing enterocolitis. Ann. Surg. 1980. 192: 202-7.
28. Kliegman R.M., Walker W.A., Yolken R.H. Necrotizing enterocolitis: research agenda for a disease of unknown etiology and pathogenesis. Pediatr Res 1993; 34(6):701– 8.
29. Kliegman R.M., Walker W.A. Yolken R.H. Necrotizing enterocolitis: research agenda for a disease of unknown etiology and pathogenesis. Pediatr Res 1993; 34: 701-8.
30. Kosloske A.M. Indications for operation in necrotizing enterocolitis revisited. J PedSurg 1994; 29(5):663–6.
31. Krishnamurthy S., Gupta P., Debnaths et al. Slow versus rapid enteral feeding advancement in preterm newborn infants 1000-1499 g: a randomized controlled trial. Acta. Paediatr. 2010; 99:42-6.
32. Lemelle J.L., Schmitt M., de Miscault G., Vert P., Hascoel J.M. Neonatal necrotizing enterocolitis: a retrospective and multicentric review of 331 cases. Acta.Pediatr.Suppl.1994; 396: 70-3.
33. Mcelroy S.J., Underwood M.A., Sherman M.P. Paneth Cells and Necrotizing Enterocolitis: A novel Hypothesis for Disease Pathogenesis. Neonatalogy. 2013;103:10-20.
34. Mitchell K., Lyttle A., Amin H., Shaireen H., Robertson H.L. Arginine supplementation in prevention of necrotizing enterocolitis in the premature infant: an updated systematic review. BMC Pediatr. 2014; 14: 226-228.
35. Muchantef K., Epelman M., Darge K., Kirpalani H., Laje .P, Anupindi SA Sonographic and radiographic imaging features of the neonate with necrotizing enterocolitis: correlatingfindings with outcomes. Pediatr. Radio.l 2013; 43:1444–1452.
36. Moss R.L. et al. A meta-analysis of peritoneal drainage versus laparotomy for perforated necrotizing enterocolitis. J. Pediatr. Surg. 2001.
37. Morgan J., Young L., Mcgiure W. Slow advanscement of enteral feed volumes to prevent necrotizing enterocolitis in very-low-birth-weight infants. Cochrane Database Sust. Rev. 2011: CD001241.
38. Motil K.J. Necrotizing enterocolitis: In: Oski's Pediatrics. 3rd ed. Lippincott Williams & Wilkins: 1999.
39. Mohan R., Koebnick C., Schildt J. et al. Effects of Bifidobacterium lactis Bb12 supplementation on intestinal microbiota of preterm infants: a double-blind, placebo-controlled, randomized study. J. Clin. Microbiol 2006; 44: 4025-31.
40. Najaf T.A., Vachharajani N.A., Warner B.W., Vachharajani A.J. Interval between clinical presentation of necrotizing enterocolitis and bowel perforation in neonates. PediatrSurg Int. 2010 Jun;26(6): 607-9.
41. Normann E., Fahle'n A., Engstrand L., Lilja H.E. Intestinal microbial profiles in extremely preterm infants with and without necrotizingenterocolitis. ActaPediatr. 2013;102(1):129-136.
42. Petty J.K., Ziegler M.M. Operativ strategies for necrotizing enterocolitis: The prevention and treatment of short-bowel syndrome.Semin. Pediatr. Surg. 2015; 14: 191-8.
43. Patole S.K., de Klerk N. Impact of standardized feeding regimens on incidence of neonatal necrotizing enterocolitis: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2005; 90: 147-51.
44. Pumberger W, Mayr M, Kohlhauser C, Weninger M. Spontaneous localized intestinal perforation in very-low-birth-weight infants: a distinct clinical entity different from necrotizing enterocolitis. J Am CollSurg 2002;195(6):796– 803.
45. Rees C.M., Eaton S., Pierro A. Trens in infnt mortality from necrotizing enterocolitis in England and Wales and the USA. Arch.Dis.Child. Fetal Neonatal Ed. 2008; 93: 395-6.
46. Rees C.M., Eaton S., Pierro A. Natonal prospective surveillance study of necrotizing enterocolitis in neonatal intensive care units. J Pediatr Surg. 2010; 45(7): 1391-7.
47. Rao S.C., Basani L., Simmer K., Samnakay N., Deshpande G. Peritoneal drainage versus laparotomy as initial surgical treatment for perforated necrotizing enterocolitis or spontaneous intestinal perforation in preterm low-birth-weight infants. Cochrane Database Sust Rev 2011 Jun 15; (6):CD006182.
48. Rawal M.V., Hall N.J., Pierro A., Moss R.L. Evidence-based prevention and surgical treatment of necrotizing enterocolitis-a review of randomized controlled trials. Semin. Pediatr. Surg. 2013:117-121.
49. Rothenberg S.S. Laparoscopic segmental intestinal recection.Semin. Pediatr. Surg. 2002; 11: 211-6.
50. Rees C.M., Pierro A., Eaton S. Neurodevelopmental outcomes of neonatales with medically and surgically treated necrotizing enterocolitis. Arch. Dis. Child. Fetal. Neonatal Ed. 2007; 92: F193-8.
51. Rouge C. Piloquet H. Butel MJ. et al. Oral supplementation with probiotics in very-low-birth-weight preterm infants: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Am J ClinNutr 2009; 89:1828-35.
52. Rowland K.J., Choi P.M., Warner B.W. The role of growth factors in intestinal regeneration and repair in necrotizing enterocolitis. Semin.Pediatr.Surg. 2013: 101-111.

Алиев М.М., Нарбаев Т.Т.

ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНОРЕКТАЛЬНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

К настоящему времени накоплен достаточно большой опыт в хирургическом лечении детей с пороками развития аноректальной области. Неудовлетворительные результаты лечения аноректальных пороков в виде нарушения функции запирательного аппарата прямой кишки и мочевого пузыря колеблятся от 10 до 60% .

Восстановление топографо-анатомических соотношений при хирургическом вмешательстве в аноректальной зоне не всегда устраняет функциональные нарушения. Предложено множество коррегирующих вмешательств при аноректальной мальформации со свищами в преддверие влагалища. Однако функциональные результаты лечения не всегда утешительные.

H. Stone в 1936 г. предложил промежностный доступ проктопластики, который был рассчитан на сохранение целостности наружного сфинктера. Методика операции состояла в том, что производили подковообразный разрез между преддверием влагалища и предполагаемым местом анального отверстия. После рассечений мягких тканей выделяли прямую кишку в такой степени, чтобы её можно было переместить без натяжения. Затем производили второй разрез соответственно месту расположения предполагаемого заднего прохода и мобилизованную кишку перемещали в коль-

цо наружного сфинктера (Holschneide A.M., 2006).

В модификации Benson (1949) вышеописанный метод дополнялся подшиванием двумя рядами швов к тканям промежности: первый ряд накладывали на уровне наружного сфинктера, второй на край слизистой оболочки и край кожного разреза (Holschneider A.M., 2006).

F.D. Stephens и E. D. Smith (1971) предложили поиск и сохранность пуборектальной мышцы, внутри которой должна быть помещена низведенная кишка. Важнейшим моментом операции считалась идентификация проксимальной порции леватора ануса через заднесагиттальный доступ (сакрально-копчиковое соединение) и проведение кишки кпереди от пуборектальной мышцы. Если слепой мешок лежал на уровне или ниже пубококцигиальной линии, разделяли свищ сакрококцигиальным доступом. В случаях, когда ректальный слепой мешок находился выше этой линии, ректосигмоидный отдел мобилизовали через абдоминальный доступ, свищи разделяли сверху и толстая кишка низводилась через уже подготовленную пуборектальную петлю. Авторы называли это сакробрюшнопромежностной ректопластикой (Holschneider A.M., Jesch N.K., Stragholz E., Pfrommer W., 2002).

В последующем P. Mollard и соавт. (1978) усовершенствовали операцию F.D. Stephens. Они предложили поиск и выделение пуборектальной петли через передний промежностный доступ. При этом, как полагают авторы, пуборектальную петлю можно хорошо увидеть и значительно снизить повреждения нервов. Автор производил разрез на промежности на 1 см спереди и сбоку от предполагаемого ануса. Разъединяя ткани кзади, создавал небольшой туннель кпереди от пуборектальной петли, затем производил лапаратомию. После эндоректальной мобилизации кишку низводил кпереди от леваторов и кнаружи на месте неоануса. Однако, количество послеоперационных осложнений и неудовлетворительных функциональных исходов оставалось выше 25% (Kiely E.M., Pena A. 1998, Wexner S.D., Baig M.K., 2000).

Следующим этапом, поистине важнейшим шагом в развитии проблемы необходимо считать метод заднесагиттальной аноректопластики по A. Pena с соавт. (Pena A., 1998, Prokurat A., Chruper M., Kaminski W. 1998). Он применил способ заднесагитальнойаноректопластики для коррекции практически всех видов аноректальных аномалий (Щитинин В.Е., 2001, Щитинин В.Е., Хромова О.Н., Юсинов Р.В. и др., 1986).

В настоящее время предпринимаются попытки разработки новых способов оперативных вмешательств на основе положительных качеств существующих методик. Особого внимания заслуживает передний сагиттальный доступ, предложенный Diffenbach в 1945 году для лечения аноректальных пороков со свищем в преддверие влагалища, усовершенствованный итальянским хирургом Rizzoli в 1975 году. Как отмечают авторы, передний сагиттальный доступ имеет ряд преимуществ перед задним доступом по A. Pena: 1) не пересекается пуборектальная петля, а только дилатируется; 2) не повреждается иннервация кишки; 3) не повреждаются внутренний сфинктер и все слои стенки терминального отдела прямой кишки; 4) реально использование анодермы для формирования анального канала. После такой операции анальный канал покрыт втянутой проктодермой и сохраняется нормальный вид промежности. Минимальное разделение тканей приводит к сохранению чувствительных волокон (Лёнюшкин А.И., Петровский М.Ф., 2001, Amaral F.D., 1999).

P.Mollard (1986) проанализировав первые результаты передней промежностной проктопластики усложнил полукружной разрез выкраиванием дополнительных кожных лоскутов трапециевидной формы с последующим проведением анопластики в дополнение к интраректальному низведению кишки (Holschneider A.M., 2006).

А.И.Лёнюшкин и соавт. (1996) основываясь на своем опыте усовершенствовали метод Rizzoli и поддерживают переднесагиттальную промежностную проктопластику(ПСПП). Авторы указывают, что доминирующим значением ПСПП являются доступ и сфинктеропластика. Ано-и особенно сфинктеропластика осуществляется не вслепую, а под визуальным контролем (Ленюшкин А.И., 1999).

А.И.Лёнюшкин (1986) выполняя промежностную проктопластику оставлял мобилизованную кишку свободно висящей за пределы кожного разреза на 2,5-3 см., не подшивая край кишки к краю кожного разреза. Подшивал только за наружную оболочку выведенной кишки к мышцам сфинктера или тазового дна отдельными капроновыми швами, а кожные лоскуты фиксировал к культе выведенной кишки, вторым этапом производил иссечение культи через 12-14 дней, что способствовало заживлению кожной раны (Ленюшкин А.И., 1999).

Недостатком операции по H. Stone являлись:

- недостаточный обзор в узкой и глубокой ране половой щели, что затрудняло выделение стенок прямой кишки – часто повреждалась стенка прямой кишки и влагалища при выделении последних;
- невозможность формирования адекватного запирательного аппарата прямой кишки;
- рецидивы свищей в половую систему, вторичные эктопии вновь сформированного анального отверстия кпереди (к преддверию влагалища);
- формирование тоннеля для низведения прямой кишки производилась «вслепую», таким образом, кишка часто низводилась вне сфинктерного аппарата (Сулайманов А.С,. 1983 ; Щитинин В.Е., Поварнин О.Я. и др. 2001; Heinen F.L., 1997; Holschneider A.M., 2006).

Недостатком модификаций Benson (1949), как и при операции H. Stone, являлось нарушение асептичности линий шва кишечным содержимым и ретракция выведенной культи прямой кишки с образованием грубых рубцов на промежности (Holschneider A.M., 2006).

Недостатками способа, предложенного F.D.Stephens и E.D.Smith (1971) были: ограниченный доступ к свищу, надобность брюшного доступа, выделение пуборектальной петли. Формирование канала выполнялось вслепую и с пренебрежением к наружному сфинктеру прямой кишки (Щитинин В.Е., Старыгин О.В., Юсинов Р.В., 1994; Kayaba H, Hebiguchi T, Yoshino H, Mizuno M, Yamada M, Chihara J, etal . 2002; Tsuji H, Okada A, Nakai H, Azuma T, Yagi M, Kubota A., 2002).

В последующем P.Mollard и соавт. (1978) усовершенствовали операцию F.D.Stephens. Однако, количество послеоперационных осложнений и неудовлетворительных функциональных исходов оставалось выше 25% (KielyEM, PenaA. 1998, WexnerS.D., BaigM.K., 2000).

К недостаткам операции Pena относится необходимость рассечения пуборектальной петли по задней полукружности, а также широкая мобилизация всех стенок прямой кишки, что приводит к нарушениям ее иннервации, часто и кровоснабжения (Щитинин В.Е., Поварнин О.Я. и др., 2001).

На большом клиническом материале у 200 оперированных больных J.N. Lin (1998) показал, что задняя сагиттальная анопластика позволяет хирургу восстанавливать мышечные структуры таза под прямым контролем зрения, чем достигается хороший косметический эффект и снижается число ранних послеоперационных осложнений. Однако, несмотря на все усилия, 10-30% детей страдали полным недержанием стула (Holschneider A.M., 2006).

Применение доступа по A.Pena даже в период наибольшей популярности подвергалось существенным критическим замечаниям. По мнению А. И. Ленюшкина (2001) доступ по A. Pena неизбежно грубо нарушает целостность сфинктеров и всего мышечного комплекса промежности, в первую очередь лучше развитые задние порции (заднюю стенку) мышечного футляра со сфинктерами, включая пуборектальную петлю, обеспечивающие функцию держания. После ушивания остаются рубцы, снижающие эластичность замыкательного аппарата. Крайне не эстетичен внешний вид промежности после операции, существует опасность миграции ануса кпереди в отдаленном периоде.

A.Pena (1988) утверждает, что задняя сагиттальная аноректопластика дает лучший результат. Однако, ранний анализ, проведенный среди 73 оперированных больных показал, что 47% детей имели недержание, 38% - запоры (Ленюшкин А.И., Мошеков Е.К., Басилашвили Ю.В., 1990; Лёнюшкин А.И., Чуплак И.И., 2001; Martins, J.L. andJ. Pinus, 1997).

Большее число подобных осложнений отмечают R.Rintala (2001) и A.M. Holschneider (2002). У больных с ректовестибулярными свищами мегаректум развился у 12 из 24, запоры в 32% случаев из 40 лечившихся задней сагиттальной аноректопластикой, в 17% - каломазание и в 19% - недержание 2-3 степени.

Главным недостатком переднесагитальной промежностной проктопластики (ПСПП) по мнению A.Pena (1998) было «слепое» низведение кишки на промежность, как при одноэтап-

ной, так и при двухэтапной операциях.

В.Е.Щитинин, О.Я.Поварнин и др. (2001) присоединяются к этому мнению, после выделения свищевого отверстия предлагают продолжить разрез вниз по средней линии промежности кожи и подкожной клетчатки. Расслаивая мышечные структуры тупым путем разделяют стенки прямой кишки и свищевой ход от задней стенки влагалища, мобилизованную кишку низводят на промежность через центр наружного сфинктера. Заодно производят леваторопластику, формируя мышечный тоннель для низводимой кишки. Края подшивают к коже промежности на четырех полюсах. Идея ПСПП остается вне критики, однако нарушение целостности кожи промежности создает большую вероятность перемещения неоануса кпереди.

Предлагаемый В.Е.Щитининым (2001) вариант анопластики представляют собой попытку создания анального канала, максимально сходного с нормальным, состоящим из нижнего кожного отдела и слизистого верхнего. Прямое прошивание слизистой низведенной кишки к кожной ране ведет в большем количестве случаев (до 70%) к её выстоянию, а также стенозированию анального отверстия, каломазанию, мокнущую промежность в связи с постоянной секрецией слизи.

Таким образом, обобщая литературные данные по методам первичной оперативной коррекции аноректальной мальформации со свищами, можно констатировать следующие установленные факты и недостатки:

- в настоящее время оперативное вмешательство по поводу аноректальной патологии большинство хирургов выполняют тремя доступами: промежностный доступ, предложенный H. Stone (1936) и в последующем модифицированный А.И.Ленюшкиным (1999); заднесаггитальным доступом, описанным и пропагандируемым A.Pena и соавт. (1982) и переднесаггиттальным доступом по Rizzoli (1978), модифицированным несколькими авторами;

- главным недостатком операции Stone-Benson было «слепое» низведение кишки на промежность, в результате которой кишка часто низводится вне сфинктерного аппарата, кроме этого часто повреждаются мышечные и нервные структуры промежности;

- задний сагиттальный доступ позволяет хирургу визуально оценить анатомию промежности, пощадить сосуды, нервы, нежно выделить и ликвидировать свищ, но часто рассекается петля пуборектальной мышцы, происходит инфицирование анального канала и операционных швов;

- передний доступ хорошо использовать для выделения пуборектальной петли и низведения толстой кишки в ее пределах для формирования аноректального угла, который играет существенную роль в удержании. Однако, сохраняется риск передней эктопии неоануса, инфицирование раны.

Литература

1. Алиев М.М., Нарбаев Т.Т., Тураева Н.Н.,Теребаев Б.А. Модифицированная промежностная проктопластика по Стоун-Бенсону при низких формах аноректальной мальформации у детей. Журнал Хирургия Узбекистана, 2016; 2:13-18.
2. Алиев М.М., НарбаевТ.Т.,ТураеваН.Н.,Теребаев Б.А.Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения свищевых форм аноректальной мальформаций у детей. Медицинский журнал Узбекистана, 2016;6:53-55.
3. Алиев М.М., НарбаевТ.Т.,Тураева Н.Н.,Чулиев М.С., Насыров М.М. Выбор метода и уровня колостомы у детей с болезнью Гиршпрунга и аноректальной мальформацией. Журнал Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана, 2016; 2: 95-99.
4. Алиев М.М., Тураева Н.Н., Теребаев Б.А., Нарбаев Т.Т. Сравнительная характеристика отдаленных результатов хирургического лечения свищевых форм низкой аноректальной мальформации у детей. Журнал Педиатрия, 2014; 1-2:64-67.
5. Гумеров А.А., Латыпов Г.Г. и др. Хирургическое лечение атрезии прямой кишки и анального отверстия с ректовестибулярным свищом у девочек. Детская хирургия М.1999; 5: 50.
6. Иванов П. В., Киргизов И. В., Баранов К. Н., Шишкин И. А. Этапное лечение аноректальных пороков у детей. Мед. Вестник 2010; 3: 88-89.
7. Каримов У.Ш., Лёнюшкин А.И. Аноректальные дисфункции у детей после первичной проктопластики и возможности их коррекции. Детская хирургия. 2007; 3:17-20.

8. Лёнюшкин А.И., Мошеков Е.К., Басилашвили Ю.В. Оперативное лечение низких свищевых форм атрезии заднего прохода с применением заднесаггитального доступа у детей. Клиническая хирургия, 1990; 6: 6-8.
9. Лёнюшкин А.И., Петровский М.Ф. Переднесаггитальная промежностная проктоаносфинктеропластика в хирургии аноректальных аномалий у детей. Детская хирургия М. 2001; 3: 4-7.
10. Петровский М. Ф. Новый подход в хирургической коррекции аноректальных аномалий у детей. Российский педиатрический журнал. 2001; 6: 38-39.
11. Смирнов А.Н., Поддубный И.В. Хирургическое лечение аноректальных пороков развития у детей (обзор иностранной литературы). Хирургия, 1990; 8:149-155.
12. Сулайманов А.С., Хамраев А.Ж., Лёнюшкин А.И. Амбулаторная проктология детского возраста, Ташкент.1993.
13. Щитинин В.Е., Поварнин О.Я. и др. Способ хирургического лечения атрезии прямой кишки со свищом в половую систему у девочек. Детская хирургия М. 2001; 4:10-13.
14. Aliev M.M., Narbayev T.T.,Turaeva N.N., Terebaev B.A. Early and complications of proctoplasty in children with low anorectal type of malformation. International congress of Pediatrics 2013 The 27th Congress of the International Pediatrics Association. 24-29 august 2013 Melbourne, Australia: 665-666.
15. Aliev M.M., Narbayev T.T.,Turaeva N.N., Terebaev B.A.Comparion of rectoplasty in girls with lower form of anorectal malformation. WOFAPS 2013 Berlin 12-16 october p-21/8
16. Bischoff A., Levitt M.A., Pena A. Update on the management of anorectal malformations. Pediatr. Surg. Int. 2013; 29(9): 899-904.
17. Harjai M.M., Sethi N., Chandra N. Anterior saggital anorectal plastic: An alternative to posterior approach management of congenital vestibular fistula. Afr. J. Paediatr. Surg. 2013; 10: 78-82
18. Upadhyaya V.D., Gopal S. C., Gupta D.K., Gangopadhyaya A.N., Sharma S.P., Kumar V. Single stage repair of anovestibular fistula in neonate. Pediatr. Surg. Int. 2007; 23(8): 737-740.
19. Chadha R, Choudhury S. R., Pant N. et al. The anomalous clinical anatomy of congenital pouch colon in girls. J.Pediatr.Surg. 2011; 46: 1593-1602.
20. Narbayev T.T., Tilavov U. Kh., Turaeva N.N., Terebaev B.A. Rehabilitation of Children with Anorectal Malformations. J.ProgressingAspects In Pediatrics And Neonatology. 2018; 1(5): 1-5.
21. Narbayev T.T., Tilavov U. Kh., Turaeva N.N., Terebaev B.A. Modified Stone Benson's Perineal Proctoplastics in Low Forms of Anorectal Malformation in Children. J. American Journal of Medicine and Medical Sciences 2018; 8 (4): 1(5). P.66-70.
22. Puri A., Chadha R., Choudhury S.R., Garg A. Congenital pouch colon: follow-up and functional results after definite surgery. J.Pediatr. Surg. 2006: 41.

Алиев М.М., Тилавов У.Х., Арифджанов Н.С., Каримов Б.А.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ БАЛЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ ПРОТЯЖЕННЫХ ПОСТОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА

Ташкентский педиатрический медицинский институт;
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Цель исследования. Показать возможность применения метода баллонной дилатации для лечения больных с ПРСП и особенно его диагностическую значимость для выявления неоднородности рубцовых стриктур и определения дальнейшей тактики лечения больных.

Материал и методы. Нами проведена баллонная дилатация у 15 детей с ПРСП, из них 8 мальчиков и 7 девочек в возрасте от 1года до 8 лет. Для дилатации применялись сосудистые баллонные катетеры фирм "Balton" и "Endo- flex", все процедуры дилатации производились под рентген телевизионным контролем с использование мангиографического аппарата "RadiusR-9DFG" фирмы Intermedical (Италия).

Результаты. Несмотря на приведенные выше рентгенологические длины рубцовых стриктур удалось произвести дилатацию практически всех рубцовых стриктур с применением бал-

лонных сосудистых катетеров фирм “Balton” и “Endo- flex”длиной 4 и 6 см. Уже с первых попыток дилатации у больных с ПРСП мы установили, что рубцовая стриктура - неоднородное образование, состоит из нескольких частей, которые значительно отличаются плотностью и ригидностью. Чаще всего, даже большой длины рентгенологическая стриктура содержит лишь один ригидный участок значительной плотности и значительно меньший по длине, чем вся стриктура в целом. Встречаются также случаи раздельного поражения нескольких участков пищевода на значительном расстоянии друг от друг.

Стриктура пищевода развивается у 50-70% пациентов перенесших химический ожог пищевода, несмотря на обязательное в таких случаях медикаментозное лечение [3]. По данным J.W. Alastair et al [10] протяженные стриктуры пищевода (ПРСП) составляют около 90% всех постожоговых рубцовых стриктур пищевода. Сложность лечения протяженных ПРСП в значительной мере связана с ее длиной и, как правило, поражением нескольких отделов пищевода. Применение основного лечебного метода для ПРСП - бужирования - значительно усложняется при длинном, узком, извитом ходе рубцовых стриктур. Оперативное лечение протяженных ПРСП требует зачастую тотальной пластики пищевода и остается одной из самых сложных областей хирургии, с большим процентом осложнений и летальности [1]. В то же время, интенсивно развивается метод сегментарной пластики пищевода при его коротких (до 3 см) рубцовых стриктурах [11].

Основным методом диагностики ПРСП по-прежнему выступает рентген контрастное исследование пищевода, благодаря которому и выявляются основные клинически-значимые параметры: длина рубцовой стриктуры пищевода, диаметр сужения, наличие престенотического расширения и др. [2].

В последнее время интенсивно развивается метод альтернативного лечения ПРСП - баллонная дилатация [4, 6]. Ранее этот метод применялся исключительно для лечения коротких рубцовых стриктур пищевода [8]. Расширение показаний для применения баллонной дилатации пищевода, в условиях развития новых медицинских технологий, позволит не только улучшить результаты лечения протяженных ПРСП, но и предоставит дополнительную диагностическую информацию о состоянии рубцовой стриктуры пищевода [5].Возможности использования метода баллонной дилатации в хирургическом лечении ПРСП ранее мало изучены.

Цель работы - показать возможность применения метода баллонной дилатации для лечения больных с ПРСП и особенно его диагностическую значимость для выявления неоднородности рубцовых стриктур и определения дальнейшей тактики лечения больных.

Материал и методы

Нами проведена баллонная дилатация у 15 детей с ПРСП, из них 8 мальчиков и 7 девочек в возрасте от 1года до 8 лет.

Для дилатации применялись сосудистые баллонные катетеры фирм “Balton” и “Endo-flex”, все процедуры дилатации производились под рентген телевизионным контролем с использование мангиографического аппарата “RadiusR-9DFG” фирмы Intermedical(Италия).

Рентгенологическая длина рубцовой стриктуры практически у всех пациентов была значительной и часто захватывала два и более отделов пищевода (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных по длине стриктур

Рентгенологи-ческая длина стриктуры	Количество больных, %
<5 см	4 (27±12)
5-8 см	8 (53±13)
>8 см	3 (20±11)

У четырех из пятнадцати пациентов при обращении была полная дисфагия, у пяти проходила только жидкость, только шесть из пятнадцати пациентов могли принимать жидкую пищу (табл. 2). Все пациенты были со сниженной массой тела.

Результаты и обсуждение

Несмотря на приведенные выше рентгенологические длины рубцовых стриктур удалось произвести дилатацию практически всех рубцовых стриктур с применением баллонных сосудистых катетеров фирм “Balton” и “Endo-flex”длиной 4 и 6 см.

Таблица 2

Диаметр самой узкой части стриктуры и степень дисфагии у больного до операции

Диаметр стриктуры до дилатации	Степень дисфагии	Количество пациентов
<0,3	IV	4
	III	3
0,3-0,5	III	2
	II	4
>0,5	I	2

Уже с первых попыток дилатации у больных с ПРСП мы установили, что рубцовая стриктура - неоднородное образование, состоит из нескольких частей, которые значительно отличаются плотностью и ригидностью. Чаще всего, даже большой длины рентгенологическая стриктура содержит лишь один ригидный участок значительной плотности и значительно меньший по длине, чем вся стриктура в целом. Встречаются также случаи раздельного поражения нескольких участков пищевода на значительном расстоянии друг от друга (табл. 3).

Таблица 3

Разбиение больных по длинам ригидных участков

Длина ригидной части стриктуры	Количество пациентов (%)
0,5-1 см	4 (27±12)
1-4 см	8 (53±13)
4-5 см	3 (20±11)

Если сопоставить табл. 1 и 3, то видно, что наибольшая длина ригидной части пищевода не превышает общую длину рубцовой стриктуры и составляет около 28,97%, то есть была меньше трети общей длины стриктуры. Именно на эти плотные, ригидные участки стриктур нами и производилось воздействие во время дилатации, позволившее в итоге добиться расширения стриктуры в целом.

Уже во время первой баллонной дилатации мы стремились, достигнуть максимального расширения пищевода, и нам удалось достигнуть следующих результатов (табл. 4).

Таблица 4

Первичная баллонная дилатация

Диаметр расширения пищевода, достигнутый дилатацией	Степень дисфагии после дилатации	Количество больных
<0,7 см	III	-
	II	2
0,7-1 см	II	2
	I	6
>1 см	I	5
	0	0

После первой попытки дилатации нам удалось достигнуть следующих результатов: IV степень дисфагии - ни у одного больного, III - ни у одного больного, II степень дисфагии - у 4-х больных, I - у 11 больных. У больных появлялась или значительно улучшалась возможность перорального питания, они начинали поправляться и уже при выписке увеличение массы тела больных составило до 1,5 кг. Несмотря на удовлетворительный результат первичной дилятации процедуру повторяем два или более раз, постепенно достигая максимального для данного больного диаметра пищевода.

При выполнении процедуры не было отмечено ни одного случая перфорации пищевода.

Выводы

1. Баллонная дилатация может применятся для лечения протяженных ПРСП, как достаточно безопасный метод с хорошими результатами.

2. Баллонная дилатация дает много дополнительной информации о состоянии ПРСП, о наличии участков различной плотности и об их плотности. Благодаря этому, по результатам баллонной дилатации можно прогнозировать дальнейшее течение заболевания и вырабатывать соответствующую тактику лечения.

3. Протяженная ПРСП является неоднородным образованием, состоит из участков различной плотности, а максимально плотный участок, как правило, не превышает 3 см длиной. Последнее может быть важным для выбора дальнейшего метода лечения рубцовой стриктуры, особенно учитывая развитие методов стентирования пищевода, а также развитие коротких сегментарных пластик пищевода.

4. Расширение показаний к применению баллонной дилатации пищевода при его рубцовой стриктуре даст новые возможности для лечения пациентов с ПРСП и соответственно позволит улучшить качество лечения. Ценность диагностической информации, предоставляемой баллонной дилатацией открывает новые перспективы для изучения и лечения этой патологии. Особенности неоднородности стриктур пищевода требуют более глубокого инструментального и морфологического изучения, что даст новые подходы в лечении ПРСП.

Литература

1. Бакиров А.А. Вестник хирургии. 2011; 160(1): 53-57.
2. Бутвин Г.К., Попко Й.М., Молдован В.И., и др. Клиническая медицина. 1972; 7: 17-20.
3. Ванцян Э.Н., Тощаков Р.А. Лечение ожогов и рубцовых сужений пищевода. М. 1971.
4. Галлингер Ю.И., Годжелло Э.А. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2001; 5: 73-78.
5. Кривченя Д.Ю., Дубровин А.Г., Гуляева М.В. Диагностика и лечение ожогов пищевода у детей.- Практ. Руководство. К.: Книга плюс. 2001.
6. Майстренко Н.А., Андреев А.Л. Эндоскопическая. Terra Medica. 1999; 2: 42-46.
7. Никишаев В.И. В кн. Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии. Харьков. 1994; 1: 31-32.
8. Ратнер Г. Л., Белоконев В.И. Ожоги пищевода и их последствия. М.: Медицина. 1982.
9. Черноусов А.Ф., Чернооков А.И., Ручкин Д.В., и др. Хирургия. 2002; 6: 4-8.
10. Alastair J. W. Millar • Sharon G. Cox. Caustic injury of the oesophagus. Pediatr. Surg. Int. (2015) 31:111–121.
11. Atabek C et al. Increasing tendency in caustic esophageal burns and long-term polytetrafluoroethylene stenting in severe cases: 10 years experience. J. PediatrSurg 2007; 42(4):636–640.
12. Hamza AF et al. Caustic esophageal strictures in children: 30 years' experience. J. Pediatr.Surg. 2003; 38(6):828–833.
13. Millar AJ et al. Detection of caustic oesophageal injury with technetium 99 m-labelled sucralfate. J Pediatr Surg. 2001; 36(2):262–265.
14. Othman N, Kendrick D. Epidemiology of burn injuries in the East Mediterranean region: a systematic review. BMC Public Health. 2010; 10: 83.
15. Pyrtle Jay, Obando Jorge. Endoscopic Management of the Difficult Benign Esophageal Stricture. Tech GastrointestEndosc. 2007;.9: 974-83.
16. Tiryaki T, Livanelioglu Z, Atayurt H. Early bougienage for relief of stricture formation following caustic esophageal burns. Pediatr. Surg. Int. 2005; 21(2):78–80
17. Zhang C et al. The use of a retrievable self-expanding stent in treating childhood benign esophageal strictures. J. Pediatr.Surg. 2005; 40(3):501–504.

Алиев М.М., Тилавов У.Х., Арифджанов Н.С., Каримов Б.А.

ҚИЗИЛЎНГАЧДАГИ КУЙИШДАН КЕЙИНГИ УЗУН ЧАНДИҚЛИ СТРИКТУРАЛАРНИ ДАВОЛАШ-ДИАГНОСТИК БАЛЛОНЛИ ДИЛАТАЦИЯСИ

Калит сўзлар: қизилўнгач, чандикли стриктура, баллон дилятацияси, дисфагия

Қизилўнгачнинг куйишдан кейинги узун чандикли стриктура ташхиси билан 15 та беморга баллон дилятатсияси усули билан даволаш ўтказдик. Рентгенологик текширув натижасида беморларнинг 70% дан ортикрок кисмида стриктураниг узунлиги 5 смдан ошди, шу билан бирга беморларни кўпчилигида 3-4 даражали дисфагия аникланди. Даволаш давомида барча беморларда дисфагия даражасини сезиларли даражада камайтиришга эришилди. Баллон дилятатсиясини олиб бориш давомида шу аникландики, кизилўнгачнинг ўтказувчанлигининг бузилишини асосий сабаби стриктураниг тўлик ўзи эмас, балки стриктурани учдан бир кисмидан ошмайдиган узунликдаги юкори зичликка эга бўлган таранг кисми сифатида аникланди.

Aliev M.M., Tilavov U.H., Arifdjanov N.S., Karimov B.A.

MEDICAL AND DIAGNOSTIC BALLOON DILATATION OF EXTENDED POSTBURN SCAR STRICTURES OF ESOPHAGUS

Key words: esophagus, stricture, dysphagia, balono dilatation

The article deals with treated 15 patients with extensive postburn strictures of the esophagus using balon dilatation method. In more than 70% of patients, the stricture length exceeded 5 cm, which was detected radiologically, while the majority of patients had III-IV degree of dysphagia. During treatment, all patients significantly reduced the degree of dysphagia. In the process of balono dilatations, the main cause of obstruction of esophagus was found not that was entire stricture, but it's main rigid section of highest density, it's length was no more than one third of the length of entire stricture.

Алиев М.М., Юлдашев Р.З., Турсунова Д.Б.

РЕНАЛЬНАЯ ФЛЕБОГИПЕРТЕНЗИЯ У ДЕТЕЙ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт;
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Цель исследования. Изучение и разработка путей профилактики нарушений почечной гемодинамики при внепеченочной портальной гипертензии у детей до и после операций портосистемного шунтирования.

Материал и методы. В исследование включены 206 детей с внепеченочной портальной гипертензией которым выполнены 195 операций портосистемного шунтирования. Проанализированы результаты ультразвуковых допплерографических (УЗДГ) и ангиографических характеристик сосудов гепатолиенальной зоны и ренокавального сегмента в до- и послеоперационном периоде.

Результаты. Согласно анализу данных УЗДГ и ангиограмм в 8,3% случаев выявлены собственно аномалии левой почечной вены, в 8,9% - передний синдром "nutcracker" и в 2,3% - аномалии почек. Кроме того, у детей с ВПГ в 44% случаев обнаружены приобретенные изменения в бассейне ЛПВ, это естественные СРШ, которые почти в четверти наблюдений (8,9%) обу-

славливали развитие почечной флебогипертензии. По результатам анализа послеоперационных результатов, в 36,4% случаев после спленоренальных анастомозов в ближайшем послеоперационном периоде возникала почечная флебогипертензия, которая в большинстве случаев носила транзиторный характер. При этом она чаще возникала у больных после операции наложения дистального спленоренального анастомоза (21,4%) и наличии синдрома "nutcracker", который явился отягчающим фактором

В мировой практике хирургической гепатологии продолжается множество исследований, направленных на поиск наиболее эффективных и долгосрочных мер хирургической профилактики грозных осложнений портальной гипертензии [7]. Известные патофизиологические изменения в аномально развитой системе воротной вены объясняют лишь основные патологические проявления заболевания. Между тем, патологические состояния, сопутствующие ВПГ, заставляют предостерегаться от нежелательных осложнений, развивающихся после сложных шунтирующих операций [2]. Недостаточное осмысление основного заболевания, сопутствующих аномалий и пороков развития сосудов нередко становится причиной ошибок и без того сложного процесса лечения [5].

Операции портосистемного шунтирования (ПСШ) являются наиболее распространенными и эффективными методами хирургического лечения ВПГ у детей [2,3,5,7]. На современном этапе среди множества вариантов ПСШ предпочтение отдают спленоренальным анастомозам (СРА), благодаря которым эффективно снижается портальное давление и риск пищеводно-желудочных кровотечений [8]. Несмотря на высокий процент положительных результатов спленоренального шунтирования, результаты его влияния на ренальную гемодинамику разноречивы. Так, по одним данным, выполнение СРА по типу конец в конец обеспечивает венозный отток из портальной системы в кавальную без нарушения функции почек; по другим - наличие затруднения оттока крови по левой почечной вене (ЛПВ) приводит не только к флебогипертензионной нефропатии, но и является причиной недостаточного функционирования созданного соустья и неудовлетворительных результатов ПСШ [6, 7]. В тяжелых случаях при развитии венозной почечной гипертензии наблюдаютсятакие осложнения, как отек почечной ткани, артериовенозное шунтирование, обуславливающие гипоксию почек. С другой стороны, затрудненный отток по ЛПВ приводит к формированию рефлюкса в гонадную вену и варикозу вен малого таза у девочек и варикоцеле у мальчиков, что в свою очередь является причиной нарушения фертильности в 20-83% наблюдений [8].

Многолетний опыт лечения детей с ВПГ свидетельствует, что при планировании операции СРА требуется тщательная визуализация не только гепатолиенальной зоны, но и ренокавального сегмента, что связано с развивающейся после операции почечной венозной гипертензией. Данное обстоятельство обусловлено частой (до 20%) аномалией строения и положения ЛПВ, а также существованием анатомической предпосылки для нарушения кровотока по левой почечной вене (ЛПВ) [3, 9]. Клиническими проявлениями подобной предрасположенности является "nutcracker" (аортомезентериальный) синдром [9].

Несмотря на значительную освещенность в литературе результатов ПСШ у детей с ВПГ, состояния артериальной и венозной гемодинамики почек при ПГостается недостаточно изученным, также мало изучено влияние портальной декомпрессии на почечный кровоток. В частности, отсутствуют сведения об изменениях артериального кровотока в почке при внепеченочной портальной гипертензии у детей в зависимости от типа ПСШ. В связи с этим сочли целесообразным изучить влияние портосистемного шунтирования на изменения кровообращения в сосудистом бассейне почек у детей с внепеченочной портальной гипертензией.

Цель работы - изучение и разработка путей профилактики нарушений почечной гемодинамики при внепеченочной портальной гипертензии у детей до и после операций портосистемного шунтирования.

Материал и методы

Объектом исследования явились 206 детей с внепеченочной портальной гипертензией в возрасте от 1 года до 18 лет, которым выполнены различные (n=195) варианты операций портосистемного шунтирования (табл.1).

Таблица 1

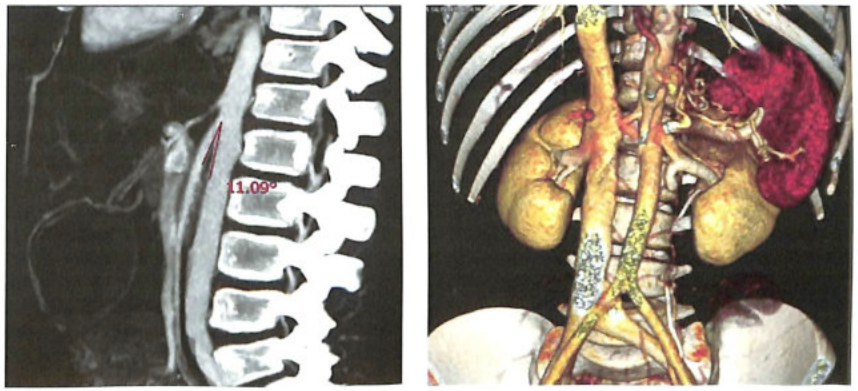
Варианты операций порто-системного шунтирования у детей с ВПГ

Операции	n (%)
Спленэктомия, проксимальный спленоренальный анастомоз	89 (46%)
Дистальный спленоренальный анастомоз	14 (7%)
Спленоренальный анастомоз «Н» - типа и «бок в бок»	12 (6%)
Мезокавальный анастомоз «Н» - типа и «бок в бок»	40 (20,5%)
Илиакомезентериальный анастомоз	35 (18%)
Атипичные шунты: Аркадно- кавальный анастомоз (n=2) Илиако-аркадный анастомоз (n=2) Нижне-мезентерико-ренальный анастомоз (n=1)	5 (2,5%)
Всего	195 (100%)

Для достижения цели и решения поставленных задач использованы следующие методы исследования: общеклинические, эндоскопические, лучевые (ультразвуковая допплерография, МСКТ и МРТ-ангиографические и радиоизотопная ренография), статистические методы исследований.

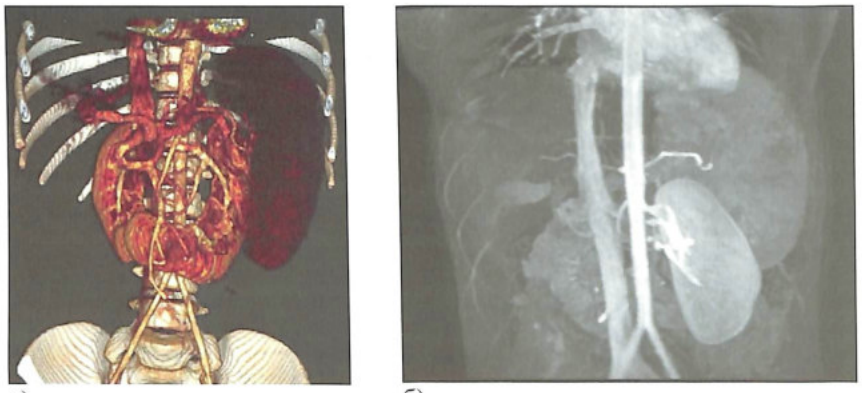
Результаты и обсуждение

Разработан методологический подход к стратегии комплексного обследования и хирургического лечения детей с ВПГ, основанный на изучении ангиографической характеристики сосудов ренокавального сегмента и гепатолиенальной зоны. Предложенный методологический подход позволил выявить в 8,3% наблюдений собственно аномалии левой почечной вены, в 8,9% - передний синдром "nutcracker"(рис. 1а, б) и в 2,3% - аномалии почек (рис. 2 а, б).



а) б)

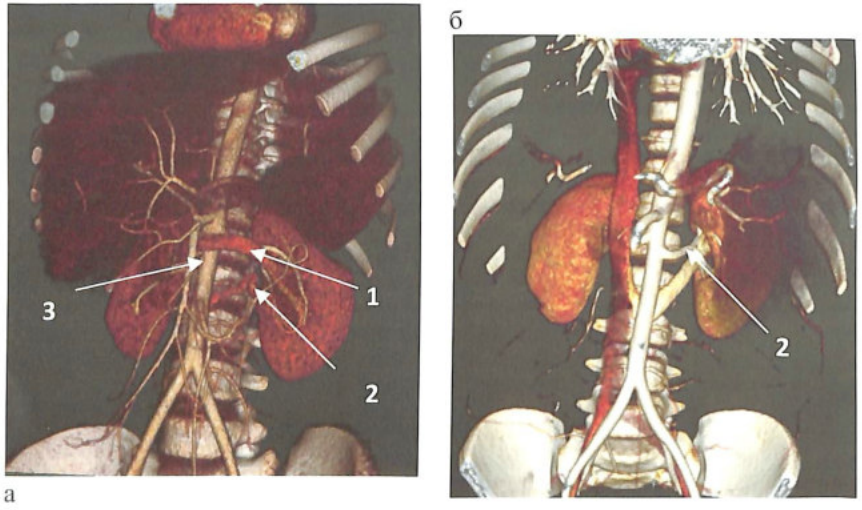
Рис. 1. а) - МСКТ с внутривенным контрастированием, артериальная фаза; MIP реконструкция, аортомезентериальный угол 11,09°. б) - 3D реконструкция артериальной фазы; состояние ЛПВ в аортомезентериальном сегменте: отмечается ее сужение и расширение поясничной вены слева



а) б)

Рис. 2. а - МСКТ с внутривенным контрастированием, портальныя фаза исследования; 3D реконструкция. Подковообразная почка. б - МРТ с внутривенным контрастированием, артериальная фаза. 3D реконструкция. Агенезия правой почки.

Среди аномалий развития левой почечной венывыявлены кольцевидная левая почечная вена (5,9%), ретроаортальная левая почечная вена (1,8%)(рис. 3 а,б).



б

а

Рис. 3. 3D реконструкция 3х фазной МСКТ ангиографии у детей с ВПГ. а- кольцевидная ЛПВ: 1- антеаортальная бранша левой почечной вены, 2- ретроаортальная бранша левой почечной вены, 3 – аорта; б) –ретроаортальная ЛПВ

Крайне редкий вариант аномалии собственно левой почечной вены - экстракавальное впадение левой почечной вены выявлен у одного (0,6%) ребенка с внепеченочной блокадой воротного кровообращения (рис. 4).

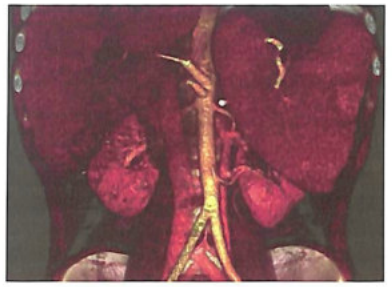


Рис. 4. 3D реконструкция 3х фазной МСКТ ангиографии у ребенка с экстракавальным впадением ЛПВ и ВПГ

У детей с ВПГ в 44% случаев обнаружены естественные СРШ, которые почти в четверти наблюдений (8,9%) обуславливали развитие почечной флебогипертензии(рис.5).

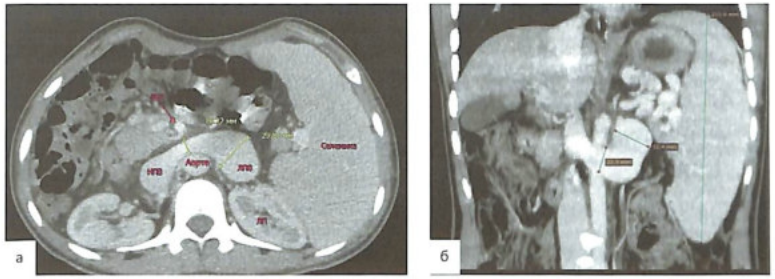


Рис. 5. а - сагиттальный срез портальной-венозной фазы МСКТ ангиографии у ребенка с ВПГ; отмечается выраженное расширение ЛПВ до места ее перехода в аортомезентериальный сегмент. **ВБА** – верхняя брыжеечная артерия, **ЛПВ** – левая почечная вена, **НПВ-** нижняя полая вена, **ЛП-** левая почка; б - фронтальный срез

В 36,4% случаев после спленоренальных анастомозов в ближайшем послеоперационном периоде возникала почечная флебогипертензия, которая в большинстве случаев носила транзиторный характер. При этом она чаще возникала у больных после операции наложения дистального спленоренального анастомоза (21,4%) и наличии синдрома "nutcracker", который явился отягчающим фактором (рис. 6.)



Рис. 6.3х фазная МСКТ ангиография; ***а*** **и*б*** – ангиограммы больных с ВПГ, после операции дистального СРШ. Отмечается расширение почечной вены (желтая стрелка) и ее притока овариальной вены (белая стрелка)

Согласно дисперсионному анализу ангиографических характеристик данных МСКТ/МРТ-ангиографии после шунтирующих операций, отмечено достоверное расширение как ЛПВ, так и ее притоков (гонадных и поясничных вен) особенно после ДСРА и ИМА (табл. 2.).

Таблица 2

Ангиографические характеристики сосудов ренокавального сегмента после операций ПСШ

Левая почечная вена и ее притоки		ПСРА	СРА «бок в бок»	ДСРА	МКА	ИМА	p
ЛПВ (фронт. плоск)	d у ворот ЛП, мм	12,8±0,58	16,24±2,09	18,92±1,79	11,48±0,75	15,78±1,83	0,005
ЛПВ (сагит. плоск)	d в проекции АМС, мм	3,84±0,29	7,94±0,81	6,6±0,97	3,82±0,31	9,04±2,14	0,000
	d у ворот ЛП, мм	8,88±0,41	20,86±2,71	14±0,58	8,58±0,49	14,19±1,71	0,000
d гонадной вены, мм		4,73±1,38	5,1±0,6	5,4±2,4	-	12,18±1,68	0,014

Примечание: d – диаметр; АМС– аортомезентериальный сегмент; ЛП – левая почка; ЛПА –левая почечная артерия; ЛПВ – левая почечная вена

Выводы

1. Результаты наших исследований дают основание полагать, чтоналичие аномалий развития сосудов ренокавального сегмента и почек является прямым противопоказанием к операции спленоренального шунтирования, риск тромбоза которого находится в прямой зависимости от типа аномалии.

2. Аномалии развития сосудов ренокавального сегмента и почек у детей с внепеченочной портальной гипертензией определяют показания к декомпрессии бассейна воротной вены посредством мезокавального и мезопортального шунтирования.

3. Спленоренальные анастомозы с пересечением почечной вены и илеакомезентериальное шунтирование чреваты развитием не только флебогипертензии малого таза и почечной флебогипертензии, но и нарушением репродуктивных функций.

Литература

1. Лесовик В.С. Анатомо-экспериментальное обоснование микрохирургических каркасных конце-концевых спленоренальных анастомозов при портальной гипертензии. Дисс... канд. мед. наук. – М., 2007.
2. Разумовский А.Ю., Рачков В.Е. Хирургическое лечение портальной гипертензии у детей. М:. Мед. информ агентство. 2012.
3. Рачков В.Е. Диагностика и хирургическое лечение портальной гипертензии у детей. Автореф. дис. … докт. мед. наук. М, 2013.
4. Страхов С.Н. Почечная флебогипертензия при варикоцеле у детей и подростков. Урология. 2006; 6: 90-93.
5. Юлдашев Р.З. Почечная флебогипертензия при портосистемном шунтировании у детей с внепеченочной портальной гипертензией. Автореф. дис. … докт. фил. по мед. наук. Т. 2019.
6. Ananthan K., Oniba S., Davies A.H. Nutcracker syndrome: an update on current diagnostic criteria and management guidelines. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2017; 53: 886-894.
7. Lautz T.B., Keys L.A., Melvin J.C., et al. Advantages of the meso-Rex bypass compared with portosystemic shunts in the management of extrahepatic portal vein obstruction in children. J Am Coll Surg 2013; 216:83–9.
8. Shneider B.L., de Ville de Goyet J., Leung D., et al. Primary prophylaxis of variceal bleeding in children and the role of mesorex bypass – summary of the Baveno VI Pediatric Satellite Symposium. Hepatology 2016; 63: 1368–1380.
9. Yih N.D., Chyen L.H., Cunli Y. et al. Renosplenic Shunting in the Nutcracker Phenomenon: A Discussion and Paradigm Shift in Options? A Novel Approach to Treating Nutcracker Syndrome Int J Angiol. 2014 Mar; 23(1): 71–76.

Алиев М.М., Юлдашев Р.З., Турсунова Д.Б.

БОЛАЛАРДА ЖИГАРДАН ТАШҚАРИ ПОРТАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯДА БУЙРАК ВЕНОЗ ГИПЕРТЕНЗИЯСИ

Калит сўзлар: буйрак веноз гипертензия, спленоренал шунтлаш, чап буйрак венасининг аортомезентериал компрессия синдроми

206 та жигардан ташқари портал гипертензияли бемор болаларда дарвоза венаси ҳавзасининг ультратовуш допплерографияси ва ангиографик текширувининг операциядан олдинги ва кейинги натижалари таҳлил қилинди. Таҳлилга кўра жигардан ташқари портал гипертензияли бемор болаларда 19,5% ҳолатларда буйраклар ва ренокавал сегментнинг қон томир аномалиялари учради, булар: ҳалқасимон чап буйрак венаси (5,9%), ретроаортал чап буйрак венаси (1,8%), чап буйрак венасининг экстракавал уланиши (0,6%), "nutcracker" синдроми (8,9%), буйраклар миқдор ва структура аномалиялари (2,3%). Шунингдек 44,6% ҳолатларда табиий спленоренал шунтлар учраб, улар 8,9% ҳолатларда буйрак флебогипертензиясига сабаб бўлди.

Aliev M.M., Yuldashev R.Z., Tursunova D.B.

RENAL PHLEBOHYPERTENSION IN CHILDREN WITH EXTRAHEPATIC AND PORTAL HYPERTENSION

Key words: renal phlebohypertension, spleenorenal shunting, aortomesenterial compression of left renal vein

The article deals with operative analysis results after portosystemic shunting and angiographic studies at 206 patients with extrahepatic portal hypertension. According to the analysis in 19,5% cases the children with extrahepatic blocking of portal blood circulation showed various mal developments of vessels in renocaval segments and kidneys: circular left renal vein (5,9%), retroaortal left renal vein (1,8%), extracaval fossa of left renal vein (0,6%), "nutcracker" syndrome (8,9%), anomalies of kidneys quantity and structure (2,3%). Besides 44% cases revealed gained changes in LRF (left renal fossa), they are natural SRS (spleen renal shunting) those al most in quarter observations (8,9%) caused the development of renal phlebohypertension. By By the results of postoperative analyses 36,4% cases after spleenorenal anastomosis in nearest postoperative period renal phlebohypertension occurred, that in many cases had transient character. But it more often occured in patients after application distal spleenorenal anastomosis (21,4%) and presence of "nutcracker" syndrome, that was burden factor.

Алиев М.М., Юлдашев Р.З., Ахмаджонов А.М.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт;
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Цель исследования. Проанализировать эффективность различных вариантов хирургического лечения кист холедоха у детей.

Материал и методы. В статье представлены результаты диагностики и хирургического лечения кист холедоха у 63 детей. Пациентам при обращении выполнены ультразвуковое исследование печени и желчевыводящих путей, МРТ брюшной полости с бесконтрастной холангиопанкреатогрофией, а также эндоскопические исследования верхних отделов ЖКТ. Проанализированы также результаты операций гепатикоеюноанастомоза на петле Ру и операции холедохоцистодуоденоанастомоза.

Результаты. Результаты оперативного лечения прослежены в сроки до 7 лет. У 85% детей достигнуты хорошие результаты. У 7.9% детей отмечены признаки холангита, развившимися у 3 детей после холедохоцисто-дуоденостомии и у 2 – после гепатико-еюностомии. Холангиты легко купировались приемом антибиотиков, желчегонных и селективных спазмолитиков.

Одной из довольно часто встречающихся аномалий желчевыводящих путей является кистозное расширение общего желчного протока. До настоящего времени не существует единого мнения о причинах развития данной патологии. Ряд авторов связывают ее возникновение с нарушением процесса разрешения солидной стадии развития желчевыводящей системы: образование расширенных и узких участков происходит из-за неравномерной вакуолизации их просвета. Другие полагают, что кистозное расширение холедоха образуется в результате стеноза его дистальной части и аномального строения стенок желчных протоков, приводящих к повышению давления в общем желчном протоке, его расширению и формированию кисты. Не менее распространенным является мнение о слабости стенки холедоха, обусловленная эктопией в нее ткани поджелудочной железы [1,2,4].

Клиническая картина кисты общего желчного протока имеет характерную триаду симптомов: боли в животе (90—92%), перемежающаяся желтуха (43—70%), пальпируемое опухолевидное образование в правом подреберье (25—60%). У 20% больных клиническая картина длительное время может отсутствовать [1,2]. Для диагностики в настоящее время применяют главным образом УЗИ органов брюшной полости, компьютерную томографию и магнитно-резонансную томографию. Их эффективность составляет 89,5—94,2%. Наиболее достоверные данные дает бесконтрастная МРТ-холангиография.

Хирургическое лечение кист общего желчного протока включает в себя несколько методик. Наиболее признанной является полное иссечение кистозно расширенного общего желчного протока с наложением гепатикоеюноанастомоза на отключенной петле по Ру. Выполнение такого вида оперативного вмешательства мотивируется авторами тем, что существует высокий риск малигнизации не иссеченной полностью кисты в более старшем и пожилом возрасте. Ряд авторов предлагают частичное иссечение с моделированием кисты и наложение цистодуоденостомии как операцию выбора [7]. Однако, частота осложнений при цистодуоденостомии, по данным разных авторов, колеблется от 15,1 до 40% [1, 2, 6, 7].Наружное дренирование кисты холедоха, даже при выраженном холангите или его перфорации с развитием желчного перитонита, в настоящее время, признано ошибочным [1,2,4].

Материал и методы

Частота диагностики кисты общего желчного протока обратно пропорциональна возрасту больного. В наших наблюдениях киста холедоха в возрасте до 5 лет диагностирована в 38 случаях, от 6 до 12 — в 22 и от 13 до 16 — в 3. Классическая триада симптомов отмечена только у пяти больных. Болевой синдром наблюдался у 30 (48%) детей, боли носили приступообразный характер, интенсивность их была от незначительной до выраженной. У 25 (36%) детей наблюдалась транзиторная желтуха. Явления холангита с повышением температуры тела до фебрильных значений имел место у 8 (11%) детей. Повышение уровня билирубина в 2 - 3 раза выше нормы отмечено у четырех пациентов. В большинстве случаев киста общего желчного протока была выявлена при проведении УЗИ (78%) органов брюшной полости. Пациенты до установления правильного диагноза неоднократно находились на лечении в стационарах и поликлиниках по месту жительства с диагнозами: кишечная колика, острый аппендицит, холецистит, холангит, вирусный гепатит.

Диагностика кист общего желчного протока в наших наблюдениях основывалась, главным образом, на данных УЗИ органов брюшной полости. Однако, при кистах малого размера не всегда удавалось установить правильный диагноз. При неясных ситуациях, с целью дифференциальной диагностики, выполняли бесконтрастную МРТ-холангиографию, специфичность которой составила 95,8%, подтвержденной интраоперационно. Оральная и внутривенная холангиографии в настоящее время используются крайне редко, а при повышении билирубина применение их считаем противопоказанным.

Результаты и обсуждение

У 2 больных найдено расширение главного панкреатического протока, у 2 — стеноз большого дуоденального сосочка, у 1 — врожденный стеноз средней трети холедоха. У одного больного наряду с кистой общего желчного протока выявлена киста головки поджелудочной железы диаметром 5 см.

При проведении эзофагогастродуоденофиброскопии (ЭГДФС) у 27 детей выявлено обострение гастродуоденита с различной степенью активности воспалительного процесса, которая оценивалась по классификации И.В. Маева (2007). У 10 больных отмечалась активность I, у 10 — II, у 7 — III степени. Состояние печени и поджелудочной железы оценивали с помощью ультразвуковой сонографии брюшной полости (n=30), по результатам которой внутрипеченочный холестаз выявлен у 20 больных, реактивный панкреатит - у 14.

При морфологическом исследовании слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (n=18) выявлены изменения, соответствующие диффузному пангастриту II степени тяжести и II степени активности, диффузному дуодениту II степени тяжести и II степени активности.

При выборе метода хирургического лечения предпочтение отдавалось гепатико-еюностомии на отключенной петле по Ру, в случае малых размеров кисты, обусловленных дистальным стенозом холедоха или стенозом дуоденального сосочка и отсутствия нарушения моторно-эвакуационной функции двенадцатиперстной кишки методом выбора, считаем холедохо цистодуоденостомию. При этом ширина накладываемого анастомоза должна быть не менее 1,5—2,0 см. Во всех случаях выполняли холецистэктомию, показаниями к которой служили хронические воспалительные изменения в желчном пузыре, что было подтверждено гистологическим исследованием у всех больных (рис. 1).

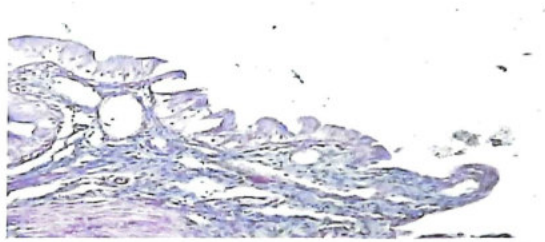


Рис. 1. Атрофия и склероз слизистой оболочки желчного пузыря. Ув. 100. Гематоксилин-эозин

Оперативное лечение проведено 63 больным. У 51 ребенка размеры кисты составили от 2,5 до 12 см в диаметре, в среднем 5,6±0,5 см, (рис. 2).

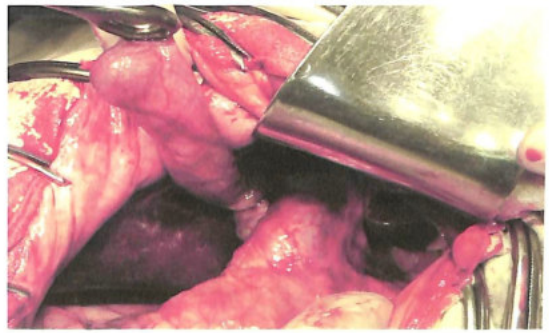


Рис. 2. Киста холедоха, мобилизованный желчный пузырь

9 пациентам в возрасте от 2 до 4 лет с диаметром кисты менее 3 см наложен супрадуоденальный холедохоцистодуоденоанастомоз по Финстереру. 4 больным выполнена холедохоцисто-дуоденостомия с использованием кондуита из петли тощей кишки с антирефлюксным механизмом инвагинационным методом. Одному ребенку с кистой холедоха и

кистой головки поджелудочной железы, наряду с билиодигестивным анастомозом, выполнена цистогастростомия. У одной больной киста общего желчного протока была находкой на операции по поводу хронического калькулезного холецистита.

Результаты оперативного лечения прослежены в сроки от 6 мес. до 7 лет. У 54 детей достигнуты хорошие результаты. У 4 пациентов отмечались периодические боли в животе, связанные с погрешностью в диете, которые купировались самостоятельно или снимались приемом спазмолитиков и антацидных средств. В 5 наблюдениях дети обращались с признаками холангита, развившимся у 3 детей после холедохоцисто-дуоденостомии и у 2 – после гепатико-еюностомии. Холангиты легко купировались приемом антибиотиков, желчегонных и селективных спазмолитиков.

Поверхностный гастрит был выявлен у 30% пациентов. В нисходящем отделе двенадцатиперстной кишки (n=16) активности воспаления не установлено. Данная морфологическая картина свидетельствовала о восстановлении структурно-функциональных свойств слизистой оболочки гастродуоденальной зоны.

Выводы

1. Наиболее информативными методами диагностики кист холедоха следует признать эхосканирование печени и бесконтрастную МРТ-холангиографию.

2. В хирургическом лечении кист общего желчного протока золотым стандартом следует признать полную резекцию кисты с наложением гепатико-еюностомии на отключенной петле по Ру.

3. При отсутствии нарушения проходимости двенадцатиперстной кишки и малых диаметрах кист, обусловленных дистальным стенозом холедоха или стенозом дуоденального сосочка операцией выбора может быть холедохоцистодуоденоанастомоз с частичным иссечением кисты. Холецистэктомию считаем обязательной, так как после наложения билиодигестивного анастомоза нарушение эвакуаторной функции желчного пузыря приводит к застою желчи и прогрессированию хронического воспалительного процесса в стенке пузыря.

Литература

1. Алиев М.М., Юлдашев Р.З. Хирургическая гепатология детского возраста. Т. 2017: 152-198.
2. Введение в гепатологию по Шиффу. Юджин Р. Шифф с соавт. Перевод с англ. М. 2011: 279-297.
3. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей. М: ГЭОТАР-МЕД; 2001.
4. Соколов Ю.Ю. Диагностика и лечение дуоденопанкреатобилиарных аномалий у детей. Автореф. дис. докт. мед. наук. М; 2002.
5. Трощенко Д.Н., Бражникова Н.А. Клиника, диагностика и лечение кист холедоха. В кн.: Материалы Всероссийской 63-й итоговой научной студенческой конференции им. Н.И. Пирогова. Томск; 2004.
6. Хирургическая гастроэнтерология у детей — двадцатилетний опыт. Сборник научных трудов. Под ред. Г.М. Лукяновой. Н. Новгород, 2001: 71—72.
7. Хирургическая тактика при кистозной трансформации желчных протоков. Вестник морской медицины. Ин-т хирургии им. А.В. Вишневского. М; 2001.

Алиев М.М., Юлдашев Р.З., Ахмаджонов А.М.

БОЛАЛАРДА ХОЛЕДОХ КИСТАСИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ УСУЛИНИ ТАНЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Калит сўзлар: болалар, холедох кистаси, ташхислаш, жарроҳлик усули

Тадкикотнинг максади - болалардаги хелодох кистасини жарроҳлик йўли билан даволашнинг турли шаклларини самарадорлигини баҳолаш. Маколада 63 болада холедох кистасининг ташхисини ва жарроҳлик даволаш натижалари келтирилган. Беморларга жигар ва сафро йўлларининг ультратовуш текшируви, контраст бўлмаган холангиопанкреатография билан корин бўшлиғи МРТси ва юкори ошкозон-ичак трактининг эндоскопик текширувлари ўтказилди. Шунингдек, гепатоеюноностомия ва холедохотсистосодуоденостомия операциялари тахлил киланган. Операциядан кейинги кузатув операциясидан 7 йил ўтгач давом этди. 85% ҳолатда яхши натижага эришилди. Беморларнинг 7,9% ида холангитнинг белгилари бор эди, бу ҳолат холедохотсистосодуоденостомия килинганидан кейин учта ҳолатда ва гепатокоэжуностомия кейинги 2 ҳолатда кузатилди.

Aliev M.M., Yuldashev R.Z., Akhmadjonov A.M.

PECULIARITIES OF CHRONIC DIAGNOSIS FOR METHOD SURGICAL TREATMENT OF CHOLEDOCH CYST IN CHILDREN

Key words: children, choledochal cyst, diagnosis, surgical treatment

Objective of this study was to study effectiveness of different surgical procedures in children with choledochal cyst (ChC).We included 63 children with ChC. We analyzed data from upper GI endoscopy, ultrasound of the liver and bile ducts and MRI cholangiopancreatography. We also analyzed effectiveness of different surgical procedures. Postoperative follow up was continued until 7 years after surgery. In 85% cases achieved good results. In 7.9% cases, children had signs of cholangitis, developed in 3 cases after choledochocystoduodenostomy and in 2 other cases after hepaticojejunostomy.

Акбаров Н.А., Юлдашев М.А.,Туракулов З.Ш, Акбарова Р.М.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ С ДВУСТОРОННИМ НЕФРОЛИТИАЗОМ

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследование. Изучение эффективности разработанных в клинике комплексных реабилитационных мер в послеоперационном периоде у детей, больных с ДН в зависимости от объёма произведённых операций, вида и степени выраженности вторичных осложнений (КП, КГ, ХПН, анемия).

Материалы и методы. В настоящей работе проведены наблюдения в послеоперационном периоде в сроки от 3 мес. до 12 лет 110 детей, больных с ДН в возрасте от 8 мес. до 14 лет, которые получили разработанный в клинике комплекс реабилитационного лечения после оперативного удаления конкрементов из обеих почек. Мальчиков было 84 (76,3%), девочек - 26 (23,7%).

Результаты. Все дети, оперированные по поводу ДН, должны находиться под длительным диспансерным наблюдением, подвергаясь периодическому комплексному обследованию для своевременного выявления возникших осложнений и их лечения. Объём и продолжительность послеоперационной диспансеризации и реабилитационного лечения зависят от объема произведённых операций, вида и степени выраженности вторичных осложнений, а также возраста и общего состояния больных. Проведение разработанных в клинике комплекса реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу ДН, способствуют значительному улучшению отдалённых результатов.

Известно, что двусторонний нефролитиаз (ДН) как у взрослых, так и у детей является наиболее тяжёлым проявлением почечно-каменной болезни и часто сопровождается множественными тяжёлыми вторичными осложнениями: калькулёзный гидронефроз (КГ), калькулёзный пиелонефрит (КП), почечная недостаточность, гипохромная анемия. В связи с этим, после оперативного удаления конкремента из почки больной не может считаться окончательно излеченным, пиелонефрит полностью не ликвидируется, он часто протекает бессимптомно, и к сожалению нет гарантии, что в оперированной почке не наступит рецидив пиелонефрита и камнеобразования, хроническая почечная недостаточность (ХПН) продолжается, анемия существует долго, гидронефротическая трансформация медленно регрессируется, нарушенные обменные процессы в организме больного требуют продолжительного и патогенетического лечения. Поэтому больные, оперированные по поводу ДН, после выписки из стационара нуждаются в проведении длительного комплексного реабилитационного лечения.

Цель работы - явилось изучение эффективности разработанных в клинике комплексных реабилитационных мер в послеоперационном

периоде у детей, больных с ДН в зависимости от объёма произведённых операций, вида и степени выраженности вторичных осложнений (КП, КГ, ХПН, анемия).

Материалы и методы

В настоящей работе проведены наблюдения в послеоперационном периоде в сроки от 3 мес. до 12 лет 110 детей, больных с ДН в возрасте от 8 мес. до 14 лет, которые получили разработанный в клинике комплекс реабилитационного лечения после оперативного удаления конкрементов из обеих почек. Мальчиков было 84 (76,3%), девочек - 26 (23,7). У всех больных (100%) до операции был КП, причём у 18 (16,3%) из них острый, у 92 (83,7) хронический в различной фазе; у 75 (68,2%) - КГ различной стадии, причём у 52 (69%) из них с обеих сторон, у 23 (30,7%) - с одной стороны; у 72 (65,4%)- почечная недостаточность, из них у 11 (15,2%)- острая, у 61 (84,8%)- хроническая; у 46 (41,8%) - анемия различной степени выраженности.

С целью оценки эффективности комплексного реабилитационного лечения периодически у наблюдаемых больных проведены следующие обследования: клинические, УЗИ почек и мочевыводящих путей, общий анализ крови и мочи, мочевина, остаточный азот, эндогенный креатинин крови, бактериологическое исследование мочи, проба Зимницкого, обзорная и экскреторная урография, с вычислением ренально-кортикального индекса.

Результаты и обсуждение

Для оценки состояния почек в послеоперационном периоде в динамике и своевременного выявления возникших вторичных осложнений (рецидивов пиелонефрита и камнеобразования), также оценки эффективности проведённого комплексного реабилитационного лечения важное значение имеет периодическое, целенаправленное комплексное обследование, которое проводится согласно схеме, разработанной в клинике и состоит из следующих мероприятий: взятие на диспансерный учёт всех оперированных больных, проведение соответствующего обследования в зависимости от объема и характера произведённых операций, вида и степени выраженности вторичных осложнений, выявленные до операции и возникшие в послеоперационном периоде, глубины исходных анатомо-морфологических и функциональных нарушений в почках, а также эффективности проведённого реабилитационного лечения.

У больных, оперированных по поводу одиночных камней почек (объем операции: пиелолитотомия или частичная радиарная нефролитотомия или каликолитотомия) без КГ, отсутствия ХПН и анемии, ХКП латентной фазы после выписки из стационара через каждые 6 месяцев в течение первых 2 лет помимо обще клинических обследований, проводится исследование крови, мочи, посева мочи. При необходимости проводится УЗИ почек и мочевыводящих путей, обзорная и экскреторная урография. При достижении клинико-лабораторной ремиссии пиелонефрита и отсутствия рецидивного камнеобразования, больные обследуются раз в год в течении 5 лет. При наличии признаков полного выздоровления дети снимались с диспансерного учёта.

Больные, оперированные по поводу солитарных или множественных камней, расположенных в одной чашечке, также коралловидных камней I-II стадии (объем операции: нефропиелолитотомия или множественная частичная нефролитотомия или резекция нижнего полюса почки вместе с камнями с одной стороны), КГ I-II стадии, острого или хронического гнойного КП, ХПН латентной или компенсированной стадии, анемии I-II степени проходили диспансерное обследование ежеквартально в течении первого года после операции, затем 2 раза в год в течении 3 лет. У этих больных кроме выше перечисленных исследований проводили функциональное исследование почек. Дети этой группы снимались с диспансерного учёта по истечении 6-10 лет, при отсутствии рецидива пиелонефрита и камнеобразования, а также улучшении и стабилизации функции почек.

Больные, оперированные с множественными камнями, расположенными во всей чашечно-лоханочной системы или коралловидными камнями III стадии, (объём операций: множественная или секционная нефролитотомия, резекция нижнего полюса почки с одной или с обеих сторон, пластические операции по поводу аномалии верхних мочевых путей, нефрэктомия с одной стороны), КГ III стадии, острым или хроническим гнойным КП, ХПН интерметтирующей или терминальной стадии, анемией III степени, входящие в группу повышенного риска, находились на постоянном

особом диспансерном учёте с регулярным осмотром и проведением необходимых исследований не реже одного раза в квартал в течении 5 лет, а затем по мере улучшения 2 раза в год. В случаях обострения пиелонефрита, ухудшения функций почек и рецидива камня проводилось комплексное лечение в стационарных условиях.

Главными принципами реабилитации мы считали санацию хронического очага инфекции, медикаментозное лечение, направленное на улучшение функции почек, нормализации анемии, постепенное увеличение физической активности при соблюдении щадящего режима, усиление диуреза и стимуляцию защитных сил организма. С этой целью при выписке каждому больному подбирался индивидуальный комплекс реабилитационных мер в зависимости от выше указанных факторов.

После выписки больных из стационара курс антибактериальной терапии проводился в течение 1 недели каждого месяца одним из антибиотиков широкого спектра действия и препаратов нитрофуранового ряда или налидиксиновой кислоты или сульфаниламидов. В следующем месяце производилась смена антибактериальных препаратов. Так как, послеоперационное реабилитационное мероприятие длительное, больным в основном назначались антибактериальные препараты в форме энтерального применения. В оставшиеся 3 недели каждого месяца больной получал отвар из растительных антисептиков. Отсутствие патологических элементов в моче в течение 3 месяцев являлось показанием для прекращения активного лечения. Такая методика длительной антибактериальной терапии ХКП отдаляет возникновение устойчивых микроорганизмов и даёт хороший клинический эффект.

Известно, что высокая тепловая нагрузка в летний период в условиях Узбекистана представляет собой существенный фактор камнеобразования. В связи с этим детям, перенёсшим операцию по поводу ДН, при отсутствии противопоказаний, рекомендовали обильное питьё, арбузный сок, минеральные воды, что способствует отхождению солей и мелких камней, уменьшению содержания ионов, участвующих в камнеобразовании, тем самым предупреждает образования новых камней, путём разведения мочи и усиления диуреза.

Учитывая, что в основе развития мочекаменной болезни в основном лежат нарушения обменных процессов и нерациональное питание, больным без ХПН в послеоперационном периоде каких-либо ограничений в диете не назначали, а наоборот рекомендовали витаминизированную и калорийную диету.

Больным с ДН после удаления камней, индивидуально, с учётом возраста, общего состояния, функциональных показателей почек и состава солей в осадке мочи назначали лекарственные камнерастворители (магурлит, уролит, пролит, блеморен, солуран). Для ощелачивания мочи назначали лимоны (1/2-1 лимон в сутки в течении 2-3 месяцев после операции), лимонная кислота которого облегчает резорбцию металлических ионов, предупреждает возникновение и рост мочевых камней.

По показаниям назначалась стимулирующая терапия (гамма-глобулин, экстрат алоэ, ретаболил, нераболил и др.).

Эффективность проводимого комплекса реабилитационных мероприятий определялась улучшением и стабилизацией результатов функциональных исследований почек, резким сокращением числа рецидивов камнеобразования (до 2,1%) и достижением длительной ремиссии КП у большинства больных, снижением уровня летальности от этого тяжёлого заболевания детей (до 2,2%) а также сокращением сроков инвалидности детей в 2 раза, что способствовало значительной экономии государственных денежных средств. В результате у 88% оперированных больных удалось добиться хороших и удовлетворительных отдалённых результатов.

Выводы

1. Все дети, оперированные по поводу ДН, должны находиться под длительным диспансерным наблюдением, подвергаясь периодическому комплексному обследованию для своевременного выявления возникших осложнений и их лечения.
2. Объём и продолжительность послеоперационной диспансеризации и реабилитационного лечения зависят от объема произведённых операций, вида и степени выраженности вторичных осложнений, а также возраста и общего состояния больных.
3. Проведение разработанных в клинике комплекса реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу ДН, способствуют значительному улучшению отдалённых результатов.

Литература

1. Аляев Ю.Г. Метафилактика мочекаменной болезни. М., 2007.
2. Гинзбург М.М. Подходы к диетотерапии мочекаменной болезни. Качество жизни. Медицина. 2005; 2: 56–59.
3. Кадыров З.А. и др. Обоснование эффективности современных методов лабораторного контроля в метафилактике мочекаменной болезни. Материалы 2-го съезда детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов Таджикистана. Душанбе, 2008: 211.
4. Сафедов Ф.Х. и др. Диспансеризация и метафилактика рецидивного камнеобразования у детей с уролитиазом. //Здравоохранение Таджикистана. Душанбе; 2005; 2: 27
5. Узднов М.А. Метапрофилактика нефролитиаза. Урология и нефрология. 1999; 5: 15–17.

Акбаров Н.А., Юлдашев М.А.,Туракулов З.Ш., Акбарова Р.М.

ИККИ ТОМОНЛАМА НЕФРОЛИТИАЗ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БОЛАЛАРНИНГ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ

Калит сўзлар: Нефролитиаз, калькулёз гидронефроз, калькулёз пиелонефрит, реаблитация, сурункали буйрак етишмовчилиги

Мақолада икки томонлама нефролитиаз билан хасталанган 8 ойликдан 14 ёшгача бўлган 110 нафар бемор болаларнинг иккала буйракларидан тошларни операция қилиб олингандан сўнг, 3 ойдан 12 йилгача бўлган даврда клиникада ишлаб чиқиб, ўтказилган комплекс реабилитация даво чораларининг натижалари берилган. Ўғил болалар 84 нафар (76,3%), қиз болалар - 26 нафар (23,7%). Жами 110 (100%) нафар беморларда операциягача калькулёз пиелонефрит, 92 (83,7%) нафар беморларда ҳар хил босқичдаги калькулёз гидронефроз, 72 (65,4%) нафар беморларда буйрак етишмовчилиги ва 46 (41,8%) нафар беморларда ҳар хил даражали гипохром анемия аникланган. Кузатув натижаларига асосан қуйидаги хулосалар қилинган: икки томонлама нефролитиаз билан операция қилинган барча бемор болалар, ривожланиши мумкин бўлган асоратларни ўз вақтида аниклаш ва уларни даволаш учун даврий равишда комплекс текшириш максадида узоқ вақт давомида диспансер назоратида бўлиши зарур. Операциядан кейинги диспансеризация ва реабилитацияли даволашнинг ҳажми ва давомийлиги ўтказилган операцияларнинг ҳажмига, иккиламчи асоратларнинг турига ва даражасига, беморларнинг ёши ҳамда умумий холатига боғлик.

Akbarov N.A., Yuldashev M.A., Turakulov Z.Sh, Akbarov R.M.

POSTOPERATIVE REHABILITATION OF CHILDREN WITH BILATERAL NEPHROLITHIASIS

Key words: Nephrolithiasis, cultured hydronephrosis, cultured pyelonephritis, rehabilitation, chronic renal failure.

The article deals with results of follow-up in the postoperative period from 3 months to 12 years at 110 children with bilateral nephrolithiasis at the age from 8 months to 14 years old, who received the complex of rehabilitation treatment being developed in the clinic after surgical removal of stones from both kidneys. There were 84 boys (76.3%) and 26 girls (23.7), patients (100%), before operation, he had calculose pyelonephritis, and 92 (83.7) had chronic diseases in various phases; 75 (68.2%) had calculous hydronephrosis of different stages, 72 (65.4%) had renal failure, 46 (41.8%) had hypochromic anemia of varying severity. It was concluded that all children operated for bilateral nephrolithiasis should be under long-term follow-up, undergoing periodic comprehensive examination for the timely detection of complications and their treatment. The volume and duration of postoperative medical examination and rehabilitation treatment depended on the volume of operations performed, the type and severity of secondary complications, and also the age and general condition of patients.

ПЕДИАТРИЯ 2/2019

Материалы Первой Центрально-Азиатской студенческой научно-практической конференции «Актуальные проблемы детской хирургии»

Алиев М.М., Нарбаев Т.Т., Тураева Н.Н., Тилавов У.Х., Чулъбаев А.И., Тураев Ш.Б.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШСПРУНГА У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения болезни Гиршспрунга у детей на основании выбора оптимальной тактики и метода хирургической коррекции.

Материал и методы. В основу работы положен анализ результатов обследования и оперативного лечения 122 детей с болезнью Гиршспрунга в возрасте от 4 месяцев до 14 лет, из них 77 пациентов оперированых в отделениях хирургии детского возраста ТашПМИ, а также 45 детей оперированных в РСНПМЦ педиатрии за период с 2008 по 2018 гг. Из общего количества больных анализу ближайших и отдаленных (2-10 лет) результаты лечения удалось подвергнуть 44 детей оперированных методом Соаве-Ленюшкина и 23 пациентов методом Соаве-Болей. 95 пациентам была выполнена одномоментная радикальная коррекция порока 27 детям с суб – и декомпенсированной стадиями течение болезни предварительно наложены колостомы по типу операции Гартмана.

Результаты. Для ближайшего послеоперационного периода после операции Соаве-Болей характерна сравнительно высокая частота дизурий (6,9%) и ранних запоров (14,4%). Это могло быть следствием нарушения иннервации и кровоснабжения тазовых органов вследствие травматичной мобилизации прямой кишки, а также наличие проктосигмоидитов и колита. После операции Соаве-Ленюшкина в раннем послеоперационном периоде в 11,7% наблюдений отмечено проходящее (в течение 3-6 месяцев) недержание кала. Факторами определяющими это осложнение, на наш взгляд явились длительное (19-21 день) перерастяжение и нефункционирование анального жома и большая протяженность бесшовного анастомоза.

Болезнь Гиршспрунга у детей среди врожденных аномалий толстой кишки имеет наибольший удельный вес, частота которого составляет 1 на 3000-5000 живорожденных. До настоящего времени количество больных, поступающих в стационар не уменьшается, а наоборот растет. Отмечается рост послеоперационных осложнений, проявляющихся в отдаленные сроки [2, 7].

Несмотря на наличие достаточно высокоинформативных методов диагностики и способов радикальных операций O. Swenson'a (1949), B.Duhamel'a (1964), F.Soave (1964) и различных их модификаций Ю.Ф.Исакова (1965), Г.А.Баирова (1963), А.И.Лёнюшкина (1970), D. State (1963), S.Boley (1964), N.Rehbein (1966) при болезни Гиршспрунга, функциональные результаты лечения остаются не всегда удовлетворительными [2, 7].

По мнению большинства исследователей, хороший исход, а также снижение количества осложнений зависит от выбора метода вмешательства, точности определения уровня резекции кишки и функциональной способности низведенной кишки [4, 6, 8, 24].

По данным литературы, в среднем у каждого 3-го ребенка, оперированного по поводу болезни Гиршспрунга, возникают ранние или отдаленные осложнения и каждый 20-й ребенок умирает. Причины неудовлетворительных результатов в ранние отдаленные сроки после операции остаются спорными в различных публикациях [5, 7].

Широко дискутируются сроки проведения и оптимальный возраст оперативного вмешательства, длительность срока выжидательной тактики, целесообразность кишечного лаважа или наложения кишечного свища и выбор метода радикальной операции [2, 3, 7].

Очевидно, отсутствие единого мнения обусловлено также тем, что каждая клиника применяет только один из видов хирургической коррекции порока, независимо от формы и тяжести заболевания, возраста ребенка.

Наибольшее количество противоречивых мнений прослеживается по результатам двух наиболее распространенных операций, применяемых в детском возрасте: операции Свенсона и Соаве [1, 8, 17].

Учитывая это мы сочли целесообразным проанализировать ближайшие и отдаленные результаты именно этих двух методов коррекции болезни Гиршспрунга у детей.

Анализ нерешенных проблем в хирургическом лечении болезни Гиршспрунга у детей и определил цель и задачи настоящего исследования.

Цель работы - улучшение результатов хирургического лечения болезни Гиршспрунга у детей на основании выбора оптимальной тактики и метода хирургической коррекции.

Материал и методы

В основу работы положен анализ результатов обследования и оперативного лечения 122 детей с болезнью Гиршспрунга в возрасте от 4 месяцев до 14 лет, из них 77 пациентов оперированых в отделениях хирургии детского возраста ТашПМИ, а также 45 детей оперированных в НИИ Педиатрии за период с 2008 по 2018 гг. Из общего количества больных анализу ближайших и отдаленных (2-10 лет) результаты лечения удалось подвергнуть 44 детей оперированных методом Соаве-Ленюшкина и 23 пациентов методом Соаве-Болей. Из числа прооперированных нами детей: 67 имели ректальную, 73 – ректосигмоидную и 2 - субтотальную формы заболевания. 95 пациентам была выполнена одномоментная радикальная коррекция порока 27 детям с суб – и декомпенсированной стадиями течение болезни предварительно наложены колостомы по типу операции Гартмана.

Результаты и обсуждение

Для ближайшего послеоперационного периода после операции Соаве-Болей характерна сравнительно высокая частота дизурий (6,9%) и ранних запоров (14,4%). Это могло быть следствием нарушения иннервации и кровоснабжения тазовых органов вследствие травматичной мобилизации прямой кишки, а также наличие проктосигмоидитов и колита. После операции Соаве-Ленюшкина в раннем послеоперационном периоде в 11,7% наблюдений отмечено проходящее (в течение 3-6 месяцев) недержание кала. Факторами, определяющими это осложнение, на наш взгляд явились длительное (19-21 день) перерастяжение и не функционирование анального жома и большая протяженность бесшовного анастомоза.

Гнойно-воспалительные осложнения отмечены после операции Соаве-Болей в 4% наблюдений, а после операции Соаве-Ленюшкина в 2,4% случаев. Причины такого рода осложнений мы находили в оперативно-технических погрешностях: перфорации слизистой прямой кишки в процессе демукозации (7,1%), некроз культи (3,5%) и др.

В различные отдаленные сроки лечения детей с болезнью Гиршспрунга результаты оценены согласно анкетного опроса и амбулаторного обследования у 61 (66,3%) больного и 31 (33,7%) ребенка – при повторном поступлении в клиники. Сроки изучения отдаленных результатов хирургического лечения болезни Гиршспрунга у детей установлены от 2 до 12 лет. Через 2 года после операции обследовано 15 (16,3%) детей, в сроки от 2 до 5 лет – 31 (33,7%) ребенок, от 6 до 10 лет – 37 (40,2%) и более чем через 10 лет – 9 (9,8%) больных перенесших операцию Соаве-Болей и Соаве-Ленюшкина. Согласно данным анкетного опроса, амбулаторным картам и изученным историям болезни удалось выяснить крайне неблагоприятную картину реабилитационного лечения в послеоперационном периоде. Менее трети больных (31,5%) получали реабилитационное лечение в полном объеме. У 30 детей (32,6%) восстановительная терапия, проводимая на местах, слагалась из нерегулярных очистительных клизм, кратковременной физиотерапии и общеукрепляющего лечения. 33 ребенка (35,8%) не получали никакого реабилитационного лечения.

Выявлено, что к наиболее частым и трудно коррегируемым осложнениям относятся рецидив запоров и недержание кала (таблица 1).

В течение первых двух лет после радикальных операций отмечалась довольно высокая частота (58,7%) различных осложнений. Так, в 29,6% наблюдений имели место различной степени выраженности недержания кала, в 37% - запоры, в 14,8% - каломазание и в 18,5% - дисбактериоз. К исходу 2 года послеоперационного периода у более чем, половины детей с ранними осложнениями исчезли частичное недержание кала (62,5%), эпизодические запоры (45%), каломазание (37,5%), дисбактериоз (80%), практически в равной мере как после операции Соаве-Болей, так и Соаве-Ленюшкина. Однако, по частоте стойких осложнений прослежена четкая зависимость от вида вмешательства: для больных, перенесших операцию Соаве-Болей была характерна высокая частота стойких запоров и дисбактериоза, а после операции Соаве-Ленюшкина длительное время сохранялись недержание кала и каломазание.

Таблица 1

Виды и частота осложнений в течение первых двух лет послеоперационного периода

Виды осложнений	Методы операций				Всего, %	
	Соаве-Ленюшкина, %		Соаве-Болей, %			
Недержание кала	3	9,1	7	19,0	16	29,6
	2	6,0	4	33,3		
Запоры	8	24,2	2	9,5	20	37,0
	9	27,3	1	4,7		
Каломазание	5	15,1	3	14,3	8	14,8
Дисбактериоз	6	18,2	4	19,0	10	18,5
Итого	33 (51,5%)	100	21(75,0%)	100	54	100

Оценку отдаленных результатов хирургического лечения проводили в клинически анализируемых группах «хороший», «удовлетворительный» и «неудовлетворительный» результат (Ленюшкин А.И., 1981).

«Хорошие» результаты отмечены у 58 (63,0%) детей, из них 39 (60,9%) пациентов были оперированы методом Соаве-Болей и 19 (67,8%) – методом Соаве-Ленюшкина. Дети не предъявляли жалоб, отмечался регулярный самостоятельный стул, хорошо удерживали газы и кишечное содержимое как твердой, так и жидкой консистенции, внешний осмотр и пальцевое исследование прямой кишки не выявило патологии.

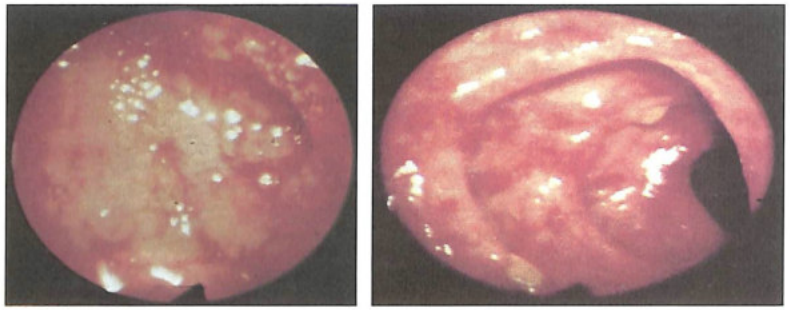
У 18 детей (18,4%) результаты лечения расценены как «удовлетворительные», в том числе у 13 (18,7%) пациентов перенесших операцию Соаве-Болей и у 5 (17,8%) – операцию Соаве-Ленюшкина. Дети удерживали газы и кал любой консистенции, имели нерегулярный самостоятельный стул, который проявлялся эпизодически в виде запоров и непроизвольного отхождения небольших порций полуоформленного или жидкого кала, с учащением стула до 5-6 раз в сутки. Запоры чаще отмечались у детей после операции Соаве-Болей, неудержания кала – после операции Соаве-Ленюшкина. Пальцевое исследование прямой кишки у детей с эпизодическими запорами показало хорошее сокращение сфинктера и эластичные стенки кишки, у 6 пациентов заметное сужение просвета кишки на глубине 3-5 см. Неудержание кала отмечалось при небольшой физической нагрузке и жидком стуле.

«Неудовлетворительными» расценены результаты 16 (19,5%) операций, выполненных по методу Соаве-Болей у 10 детей иСоаве-Ленюшкина у 6 детей. Из числа пациентов, оперированных методом Соаве-Болей, у двух детей было отмечено недержание кала как жидкой, так и твердой консистенции. У 8 детей обнаружен стойкий запор, из них у 4 пациентов удавалось опорожнять кишку приемом слабительных и путем очистительных клизм. У остальных 4 пациентов самостоятельный стул отсутствовал до 6-10 суток, наблюдалось увеличение и асимметрия живота. Опорожнение кишки достигалось только путем регулярных сифонных клизм. При пальцевом ректальном исследовании отмечено уменьшение внутреннего диаметра кишки, неподатливость её стенок при сравнительно невысоком тонусе сфинктера прямой кишки. Проба Россолимо у 6 пациентов была положительной, а у 4 - слабо положительной. На контрольной ирригограмме у 5 пациентов отмечено наличие стенозирующего кольца, у 2 больных - остаточная зона аганглиоза на дистальном отрезке прямой кишки. В 3 наблюдениях низведенная кишка была гипотонична, ампула не сформировалась, полного опорожнения кишки не отмечалось.

Среди пациентов, оперированных методом Соаве-Ленюшкина, у 4 детей было отмечено недержание кала как жидкой, так и твердой консистенции до 4-8 раз в сутки. У 1 пациента определялась плотная неподатливая рубцовая деформация анального отверстия и прямой кишки. У другого пациента отмечено умень-

шение просвета анального канала на месте анастомоза и наличие стеноза прямой кишки. У детей практически отсутствовало чувство позыва к дефекации, анус у большинства из них был зияющий, с выраженной мацерацией кожи перианальной зоны. Проба Россолимо была слабо положительной у 4 детей (отмечалось хаотическое сокращение передней и задней полусфер наружного сфинктера) и у 2 пациентов анальный рефлекс не вызывался. На контрольной ирригограмме у 1 пациента обнаружено стенозирующее кольцо, у другого выявлена рубцовая деформация прямой кишки. У 4 детей отмечался гипотонус низведенной кишки с нарушением рельефа складок слизистой, ампула не сформировалась, при введении бариевой взвеси пациенты не могли осуществлять анальный контроль.

При колоноскопическом исследовании акцентировали внимание на состоянии слизистой, степени её отечности, атрофии, наличие эрозий, язв и их протяженность. Обнаруженные изменения слизистой были разделены на 4 группы: - нормальное состояние слизистой; -катаральный колит; - эрозивный колит;- эрозивно-язвенный колит. Количество эрозивного и эрозивно-язвенного колитов было достоверно выше в группе обследованных после операции Соаве-Болей. При этом в клинических группах «удовлетворительный» и «неудовлетворительный» результат соотношение катаральных колитов составило 4:1, а соотношение эрозивных и эрозивно-язвенных колитов – 1:5 (рис.1.).



1) 2)

Рис.1. Результаты колоноскопии: 1 - Эрозивный колит; 2- Эрозивно-язвенный колит

Показатели давления в анальном канале у детей с «хорошими» отдаленными результатами лечения практически полностью совпали с данными здоровых детей. В связи с этим анализ функции запирательного аппарата осуществляли в клинических оценочных группах «удовлетворительный» и «неудовлетворительный» результат.

В группе детей с «удовлетворительным» результатом лечения после операцииСоаве-Ленюшкина незначительная тенденция к снижению функции запирательного аппарата сохранялась и в более поздние сроки после операции (до 5 лет), при этом страдало преимущественно произвольное сокращение сфинктера. После операции Соаве-Болей в большей степени снижался тонус сфинктера прямой кишки, измеренный в покое.

В группе обследованных с «неудовлетворительным» результатом лечения прослежены существенно отличные друг от друга показатели давления в анальном канале у детей, перенесших операцию Соаве-Болей и Соаве-Ленюшкина (табл. 2).

После операций Соаве-Болей осложненных запорами сохранялся повышенный тонус сфинктера прямой кишки, произвольное сокращение которого практически не прослеживалось уже к исходу первого года после операции. Лишь у двух детей с рубцовым стенозом на уровне анастомоза отмечено секторальное сокращение сфинктера, которое слабо отражалось на показателях анального давления. В противоположность этому у 4 детей с недержанием кала, развившимся после операции Соаве-Ленюшкина и сохранявшимся в течение двух лет, отмечено резкое снижение тонуса сфинктера прямой кишки и крайне низкий уровень давления в анальном канале при произвольном сокращении анального жома.

Таблица 2

Показатели давления в анальном канале у детей с клинически «неудовлетворительными» результатами лечения

Давление в анальном канале (мм,рт.ст.)		Возраст детей			Усредненные величины
		4-7 лет	8-11 лет	12-14 лет	
Здоровые дети	В покое	n=11 48,9±2,2	n=12 51,7±2,9	n=11 54,3±1,8	51,6±2,3
	При волевом сокращении	56,0±1,92	63,6±4,41	66,0±3,86	61,8±3,4
После операции Соаве-Болей	В покое	57,2±2,8	59,5±3,1*	55,4±2,9*	56,1±2,4*
	При волевом сокращении	58,7±2,4 n= 10	58,1±3,9 n=8	-	58,5±2,7
После операции Соаве-Ленюшкина	В покое	33,1±3,3**	-	-	33,1±3,3**
	При волевом сокращении	41,9±3,1** n=6	-	-	41,9±3,1**

Примечание: * - p<0,05, ** p < 0,01.

Высокий уровень давления в анальном канале после операции Соаве-Болей с «неудовлетворительными» результатами, мы объяснили сохранением аганглионарной зоны в дистальном сегменте прямой кишки, что нашло подтверждение в результатах морфологических исследований резецированной кишки при повторных вмешательствах. Последнее, очевидно и обуславливало высокий тонус и длительное спазмирование сфинктерного аппарата, и как следствие его склерозирование и потерю сократительной способности. Анализ результатов обследования и долечивания пациентов с клинически «удовлетворительными» и «неудовлетворительными» результатами вмешательств позволил определить четкие границы бальной оценки и выбора метода реабилитационного лечения (табл. 3).

Результаты лечения оценены по сумме баллов и определены в следующие прогностические группы:

«А» группа - от 17 до 20 баллов «хороший» результат, требующий соблюдения только рациона и режима питания.

«В» группа - от 13 до 16 баллов «удовлетворительный» результат, требующий кратковременной реабилитационной консервативной терапии, лечебные клизмы, диетотерапию.

«С» группа - от 6 до 12 баллов относительно «удовлетворительный» результат, требующий проведения длительной реабилитационной терапии, включающей местное, общеукрепляющее и физиотерапевтическое лечение и только при её безуспешности – проведения хирургического лечения.

«Д» группа - от 0 до 5 баллов «неудовлетворительный» результат, требующий только хирургической коррекции.

Таким образом, повторные вмешательства, выполненные у детей с клинически «неудовлетворительным» результатом первичной операции показали, что наиболее частой ошибкой при выполнении операции Соаве-Болей является неполная резекция гипо– и аганглионарной зоны дистального отрезка прямой кишки и рубцовый стеноз в области анастомоза.

Причиной несостоятельности запирательного аппарата прямой кишки после операции Соаве-Ленюшкина на наш взгляд, является повреждение задней полусферы внутреннего сфинктера при избыточно глубокой демукозации, а также длительное перерастяжение и нефункционирование сфинктерного аппарата в результате позднего (18-21 день) иссечения культи низведенной кишки.

Анализ причин «неудовлетворительных» результатов в зависимости от возраста детей и метода радикальной операции показал, что чем старше возраст пациента, а следовательно больше срок хронического копростаза, тем

хуже результаты операции Соаве-Ленюшкина. Очевидно, длительное неполноценное функционирование гипо- и аганлионарной зоны, распространяющейся до анального жома, обуславливает хроническую ишемию и фиброзное перерождение дистальных отделов кишки, в результате значительно затрудняется демукозация и последующее формирование собирательной ампулы низведенной кишки. Значительно лучшие результаты прослежены после операции Соаве-Болей детей с идентичными анатомическими формами порока, выполненные в более старшем возрасте (5-7 лет), с предварительным наложением левосторонней концевой колостомы.

Таблица 3

Бальная шкала оценки функциональных результатов операций в отдаленные сроки

Признаки	Критерии оценки результатов операций		Баллы
	Соаве-Болей	Соаве-Ленюшкина	
Число дефекаций	1 раз 2-3 дня 1 раз 4-5 дней только после клизмы.	2-3 раза в сутки 4-5 раз в сутки 6 и более раз в сутки.	2 1 0
Консистенция (характер) кала	оформленный лентовидный каловые камни	оформленный полуоформленный жидкий	2 1 0
Позыв к дефекации	слабый, проходящий болезненный позыв не постоянный	слабый не постоянный отсутствует	2 1 0
Состояние ануса	сомкнутый стеноз рубцово-деформированный	сомкнутый зияющий рубцовый	2 1 0
Диаметр анального канала	№ бужа соот.возрасту на 1 размер меньше на 2 и более размера меньше	№ бужа соот. возрасту на 1 размер больше на 2 и более размера больше	2 1 0
Максимальное давление в анальном канале в покое	в пределах нормы ниже более чем на 25% ниже более чем на 50%	в пределах нормы ниже более чем на 25% ниже более чем на 25%	2 1 0
Давление при произвольном сокращении ануса	в пределах нормы ниже нормы на 25% ниже нормы более 50%	в пределах нормы ниже нормы на 25% ниже нормы более 50%	2 1 0
Анальный рефлекс (проба Россолимо)	выражен слабый отсутствует	слабый хаотичный отсутствует	2 1 0
Эндоскопическая характеристика	катаральный колит эрозивный колит эрозивно-язвенный колит	катаральный колит эрозивный колит эрозивно-язвенный колит	2 1 0

Литература

1. Алиев М.М., Нарбаев Т.Т. Особенности выбор метода операции при болезни Гиршпрунга у детей. Хирургия Узбекистана, 2006; 3:77-78.
2. Баиров Г.А. и др. Болезнь Гиршпрунга у новорожденных. Вопросы охраны материнства и детства. 1991; 36(2): 42-46.
3. Вохидов А.Ш. Болезнь Гиршпрунга у детей: Автореф. дис. … докт. мед. наук: Ташкент, 2005г.
4. Ионов А.Л., Щербакова О.В., Лука В.А., Бородачев А.В. Хирургическая коррекция врожденных аномалий толстой кишки и аноректальной области. Детская хирургия. 2007; 3: 13-16.
5. Калашникова И.А. Growth in Russian jstomy patients' rehabilitation services. – Helios, Danemark, 2006; 2 (13).
6. Ким Л.А., Рыжов Е.А., Федоров А.К. Из истории детской хирургии. Болезнь Гиршпрунга. детская хирургия.2011; 6: 54-56.
7. Лёнюшкин А.И., Лукин В.В, Атакулов Д.О., Зольников З.И. «Некоторые аспекты обширной резекции толстой кишки у детей» журнал клиническая хирургия. 1989; 2 : 11.
8. Лукьянова И.Е., Суханов В.Г., Сигида Е.А. Проблемы развития реабилитационных технологий. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2007;1: 32–4.
9. Adhi M., Khan S., Zafar H., Arshad M. Duhamel's procedure for adult Hirschsprung's disease. J Coll Physicians Surg Pak. 2012; 22(6): 395-7.
10. Ameh E.A., Lukong C.S., Mshelbwala P.M., Anumah M.A., Gomna A. One-day bowel preparation in children with colostomy using normal saline. Afr J. Paediatr. Surg. 2011 Sep-Dec; 8(3): 291-3.
11. Bischoff A., Levitt M.A., Peña A. Total colonic aganglionosis: a surgical challenge. How to avoid complications? PediatrSurg Int. 2011 Oct; 27(10):1047-52.
12. Diniz G., Aktas S., Ortac R. Evaluation of the diagnostic enigma in Hirschsprung disease. Minerva Pediatr. 2011; 63(6):449-57.
13. De Carli C., Bettolli M., Jackson C.C., Sweeney B., Rubin S. Laparoscopic-assisted colostomy in children. J Laparoendosc Adv.Surg. Tech A. 2008 Jun; 18(3): 481-3.
14. Ekenze S.O., Ngaikedi C., Obasi A.A. Problems and outcome of Hirschsprung's disease presenting after 1 year of age in a developing country World J Surg. 2011 Jan; 35(1): 22-6.
15. Kothari P.R., Karkera P.J., Gupta A.R., Gupta R.K., Sandlas G.R., Ranjan R.R., Kesan K.K., Kothari N. Single-stage Modified Duhamel procedure for Hirschsprung's disease: our experience. Afr J. Paediatr. Surg. 2012 Jan-Apr; 9(1): 13-6.
16. Nouira F., Ben Ahmed Y., Sarrai N., Ghorbel S., Jlidi S., Khemakhem R., Charieg A., Chaouachi B. Surgical management of recto-sigmoid Hirschsprung's disease. Acta Chi.r Belg. 2012 Mar-Apr; 112(2): 126-30.
17. Penninckx F., Van den Eynde W., D'Hoore A., Miserez M. Ileocecal interposition for Hirschsprung's disease: a case report. Colorectal Dis. 2008 Nov; 10(9): 955-6.
18. Rehman Y., Bjørnland K., Stensrud K.J., Farstad I.N., Emblem R. Low incidence of enterocolitis and colonic mucosal inflammation in Norwegian patients with Hirschsprung's disease. PediatrSurg Int. 2009 Feb; 25(2): 133-8.
19. Sharma S., Gupta D.K. Hirschsprung's disease presenting beyond infancy: surgical options and postoperative outcome. PediatrSurg Int. 2012 Jan; 28(1): 5-8.
20. Sowande O.A., Adejuyigbe O. Ten-year experience with the Swenson procedure in Nigerian children with Hirschsprung's disease. Afr J Paediatr Surg. 2011 Jan-Apr; 8(1): 44-8.
21. Urushihara N., Fukumoto K., Fukuzawa H., Sugiyama A., Watanabe K., Mitsunaga M., Miyake H., Kusafuka J., Aoba T. Outcome of laparoscopic modified Duhamel procedure with Z-shaped anastomosis for Hirschsprung's disease. SurgEndosc. 2012 May; 26(5): 1325-31.
22. Vorobyov G.I., Achkasov S.I., Biryukov O.M. Clinical features' diagnostics and treatment of Hirschsprung's disease in adults. Colorectal Dis. 2010 Dec; 12(12): 1242-8.
23. Yüksel I., Ataseven H., Ertuğrul I., Başar O., Saşmaz N. Adult segmental Hirschsprung disease. South Med J. 2009 Feb; 102(2): 184-5.
24. Shinall M.C., Koehler E., Shyr Y., Lovvorn H.N. 3rd. Comparing cost and complications of primary and staged surgical repair of neonatally diagnosed Hirschsprung's disease. J. Pediatr. Surg. 2008 Dec; 43(12): 2220-5.

ПЕДИАТРИЯ 2/2019

Материалы Первой Центрально-Азиатской студенческой научно-практической конференции «Актуальные проблемы детской хирургии»

Алиев М.М., Нарбаев Т.Т., Тураева Н.Н., Тилавов У.Х., Чулъбаев А.И., Тураев Ш.Б.

БОЛАЛАРДА ГИРШСПРУНГ КАСАЛЛИГИНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Калит сўзлар: Гиршспрунг касаллиги, эрта ва узоқ давр натижалари, даволаш

Болаларда Гиршспрунг касаллигида энг кўп қўлланиладиган Соаве-Болей ва Соаве-Ленюшкин усулида операциялар натижалари таҳлили солиштирилган ҳолда ўтказилган. Болаларда Гиршспрунг касаллигида операцияни бир босқичли ва кўп босқичли ўтказиш тактикаси солиштирилган ҳолда баҳоланган. Узоқ давр натижаларини ўрганиш асосида болаларда Гиршспрунг касаллигининг жарроҳлик йўли билан даволашнинг самараси оширилди. Яқин ва узоқ операциядан кейинги даврда кузатилган асоратларни олдини олиш ва хирургик коррекция йўллари аниқланган.

Aliev M.M., Narbaev T.T., Turaeva N.N., Tillavov U.H., Chulbaev A.I., Turaev Sh.B.

RESULTS OF OPERATIVE TREATMENT HIRSHPRUNG'S DISEASE AT CHILDREN

Key words: Hirshprung's disease, immediate and follow-ups, treatment

The follow-ups of the most often used operations Soave-Boley and Soave-Lenushkin at Hirshprung's disease in children at comparative aspects were analysed. The comparative evaluation of choice one-stage and multi-stage tactics of Hirshprung's disease were given. The ways of prevention and surgical complications' correction, occurring in different immediate and remoted terms of operations period were determined.

Байахмедов Ф.Ф., Тилавов Ў.Х., Абдукодиров О.А.

БОЛАЛАРДА ЎПКАДАН ҚОН КЕТИШ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН БРОНХОЭКТАТИК КАСАЛЛИКДААЪЗОЛАРНИ САҚЛОВЧИ ОПЕРАЦИЯЛАРНИ АСОСЛАШ

Тошкент педиатрия тиббиет институти

Тадқиқот мақсади. Болаларда қон кетиш билан асоратланган бронхоэктатик касалликни зарарланган бронхлар резекцияси ва пломбировкаси усули билан даволаш самарадорлигини ошириш.

Материал ва услублар. 2007-2018 йй. даврида ўпкадан қон кетишнинг асорати бронхоэктазия билан касалланган 19 беморни хирургик даволаш натижалари таҳлил қилинди. Беморларга зарарланган бронхларнинг анъанавий резекцияси билан (5 та бемор) бир қаторда, зарарланган ва қонаётган бронхларни бронхиал тизимдан ажратиш операцияси - қонаётган бронхлар окклюзияси (3 та бемор), бронхлар экстирпацияси (4 та бемор) ва кенгайган бронхлар резекцияси ва пломбировкаси (7 та бемор) бажарилди.

Натижалар. Кенгайган ва қонаётган бронхлар резекцияси ва пломбировкаси операциясини лоб- ва билобэктимия операциясига мукобил усул деб ҳисобласа бўлади. Операциянинг афзаллиги комбинацияланган ва икки томонлама бронхоэктазларда кузатилади. Бронхлар резекцияси ва пломбировкасидан сўнг, нафас олишдан ажратилган ўпканинг қисмларида узоқ муддат ўтганда ҳам пневматизация сақланади, бу эса кўкрак қафаси қолдиқ ҳажмини тўлдиришда ижобий рол ўйнайди, соғ ўпка бўлакларининг зарарланган томонга силжишининг олдини олади ва улар паренхимасининг кенгайишини камайтиради.

Болаларда бронхоэктатик касалликнинг кам учрайдиган оғир асоратларидан бири бронх-ўпкадан қон кетиши ҳисобланади. Кенгайган бронхларда сурункали йирингли жараён бўлак ва сегментар бронхларнинг зарарланиши, уларда вакти-вакти билан хуружланувчи йирингли яллиғланиш ва перфорант қон томирларининг эрозияси билан кечади [8,9]. Бунда келиб чикувчи қон кетишида консерватив терапия самараси кам бўлади, қон кетишини тўхтатиш самарали бўлганда, (битампонада), ҳосил бўлган тромб тезда йирингланади ва асосий жараённинг кечишини оғирлаштиради [2,4,7,11,12]. Ҳозирги давргача ўпкадан давом этувчи қон кетишида аъзоларни олиб кетувчи - лоб ва билобэктомия каби операциялар ўзини оқлайди деб ҳисобланар эди. Лекин болалик даврида қилинган бу операциялардан кейинги узоқ даврдаги натижалар қуйидаги асоратлар билан кечади: ўпка гипертензияси (17-21%), бронхоэктатик касаллик қайталаниши (9-18%), қолган бўлак ва ўпка эмфиземаси (11-23%) ва х.к. [3,6,8,]. Юқорида келтирилган асоратлар жарроҳларни аъзоларни сақловчи операцияларни ишлаб чиқишга ундади [1,2,12,13].

Тадқиқот мақсади - болаларда қон кетиш билан асоратланган бронхоэктатик касалликни зарарланган бронхлар резекцияси ва пломбировкаси усули билан даволаш самарадорлигини ошириш.

Материал ва услублар

2007-2018 йй. даврида ўпкадан қон кетишнинг асорати бронхоэктазия билан касалланган 19 беморни хирургик даволаш натижалари таҳлил қилинди. Беморларга зарарланган бронхларнинг анъанавий резекцияси билан (5 та бемор) бир қаторда, зарарланган ва қонаётган бронхларни бронхиал тизимдан ажратиш операцияси - қонаётган бронхлар окклюзияси (3 та бемор), бронхлар экстирпацияси (4 та бемор) ва кенгайган бронхлар резекцияси ва пломбировкаси (7 та бемор) бажарилди (жадвалга каранг).

Ўпканинг зарарланган қисимларини бронхиал тизимдан ажратиш вариантлари

Операция	Бўлак		Бўлак+сегментлар	Жами
	1	2		
Бўлак бронхлари окклюзияси	1	2	-	3
Бронхлар экстирпацияси	-	-	4	4
Бронхлар резекцияси ва пломбировкаси	2	-	5	7
Лоб- ва билобэктомиялар	3	2	-	5
Жами	6	4	9	19

Кенгайган ва қонаётган бронхлар резекцияси ва пломбировкаси кенг таркалган, айниқса икки томонлама бронхларнинг зарарланиши кўрсатма бўлиб, бир ёки икки бўлак ва сегментларнинг анъанавий резекцияси қон оқими ҳажмининг сезиларли қискаришига олиб келувчи ва операциядан кейинги даврда кичик қон айланиш доирасида гипертензия ривожланишига олиб келиши мумкин бўлгани учун бажарилади. Кўпинча зарарланган бронхлардан қон кетиши иккита ўпканинг пастки бўлаклари зарарланганида кузатилади (11 бемор).

Натижалар ва муҳокама

Экспериментал изланишлар ва оператив давонинг узоқ даврдаги натижаларини ўрганиш шуни кўрсатдики резекция ва пломбировка жараёнида тўлиқ гемостатик ва санацияловчи самара кузатилган. Хирургик давонинг узоқ муддатли натижалари қизиқарли эди. Ўпканинг ателектазга учрамаган қисмларида бронхлар резекцияси ва пломбировкаси бажарилганда, қолдирилган ўпка қисмида операциядан кейинги (3 ой) даврда ҳаволаниш сақланган. Ателектазга учраган ўпка қисмларида резекция ва пломбировка қилинганда, операциядан кейиги даврда тўрсимон склероз кузатилган. Резекцияланган ва пневматизацияси сақланган қисмларда склероз ривожланиши кузатилмаган. Шу билан бирга ўпканинг пломбировкаланган сегментларида пневматизация ва операциянинг санацияловчи самарасининг сақланиш муддати аниқ эмас, бу локал қон айланишининг редукцияси даражасига боғлиқ бўлади.

Маълумки, асосий омиллардан бири бронхиал системадан ажратилган ўпка қисмлари

кон томирлари оркали кичик кон айланиш доирасида босимни камайтирувчи шунтлаш хосил бўлиши хисобланади. Бир тарафдан пломбировка килинган бронхлар соҳасида пневмосклероз бўлиши мумкинлиги сабабли, узок муддатдан сўнг кон томирлар ўтказувчанлигининг сакланганлигига, иккинчи тарафдан оксигенланмаган кон билан ортикча шунтланиш хавфи (артерио-веноз шунтланиш) ва жисмоний зўрикишда гипоксия ривожланишига гумон бор.

6та беморга бронхлар окклюзияси ва экстирпацияси операциясидан сўнг 2-10 йил даври мобайнида комплекс изланишлар ўтказилди (назорат гуруҳи).

Умумий клиник текширувлар билан бир қаторда, ташқи нафас олиш функцияси, кон газлари,бронхоскопия, бронхография, кичик кон айланиш доирасида босимни аниклаш, компьютер спирометриялар бажарилади. 3та беморда кичик кон айланиши доираси гипертензияси аникланди, бу бронхиал тизимдан ажратилган ўпка қисмларида кон айланишининг редукциясидан далолат бериб, ангиопульмонографияда ҳам аникланган. Ўпка артериясида босим сув устунида 30 ммга ошганда, ажратилган сегментлар селектив ангиографиясида артериал ва веноз томирлар контрастланиши бузилади.

Экстирпация ва лобэктомиядан сўнг бронхитнинг эндоскопик белгилари кўп вакт сакланиб колганлиги кузатилган. Операциядан кейин бронхит аломатлари даволанмаган ҳолатларда ташқи нафас олишда сезиларли ўзгаришлар кузатилади: ўпканинг хаётий ҳажми (ЎХХ) камайиши, қолдиқ хажмни ва ўпка хаётий ҳажмининг кўпайиши, форсирланган нафас чиқариш тезлигининг камайиши, кичик ва ўрта бронхларда бронхиал каршиликнинг ошиши.

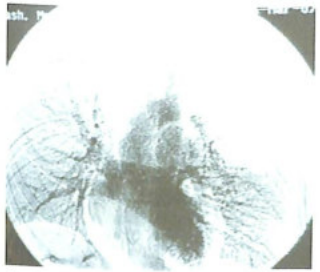
Бронхлар пломбировкасидан кейинги узоқ даврда (асосий гуруҳ) бронхлар кон томирлари шохланишининг кўпайиши, уларнинг периферияда бронх-альвеола-ўпка аностомозларини ҳосил қилиши, бундай кон томирларда артерио-веноз қон оқими

50-100 мл/миндан ошмаган бўлиб, бу сезиларли гемодинамик ахамиятга эга эмаслиги аникланди.

Пломбировкадан сўнг беморларда ташқи нафас ва кон газларини текшириш, ажратилган ўпка кон томирларида шунтланиш йўклигини кўрсатди. Пломбировка операциясини ўтказган беморларда кучли жисмоний юкламадан сўнг ҳам цианоз кузатилмаган ва капилляр қоннинг таркибида PO_2 миқдори сезиларли ўзгармаган. Бу фактлар зарарланган соҳанинг резекцияси ва пломбировкаси операциясидан сўнг, бронхиал системадан ажратилган соҳаларда ортикча шунтланиш йўқлигидан далолат беради. Бундай беморларда ажратилган сегментларда қон оқими сақланганлиги сабабли, ўпка гипертензияси кузатилмайди (1-расм).

Бронхлардан ажратилган чап ўпка пастки бўлаги хаволаниши сакланган, тилча сегменти пастки бўлак "протези" устида ётибди.

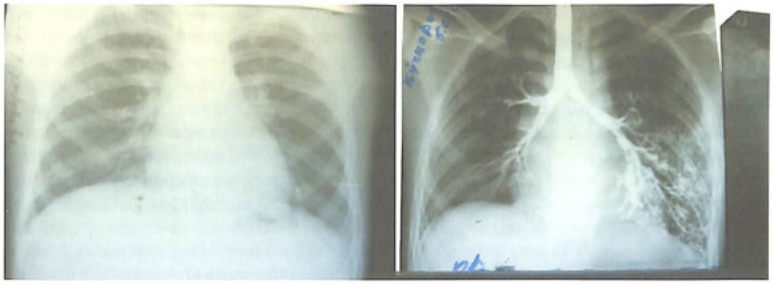
Агар операциядан олдин бу ўпка бўлаги ателектазга учраганида ёки вентиляцияланувчи ўпка бўлаклари билан боғлиқ бўлмаганида, пневматизация ҳосил бўлмас эди. Рентгенологик, айникса селектив ангиопульмонографияда, ажратилган сегментнинг пневматизация даражаси ҳақида ўпка артериясининг сегментар шохлари ва ундан ҳам кичик шохлари шохланиш бурчаклари ўлчамларига караб фикр юритиш мумкин. Шу гуруҳнинг фақат 1 беморида бронхиал системадан ажратилган, илгари пневматизацияланган ўпка соҳасининг бужмайиши кузатилган. Бизнинг фикримизча, бу пломбировкадан олдин гипоплазияга учраган бўлакнинг етарли даражада шиширилишига имкон бўлмаганлиги билан боғлик.



1-расм. Чап ўпка пастки бўлаги резекцияси ва пломбировкасидан сўнг беморнинг ангиограммаси.

Чап ўпка пастки бўлаги резекцияси ва пломбировкасидан 3 йил ўтгач пастки бўлак артериясида кон айланиши сакланган

Бронхлар пломбировкасидан сўнг ўпканинг ажратилган соҳаси пневматизацияси кизик ва тушунтирилиши кийин факт (2-расм).



2-расм. Чап ўпка пастки бўлаги пломбировкасидан сўнг тасвирий рентгенограмма ва бронхограмма

Шундай қилиб, ўпканинг зарарланган соҳаси резекцияси ва пломбировкаси операцияси шубҳасиз гемостатик таъсир билан бир қаторда санацияловчи самарага эга.

Лоб- ва билобэктомия операцияси олдида бронхлар резекцияси ва пломбировкаси афзаллиги - бронхиал системадан ажратилган ўпканинг қисмида пневматизация сақланади, у биологик протез вазифасини бажаради вакўкс оралиғи аъзоларининг зарарланган томонга сезиларли силжишини, ўпка тепа қисмларининг осилиб, бронхлар деформациясига олиб келишининг ва ўпка соғ қисмлари эмфизематоз кенгайишининг олдини олади.

Хулосалар

1. Кенгайган ва қонаётган бронхлар резекцияси ва пломбировкаси операциясини лоб- ва билобэктимия операциясига мукобил усул деб хисобласа бўлади. Операциянинг афзаллиги комбинацияланган ва икки томонлама бронхоэктазларда кузатилади.

2. Бронхлар резекцияси ва пломбировкасидан сўнг, нафас олишдан ажратилган ўпканинг қисмларида узоқ муддат ўтганда ҳам пневматизация сақланади, бу эса кўкрак кафаси колдик ҳажмини тўлдиришда ижобий рол ўйнайди, соғ ўпка бўлакларининг зарарланган томонга силжишининг олдини олади ва улар паренхимасининг кенгайишини камайтиради.

3. Бронхлар резекцияси ва пломбировкасида ўнгдан чапга кон окимининг шунтланиш хавфи бир оз ошади, чунки қоннинг ўнгдан чапга ўтишининг ошиши фақат ўпка артериясида босим ошганда кузатилади (бошланғич босим 30%га ошганда).

Адабиётлар

1. Алиев М.М., Шамирзаев Н.Х., Атажанов Р.З. и др. Экстирпация бронхов при мешотчатых бронхоэктазах у детей. Нагноительные заболевания легких и плевры: Тез. докл. Республиканской научно-практической конференции с международным участием. Самарканд.1998: 11-12;
2. Бейсебаев Н.А. Определение показаний к экстирпации бронхов при бронхоэктазиях: Автореф. дис. ... канд.мед.наук.-Алма-Ата, 1990.
3. Байков Г.А, Забарсакин В.А., Богатырев А.Ф. Отдаленные результаты хирургического лечения острых и хронических заболеваний легких. Л., 1998:10-13.
4. Васильев В.Н., Шаров Ю.К., Побегалов Е.С. О хирургическом лечении "малых" фформ бронхоэктазий. Ж. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 1991;5:40-42.
5. Волынский Ю.Д. Эндоваскулярная терапия и хирургия легочных кровотечений. Иркутск, 1981: 12-18.
6. Гельдыев Б.А., Сотников Г.Д. Лёнюшкин А.И. Результаты хирургического лечения бронхоэктазов у детей.

7. Кузюкович П.М. Бронхоэктатическая болезнь(Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение). Ж. Здравоохранение Белоруссии. 1989;10: 66-69.
8. Лев Н.С., Розинова Н.Н. Бронхоэктатическая болезнь у детей. Ж. Лечащий врач. 2004; 8: 20-25.
9. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Гераськин В.И. Руководство по торакальной хтрургии у детей. М. 1978.
10. Разумовский А.Ю. Лечение ребенка с двухсторонней бронхоэктазией осложненной легочным кровотечением. Ж. Детская хирургия. 2000;2:51-52.
11. Счастный С.А. Резекция и экстирпация бронхов как новый метод лечения бронхоэктазий у детей: Автореф. дтс. ... д-ра мед. наук. М.,1984.
12. Юсифзаде Н.А. Оценка эффективности экономных резекций легких при хронических неспецифических заболеваниях легких у детей и подростков: Автореф. дис.канд.мед. наук.М., 1984.

Байахмедов Ф.Ф., Тилавов Ў.Х., Абдукодиров О.А.

ОБОСНОВАНИЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ С БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ ЛЕГОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Ключевые слова: благосостояние органов, кровотечение, окклюзия, эктазированные бронхи

Проанализированы результаты хирургического лечения бронхоэктазий, осложнившихся легочным кровотечением у 19 детей. Наряду с классической резекцией пораженных отделов легкого (5 болных) выполняли операции отключения от бронхиальной ситемы пораженных и кровоточащих участков – окклюзию кровотачащей доли (3 больных), экстирпацию бронхов (4 больных) и пломбировку эктазированных бронхов (7 больных).

Bayakhmedov F.F, Tilavov U.Kh., Abdukodirov O.A.

JUSTIFICATION OF ORGAN WELFARE OPERATIONS IN CHILDREN WITH BRONCHOECTATIC DISEASE BEING COMPLICATED WITH PULMONARY BLEEDING

Key words: organ welfare, bleeding, occlusion, ectasized bronchi

The article deals with results surgical treatment of bronchiectasis being complicated by pulmonary bleeding in 19 children. Along with classical resection of affected areas of lung (5 patients), operations were performed on disconnection from bronchial system the affected and bleeding areas of occlusion at bleeding lobe (3 patients), extirpation of bronchi (4-patients), and filling ectasized bronchi (7 patients).

Эргашев Н.Ш., Ражабова Ш.Г.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения, диагностики и результатов хирургического лечения БГ у детей по методу Соаве-Болей по материалам клиники.

Материал и методы. Проведен анализ результатов общеклинического обследования и хирургического лечения 54 детей в возрасте от 3 мес. до 15 лет с БГ, находившихся на стационарном лечении, на клинической базе кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ в период 2014-2018 гг. Мальчиков было 45 (83,3%), девочек – 9 (16,7%).

Результаты. У детей чаще наблюдаются ректальная (31,5%), ректосигмоидальная (61,1%), реже – субтотальная и тотальная (7,4%) формы БГ, чаще в стадии субкомпенсации (70,4%) и декомпенсации (22,2%). При этом степени тяжести каловой интоксикации зависят от эффективности проводимых консервативных мероприятий.

Болезнь Гиршпрунга (БГ) является одним из тяжелых пороков развития толстой кишки и занимает одно из ведущих мест в структуре патологии пищеварительного тракта у детей. В последние годы эта патология стала встречаться значительно чаще. Частота БГ достоверно не известна, однако примерно она составляет 1 на 5000 рождений [1]. Вопросам ее диагностики и лечения посвящены работы ведущих детских хирургов [4-8]. Несмотря на современное развитие колопроктологии, проблема диагностики и лечения БГ у детей различного возраста до настоящего времени остаётся актуальной и не решённой в полной мере.

В связи с развитием методов диагностики и повышением «настороженности» врачей первичного звена, выявляемостьаномалий развития толстой кишки в последние годы заметно увеличилась [8].Несмотря на широкую известность болезни Гиршпрунга в среде детских хирургов, до настоящего времени она остается пороком развития, обусловливающим высокую частоту осложнений, рецидивов и смертность.

Совершенствование диагностических и терапевтических возможностей в лечении БГ привело не только к относительному увеличению количества больных, но и поставило перед врачами дополнительные вопросы, часть из которых до настоящего времени не решены. Так, повсеместно отмечается рост количества новорожденных с БГ – той возрастной категории, когда клиническая картина и результаты инструментальных и морфологических исследований существенно отличаются от общеизвестных при этом заболевании. Современные хирургические тенденции к раннему и радикальному излечению врожденных пороков развития у детей требуют пересмотра принятой тактики многоэтапного лечения с наложением кишечной стомы с учетом возрастного аспекта [2].

Общая частота осложнений по материалам крупных специализированных стационаров, имеющих большой опыт лечения детей с болезнью Гиршпрунга, составляет от 22,7% до 38,5%. Несмотря на их широкий спектр, в нашей стране имеются только отдельные клиники, в которых концентрируются больные с БГ, страдающие от осложнений хирургического характера и требующие выполнения реконструктивных вмешательств. С этим связан недостаток обобщенных сведений о результатах оперативной деятельности при болезни Гиршпрунга, ее возможных осложнениях и тактики их лечения [6,9-10].

Цель работы – изучить особенности клинического течения, диагностики и результатов хирургического лечения БГ у детей по методу Соаве-Болей по материалам клиники.

Материал и методы

Проведен анализ результатов общеклинического обследования и хирургического лечения 54 детей в возрасте от 3 мес. до 15 лет с БГ, находившихся на стационарном лечении, на клинической базе кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ в период 2014-2018 гг. Мальчиков было 45 (83,3%), девочек – 9 (16,7%). Распределение больных по возрасту: до 1 года – 17 (31,5%); от 1-го до 3 лет – 24 (44,4%); от 3-х до 7 лет –8 (14,8%); от 7 до 11 лет – 4 (7,4%); от 11 до 15 лет – 1 (1,9%). Констатированы следующие анатомические формы: ректальная – 17 (31,5%); ректосигмоидальная – 33 (61,1%), субтотальная – 4 (7,4%).

Больным проводили комплексное обследование, включавшее следующие методы: сбор жалоб и анамнеза; клинический осмотр с ректальным исследованием; лабораторная диагностика; рентгенологическое исследование (обзорная рентгенография, контрастная ирригография, МСКТ-виртуальная колоносокпия); эндоскопическое исследование (ректо- и колоноскопия). Методом выбора операции была одномоментная брюшно-промежностная проктопластика по Соаве-Болей.

Результаты и обсуждение

Анализ результатов общеклинического обследования больных свидетельствует о том, что метеоризм и хронический прогрессирующий запор являлись основными проявлениями заболевания. У всех обследованных детей имелись запоры, появившиеся с рождения и у 46 (85,1%) больных через 3-4 месяца переходящие в полное отсутствие самостоятельного стула. Невозможность самостоятельной дефекации у 5 (9,3%) пациентов с ректальной формой заболевания сформировалась ко второму году жизни. У 3 (5,6%) больных из анамнеза удалось установить, что незадолго до поступления в клинику отмечена редко возникающая самостоятельная дефекация. Однако у этих больных на момент госпитализации самостоятельный стул отсутствовал.

Хронический прогрессирующий запор у 32 (59,3%) пациентов приводил к постепенному развитию каловой интоксикации неодинаковой степени выраженности, проявлением которой были: тошнота, повышение температуры, снижение аппетита, адинамия, общая слабость, анемия и истощение ребенка.

С возрастом у детей при БГ изменяется форма и размеры грудной клетки. По мере увеличения живота грудная клетка укорачивается и расширяется, происходит ее деформация, реберная дуга принимает развернутый вид, угол ее приближается к тупому (у 11 (20,3%) больных). У этих больных диафрагма стоит высоко, легкие поджимаются, дыхательная поверхность их уменьшается. В 7 (12,9%) случаях эти нарушения создали условия для возникновения рецидивирующих бронхитов и пневмоний, отягощающих течение БГ.

Анализ результатов общеклинического исследования позволила установить распределение госпитализированных детей по стадии заболевания. 38 (70,4%) пациентов поступили в субкомпенсированной стадии, долго сохранившихся при полноценном уходе у большинства больных. В стадии декомпенсации было госпитализировано 12 (22,2%) больных, которые имели протяженную аганглионарную зону и/или сопутствующие воспалительные изменения со стороны кишечника. В стадии компенсации поступили 4 (7,4%) больных, у них обнаруживалось короткая аганглионарная зона, диагностировать которую не всегда легко, поэтому, многие из них продолжительное время наблюдались с диагнозом функциональный запор, а имеющиеся у них расстройства в значительной мере корригировалась диетой и соответствующим уходом.

При комплексном обследовании у 48 (88,9%) больных отмечены возникновения различных осложнений в отдельности или различного их сочетания (анемия у 47 (87%); гипотрофия – у 42 (77,8%); явления колита – у 31 (57,4%).

Основным методом диагностики БГ является контрастная ирригоскопия и МСКТ-виртуальная колоноскопия. Патогномоничным рентгенологическим признаком, несомненно, подтверждающим диагноз, является конусовидный переход от дистального, не увеличенного в диаметре отдела rectum или colon, к проксимальной расширенной части. При этом удается обнаружить изменения рельефа слизистой оболочки в расширенных участках – грубую складчатость, напоминающую таковую в желудке. Однако подобные изменения могут наблюдаться при стенозе толстой кишки после перенесенного некротического энтероколита, что затрудняет дифференциальную диагностику.

У 26 (48,1%) больных провели ультразвуковое исследование толстой кишки, сравнивая полученные данные с результатами контрастной ирригографии. Эхографические признаки БГ сходны с рентгенологическими, определяется значительное расширение кишки выше ее суженного отдела, имеющей выраженное утолщение стенок. Мышечный слой расширенной части кишки у этих больных представлялся гетерогенной, гипоэхогенной структурой, имеющей асимметричную толщину, которая достигала до 10 мм (норма 2 мм). Преимущество УЗИ перед рентгенографией состоит в его значительно большей доступности, простоте применения и отсутствии лучевой нагрузки для пациента.

Проведение ректороманоскопии и колонофиброскопии считаем обязательным при явлениях «парадоксального поноса» и выраженного дисбактериоза кишечника. Эндоскопическое исследование дает возможность оценить состояние слизистой оболочки и обнаружить соответствующие изменения, характерные для воспалительных заболеваний толстой кишки (отечность, зернистость и гиперемия слизистой оболочки с участками язвы и трещины), что не наблюдается при БГ. В то же время, выявление воспалительных и деструктивных изменений со стороны слизистой оболочки и их распространенность при установленном диагнозе БГ, указывает на необходимость выбора соответствующей тактики при оперативном вмешательстве.

Наша тактика при лечении БГ основана на учете особенностей течения заболевания, возраста ребенка и данных вспомогательных методов исследования.

На первом этапе проводили консервативное лечение больных, направленное на стабилизацию их состояния, уточнение диагноза и подготовку к оперативному вмешательству. Объем лечебных мероприятий зависит от исходного состояния ребенка и устранения признаков калового завала. При этом решаются

следующие задачи: улучшение пассажа по желудочно-кишечному тракту (регулярные сифонные клизмы, медикаментозная стимуляция моторики кишечника), профилактика дисбактериоза (эубиотики) и ферментативных нарушений. В клинике отдаем предпочтение максимального устранения завала, ибо успех консервативной терапии во многом зависит от эффективности опорожнения кишечника с использованием сифонных клизм. У большинства больных с БГ настойчиво проводимые консервативные лечебные мероприятия позволяют быстро стабилизировать состояние больного. Длительность предоперационной подготовки составила до 7 дней – у 11 (20,4%); до 10 дней – у 22 (40,8%); до 15 дней – у 13 (24,0%); до 20 дней – у 8 (14,8%). Предварительная колостомия была наложена 2 (3,7%) больным, поступившим в крайне тяжелом состоянии с явлениями кишечной непроходимости и полиорганной недостаточности.

В клинике при данной аномалии отдается предпочтения одномоментной радикальной операции методом Soave-Boley с максимальной коррекцией выявленных нарушений.

Анализ интраоперационного периода показала, что при выполнении данной операции технические сложности наблюдались у больных, перенесших воспалительные изменения со стороны кишечника и в случаях выполнения операции после 6-7 летнего возраста, а также при явлениях выраженного мегаректума. В подобных случаях отмечались сложности в этапе демукозации и интенсивное кровотечение при выполнении данного этапа.

В ближайшем послеоперационном периоде у одного больного наблюдался явления вторичного кровотечения в межфутлярном пространстве, удавшегося остановить консервативными мероприятиями. Других осложнений в ближайшем и отдаленном периодах не наблюдали.

Отдаленные функциональные результаты оценены как: хорошие у 40 (74,1%) больных; удовлетворительные – у 13 (24,1%); неудовлетворительные – у одного (1,8%).

Выводы

1. У детей чаще наблюдаются ректальная (31,5%), ректосигмоидальная (61,1%), реже – субтотальная и тотальная (7,4%) формы БГ, чаще в стадии субкомпенсации (70,4%) и декомпенсации (22,2%). При этом степени тяжести каловой интоксикации зависят от эффективности проводимых консервативных мероприятий.
2. У большинства больных выявляется типичная клиническая картина БГ, однако степень выраженности отдельных симптомов может быть различна. Тщательный сбор анамнеза, изучение клинической картины и течения заболевания в большинстве случаев позволяет заподозрить у ребенка БГ. Однако для окончательной постановки диагноза необходимо проведение дополнительных методов исследования.
3. Операцию Soave можно успешно применять при различных анатомических формах БГ. Из существующих её модификаций предпочтение должно отдаваться способу Soave-Boley, отличающимся более функциональностью и сравнительно лучшими непосредственными и отдаленными результатами.

Литература

1. Ашкрафт К. К. Детская хирургия. К.К. Ашкрафт, Т.М. Холдер. (Перевод с английского). СПб., 1997; 2: 66-76.
2. Гассан Т.А. О проблеме кишечных стом у детей периода новорожденности. Детская хирургия. 2002; 4: 41-44.
3. Дубровская М.И., Шумилов П.В., Мухина Ю.Г. Запоры у детей. Лечащий врач. 2008; 7: 43-50.
4. Лёнюшкин А.И. Хирургическая колопроктология детского возраста. Москва, М., 1999.
5. Мазурин А.В. Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии Текст. Педиатрия. 2000; 5: 19-22.
6. Сварич В.Г. Особенности рентгенологического исследования при болезни Гиршпрунга у детей. Детская хирургия. 2007; 4: 24-26.
7. Франциянц К.Г., Чепурной Г.И., Кивва А.Н. Клиника и диагностика болезни Гиршспрунга у детей. Детская хирургия. 2002;1:11-13.
8. Цимбалова Е.Г. Алгоритм лечения хронических запоров у детей. Вопросы современной педиатрии. 2011;3 (10):108-113.

9. De la Torre L., Ortega A. Transanal Versus Open Endorectal Pull–Through for Hirschsprung´s Disease J. Pediatr. Surg. 2000; 35(11):1630-1632.
10. Wang N.L., Lee H.C., Yeh M.L. et all. Experience with primary laparoscopy-assisted endorectal pull-through for Hirschsprung's disease Pediatr. Surg. Int. 2004; 20(2):118-122

Эргашев Н.Ш., Ражабова Ш.Г.

БОЛАЛАРДА ГИРШПРУНГ КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИКАСИ УНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Калит сўзлар: гиршпрунг касаллиги, болалар, аганглиоз, ташхис, клиникаси, даволаш.

Мақолада 2014 йилдан 2018 йилгача бўлган даврда Гиршпрунг касаллиги билан касалланган 54 беморни даволаш натижалари таҳлил қилинган. Беморларнинг ёши 3 ойдан 15 ёшгача бўлиб, ўғил болалар 45 (83,3%) нафар, қизлар эса 9 (16,7%) нафарни ташкил этган. Касалликнинг қуйидаги анатомик турлари қайд этилган: ректал – 17 (31,5%); ректосигмоидал – 33 (61,1%); субтотал – 4 (7,4%). 48 (88,9%) беморда касалликнинг турли хил асоратлари қайд этилган, булар: анемия 47 (87%) нафар беморда; гипотрофия – 42 (77,8%) беморда; колит белгилари – 31 (57,4%) беморда. Касалликнинг эрта диагностикаси ва тўғри танланган даво тактикаси асоратлар салмоғи, кераксиз аралашувлар сонини сезиларли даражада камайтириш ва даволаш натижаларини яхшилашга имконият яратади.

Ergashev N.Sh., Rajabova Sh.G.

PECULIARITIES OF CLINICS, DIAGNOSIS AND TREATMENT HIRSPRUNG'S DISEASE AT CHILDREN

Key words: Hirschsprung disease, agangliosis, diagnosis, clinic, treatment

The article deals with the results of treatment 54 patients with Hirsprung's disease from 2014 to 2018. The age of patients were from 3 months to 15 years. Boys were 45 (83,3%), girls were 9 (16,7%). The following anatomical forms were stated: rectal forms were 17 (31,5%); rectosigmoidal ones were 33 (61,1%), subtotal ones were 4 (7,4%). In 48 (88,9%) patients, various complications had separately or different combinations of them: anemia was in 47 (87%); malnutrition was in 42 (77,8%); symptoms of colitis was in 31 (57,4%). It is believed that timely diagnosis and correct tactics in the early period can significantly reduce the number of complications, unnecessary interventions and improve treatment outcomes.

Эргашев Н.Ш., Хуррамов Ф.М., Худойкулов З.М.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ПО МАТЕРИАЛАМ КЛИНИКИ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Анализ аспектов диагностики и тактики лечения инвагинации кишечника у детей по материалу клиники за последние 10 лет.

Материал и методы. В ГДХКБ №2 города Ташкента (клиническая база кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ) с 2009 по 2018 гг. находилось на лечении 162 детей с инвагинацией кишечника в возрасте от 3 месяцев до 7 лет, мальчиков – 110 (67,9%), девочек – 52 (32,1%). Всем больным проводилось клиническое обследование, применялись лабораторные, рентгенологические и ультразвуковые методы исследования.

Результаты. В диагностике инвагинации кишечника у детей, кроме клинической картины, важное значение имеют данные ультразвуковых и рентгенологических исследований. Проведение по показаниям и соблюдение основных правил консервативного расправления инвагинации кишечника является простым и эффективным способом лечения ИК у детей.

Инвагинация кишечника (ИК) является частой причиной приобретенной кишечной непроходимости у детей раннего возраста и составляет 70-80% от всех видов КН в детском возрасте [1,6]. Несмотря на достаточно большое количество публикаций, некоторые аспекты инвагинации все еще не утратили своей актуальности. До сих пор не существует единой точки зрения на тактику лечения данной патологии. Основной принцип лечения ИК – ранняя дезинвагинация. В настоящее время существуют три основных способа лечения: консервативный -путём пневмоирригокомпрессии или гидроэхоколонографии, лапароскопический и традиционный открытый. Если ранее показания к консервативной дезинвагинации ограничивались сроком от начала заболевания, возрастом пациента, характером инвагинации, то в последние годы консервативная тактика лечения значительно расширяется в виду ее простоты и малотравматичности. В настоящее время преимущества консервативного способа расправления инвагината общепризнаны, его эффективность составляет 66,3-92,5% [1-4]. По данным отдельных авторов повторные попытки консервативного расправления инвагината являются эффективными во всех стадиях заболевания и увеличивают число больных, излеченных бескровным методом. Единственным противопоказанием к консервативному лечению инвагинации кишечника у детей являются клинические признаки перитонита при любых сроках заболевания [1-5].

Цель работы – анализ аспектов диагностики и тактики лечения инвагинации кишечника у детей по материалу клиники за последние 10 лет.

Материал и методы

В ГДХКБ №2 города Ташкента (клиническая база кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ) с 2009 по 2018 гг. находилось на лечении 162 детей с инвагинацией кишечника в возрасте от 3 месяцев до 7 лет, мальчиков – 110 (67,9%), девочек – 52 (32,1%). До 1 года было 116 (71,6%) пациента, старше года – 46 (28,4%). Наиболее часто инвагинация встречалась в возрасте от 5 до 11 месяцев – 108 (66,7%) детей. Всем больным проводилось клиническое обследование, применялись лабораторные, рентгенологические и ультразвуковые методы исследования.

Результаты и обсуждение

Сроки госпитализации пациентов в хирургический стационар значительно колебались. В сроки до 6 часов от начала заболевания поступили 8 (4,9%) детей, от 6 до 12 часов – 45 (27,8%), от 12 до 24 часов – 59 (36,5%), от 24 до 48 часов – 42 (25,9%), и в сроки более 48 часов – 8 (4,9%) больных. При сборе анамнеза выявлено наличие погрешности в питании у 23 (14,2%) детей. В 15 (9,2%) наблюдениях инвагинация развилась на фоне острой респираторной инфекции, у 13 (8%) пациентов – на фоне кишечной инфекции. Клинические проявления заболевания характеризовались полиморфизмом. Приступообразные боли в животе, в виде периодического беспокойства, отмечались у 157 (97%) пациентов, у 36 (22%) из них с повышением температуры тела до субфебрильных цифр. У 136 (83,9%) больных наблюдалась рвота, в начале заболевания – содержимым желудка, затем – с примесью желчи, у 5 – застойным содержимым. У 51 (31,5%) определялось вздутие живота. У 137 (84,5%) больных живот при пальпации был мягким, у 25 (15,5%) детей определялось напряжение мышц передней брюшной стенки. Пальпация инвагината в виде опухолевидного подвижного, болезненного образования наблюдались в 108 (66,7%) случаях. В 54 (33,3%) случаях из-за беспокойства ребенка провести тщательную пальпацию живота не было возможным, эти дети были осмотрены под медикаментозным потенцированием. При пальцевом исследовании прямой кишки у 55 (34%) больных наблюдалось наличие крови в заднем проходе, напоминающее «малиновое желе».

При наличии клинической картины перитонита и явлениях кишечной непроходимости с асимметрией живота произведена обзорная рентгенография брюшной полости с целью дифференциальной диагностики с заболеваниями и пороками развития сходными клиническими признаками. При этом у 71 (66,9%) обследованных выявлены рентгенологические признаки кишечной непроходимости.

УЗИ брюшной полости выполнялось 156 (96,3%) детям с инвагинацией кишечника, эффективность которого отмечена в 152 (93,8%) случаев. При ультрасонографии у детей были обнаружены: наличие свободной жидкости в брюшной полости – 55 (33,9%); локальное утолщения стенки кишки – у 98 (60,4%); пато-

гномоничные признаки инвагинации кишечника в виде симптома «мишени» или «псевдопочки» – у 138 (85,2%), увеличение лимфатических узлов брыжейки – у 4 (2,5%).

Начиная 2009 года в клинике лечебные мероприятия при инвагинации кишечника начаты с проведения консервативной тактики – расправление инвагинации под рентгеновским экраном, с использованием электронного усилителя изображения. У 94 (58%) больных инвагинация устранена при нагнетании в толстую кишку воздуха с контролем создаваемого давления.

Критерием расправления инвагинации служило прохождение воздуха в терминальный отдел подвздошной кишки, а также исчезновение опухолевидного образования в брюшной полости. В 8 (4,9%) случаях расправить инвагинат не удалось, неудачные попытки расправления отмечены в периоде становления методики консервативной дезинвагинации, также выяснилось, что у 3 из этих пациентов консервативная дезинвагинация начата без соблюдения принципов анестезиологического обеспечения и боязнью перфорации кишечника у врача, выполнившего манипуляции без использования дозиметра для определения объема вводимого воздуха в кишечник. Эти больные подвергнуты оперативной дезинвагинации. При лапаротомии у 3 больных выявлено возникновение инвагинации на фоне органических нарушений, связанных с патологией остатками желточного протока. У которых потребовались выполнение устранение «внекишечных причин» непроходимости и дезинвагинация кишечника. У 2 пациентов головка инвагината определялась в просвете нисходящей ободочной кишки, по-видимому, послужившей причиной трудности консервативной пневматической дезинвагинации.

Всего хирургическое лечение выполнено 68 (42%) больным. Показания к оперативному лечению были следующими: клинические признаки перитонита; тонко-тонкокишечная инвагинация (диагностирована при УЗИ); безуспешность консервативного лечения.

Во время операции верифицированы следующие формы ИК: тонко-тонкокишечная у 3 (4,3%) больных; подвздошно-ободочная – у 29 (42,7%); слепо-ободочная – у 35 (51,5%); толсто-толстокишечная – у одного (1,5%).

В их структуре выявлены морфологические причины внедрения: дивертикул Меккеля – у 8 (11,8%), полипы тонкого кишечника – у 3 (4,3%). В зависимости от характера выявленных нарушений проведены следующие виды оперативных вмешательств (см. таблицу).

Оперативные вмешательства при инвагинации кишечника

Виды оперативных вмешательств	Кол-во операций
Дезинвагинация кишечника	4
Дезинвагинация кишечника и аппендэктомия	34
Дезинвагинация кишечника и биопсия лимфатического узла брыжейки кишечника	2
Дезинвагинация, резекция тонкого кишечника несущий дивертикул Меккеля или полипа с наложением межкишечного анастомоза	10
Дезинвагинация кишечника с резекцией участка кишки и выведением кишечных стом	8
Резекция блоком илеоцекального угла с илео-асцендо-анастомозом	8
Повторная дезинвагинация, баугинопластика, цекопексия	2
Всего:	68

В 34 (50%) случаях дезинвагинация сочеталась с аппендэктомией, когда у больных измененный червеобразный отросток был вовлечен в инвагинат. Брыжеечный лимфаденит явился показанием к биопсии лимфатических узлов. У 16 (23,4%) детей имелся некроз кишки, потребовавший резекции: тонкого кишечника у 8 (11,7%) больных с наложением илеостомы; илеоцекального угла с блоком инвагината – у 8 (11,7) с формированием илео-асцендоанастомоза. Резекция некротически измененного участка кишки с последующим наложением в условиях перитонита межкишечного анастомоза выполнена у одного ребенка, у которого отмечена несостоятельность швов, что потребовало резекции зоны анастомоза с формированием двойной энтеростомии. Дети, перенесшие дезинвагинации с резекций тонкого кишечника и формированием энтеростомы были оперированы в плановом порядке спустя 1,5-2 мес. после первичной операции. Рецидив инвагинации наблюдался у 2 (2,9%) больных на 2-3 сутки после оперативной дезинвагинации, при повторной лапаротомии наряду с устранением инвагинации пациентам произведена баугинопластика и цекопексия в связи выявленными явлениями недостаточности баугиновой заслонки и отсутствия фиксации слепой и восходящей ободочной кишки. Других осложнений в послеоперационном периоде и летальных исходов среди наблюдавшихся больных не отмечено.

Выводы

1. В диагностике инвагинации кишечника у детей, кроме клинической картины, важное значение имеют данные ультразвуковых и рентгенологических исследований.
2. Проведение по показаниям и соблюдение основных правил консервативного расправления инвагинации кишечника является простым и эффективным способом лечения ИК у детей.
3. Некроз кишечника и органические причины инвагинации являются показанием к сегментарной резекции тонкого кишечника с анастомозированием. В условиях перитонита формирование прямого межкишечного анастомоза ведет к несостоятельности швов, поэтому целесообразно формирование энтеростомы.

Литература

1. Беляев М.К. Расширение показаний к консервативному лечению инвагинации кишечника у детей. Детская хирургия, 2010; 4: 25-28.
2. Бондаренко Н. С., Каган А. В., Немилова Т. К. Инвагинация кишечника у детей: выбор тактики лечения. Ученые записки СПбГМУ им. Акад. И.П.Павлова Том XXII N3, 2015:35-36.
3. Морозов Д.А., Городков С.Ю., Филиппов Ю.В., Староверова Г.А. Инвагинация кишечника: можно ли проводить консервативное лечение независимо от длительности заболевания. Российский вестник детской хирургии анестезиологии и реаниматологии 2012;4:17-20.
4. Морозов Д.А., Городков С.Ю. Федеральные клинические рекомендации «Инвагинация кишечника у детей». Российский вестник детской хирургии анестезиологии и реаниматологии 2014;1:103-110.
5. Темнова В.А. Клинико-эхографические критерии обоснования лечебной тактики у детей с инвагинацией кишечника: Автореф. дисс. … канд. мед. наук. – М., 2010:26с.
6. Huppertz H. I., Soriano-Gabarro M., Grimprel E. Franco E., Mezner Z., Desselberger U., Smit Y., Wolleswinkelvan den Bosch J., De Vos B., Giaquinto C. Intussusception among young children in Europe. J. Pediatr. Infect. Dis. 2006; 25: 22–29.

Эргашев Н.Ш., Хуррамов Ф.М., Худойкулов З.М.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ПО МАТЕРИАЛАМ КЛИНИКИ

Калит сўзлар: ичак инвагинацияси, клиникаси, диагностикаси, пневоирригография, Мескел дивертикули, болалар

Маколада 2009-2018 йиллар давомида ичак инвагинацияси билан 162 нафар болани диагностика ва даволаш натижалари ёритилган. Беморларнинг 110 (67,9%) нафарини ўғил, 52 (32,1%) нафарини қизлар ташкил этган. 94 (58%) беморда консенрватив даво ўтказилган. 68 (42%) беморда жарроҳлик даво ўтказилган. Ичакнинг некроз 16 (23,4%) беморда аникланди, улардан 8 (11,7%) беморларда ичак резиктсияси ва аностомоз қўйилган. 11 (11,7%) беморда эса энтеростома шакллантирилган.

Ergashev N.Sh., Khurramov F.M., Khudoykulov Z.M.

DIAGNOSIS AND TREATMENT INTESTINAL INVAGINATION IN CHILDREN BY CLINICS MATERIALS

Key words: intestinal invagination, clinic, diagnosis, pneumo-irrigoscopy, Meckel's diverticulum, children.

The paper presents the experience of clinic diagnosis and treatment 162 children with invagination of intestine from 2009 to 2018. There were 110 boys (67,9%), 52 girls (32,1%). Conservative treatment was used in 94 patients (58%). Surgery was performed in 68 (42%) patients. Intestinal necrosis was detected in 16 (23,4%) patients, in which 8 (11.7%) patients were undergone to intestinal resection with anastomosis and 8 (11,7%) patients had enterostomy.

Нарбаев Т.Т., Тураева Н.Н., Тилавов У.Х., Теребаев Б.А., Тураев Ш.Б.,Чулъбаев А.И.

МОДИФИКАЦИЯ ОПЕРАЦИИ STOUNE-BENSON ПРИ НИЗКИХ СВИЩЕВЫХ ФОРМАХ АНОРЕКТАЛЬНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения низких форм аноректальной мальформации путём внедрения нового способа хирургического лечения атрезии анального отверстия и прямой кишки с ректовестибулярными и ректопромежностными свищами у детей.

Материал и методы. В основу работы положен анализ результатов обследования и оперативного лечения 116 девочек с атрезией анального отверстия с ректовестибулярными и ректопромежностными свищами, госпитализированных в отделение плановой хирургии клиники Ташкентского педиатрического медицинского института за период с 1998 по 2018 годы.

Результаты. Анализ результатов исследований показал, что причиной высокого процента осложнений являются недостаточная мобилизация передней стенки кишки, низведение морфологически неполноценной кишки, что неизбежно приводит к функциональным и органическим нарушениям после операций как в ранние, так и отдаленные сроки послеоперационного периода.

Проблема хирургической коррекции аноректальных аномалий по сей день не теряет своей актуальности. В последнее время для коррекции свищевых форм аноректальных пороков у девочек наиболее часто использовались операции Stoune-Benson, Rizzoli, Pena и их модификации. Однако каждая из этих операций, наряду с несомненными достоинствами, имели ряд недостатков, что обуславливало высокий процент неудовлетворительных результатов, многие из которых остаются тяжелыми инвалидами. Поэтому важны новые разработки, направленные на совершенствование тактики, методик и способов лечения при свищевых формах аноректальной мальформации у детей.

Разработка протоколов стандартов диагностики, выбор метода лечения и план реабилитации позволят значительно сократить частоту осложнений, врачебных ошибок и ранней инвалидизации детей, а также повысить качество жизни и экономическую эффективность хирургической помощи детям со свищевыми формами аноректальных мальформаций.

Цель работы - улучшение результатов хирургического лечения низких форм аноректальной мальформации путём внедрения нового способа хирургического лечения атрезии анального отверстия и прямой кишки с ректовестибулярными и ректопромежностными свищами у детей.

Материал и методы

В основу работы положен анализ результатов обследования и оперативного лечения 116 девочек с атрезией анального отверстия с ректовестибулярными и ректопромежностными свищами, госпитализированных в отделение плановой хирургии клиники Ташкентского педиатрического медицинского института за период с 1998 по 2018 годы.

Всем детям, наряду с общеклиническими методами обследования, проводились: фистулоирригография, экскреторная урография, цистография, УЗИ промежности (малого таза), сфинктерометрия, измерение давления в ампуле прямой кишки, морфологические исследования дистальных участков прямой кишки и сфинктерного аппарата.

Из них 87 детей первичные больные и 29 детей - повторные, ранее оперированные в других лечебных учреждениях. Из 29 повторно поступивших детей первичная промежностная проктопластика выполнена у 25, брюшно-промежностная – у 4, причем у 6 детей промежностная проктопластика выполнена 2 раза и у 2 детей 4 раза. Подавляющее большинство составили дети с атрезией анального отверстия с ректовестибулярными свищами (75 случаев - 86,2%). У 12 (13,8%) детей диагностирована атрезия анального отверстия с ректопромежностным свищом. Среди обследованных больных большая доля приходилась на годовалый возраст - 56 (64%). Второе место по частоте заняли больные в возрасте до 3 лет – 26 (30%). 3 (3%) больных были в возрасте от 4 до 7 и 1 (1,1 %) - в возрасте 8 лет (табл. 1).

Распределение наблюдаемых детей по возрасту и уровню свищевых форм первично поступивших детей представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение первичных больных по возрасту и уровню низких свищевых форм аноректальной мальформации (n=87)

Виды и уровень аноректальных аномалий	Возраст больных (в годах)				Всего
	0-1	1-3	4-7	Старше 7 лет	
Атрезия анального отверстия с ректовестибулярным свишом	47	23	3	2	75(86,2%)
Атрезия прямой кишки с ректопромежностным свищом	9	3	-	-	12(13,8%)
Итого	56 (64%)	26(30%)	3(3%)	2 (2,2%)	87(100%)

Сочетание свищевых форм аноректальных пороков развития с аномалиями других органов и систем было выявлено у 31 (35,6%) (табл.2.)

Таблица 2

Сочетание низких свищевых форм аноректальных пороков с аномалиями развития других органов и систем

Аномалии и заболевания	Возраст больных (в годах)				Всего
	0-1	1-3	4-7	Старше 7 лет	
Агенезия копчика	5	3	1	-	9 (29%)
МКБ	1	3	-	-	4 (12,9%)
ВПС	5	-	-	-	5 (16,1%)
Болезнь Дауна	2	-	-	-	2 (6,5%)
Уретерогидронефроз	6	3	-	-	9 (29%)
Единственная почка	-	1	-	-	1(3,2%)
Агенезия правого легкого	-	1	-	-	1(3,2%)
Итого	19 (61,3%)	1(35,5%)	1 (3,2%)	-	31(100%)

Из данных табл. 2 видно, что аноректальные аномалии чаще сочетаются с агенезией копчика и с уретерогидронефрозом - 58% (18 случаев).

У 5 (16,1%) больных отмечен врожденный порок сердца, у 3 больных - открытое овальное окно, у 1 ребенка - открытый Боталлов проток и у 1 ребенка - ДМЖП. У 11 (35,5%) больных выявлено заболевание нижних мочевыводящих путей и у 2 (6,5%) - болезнь Дауна. У одного ребенка агенезия правого легкого сочеталась с отсутствием правой почки.

Результаты и обсуждение

Для всех больных характерными были жалобы на отсутствие анального отверстия, выделение кала в преддверие влагалища или свищевое отверстие расположенное на промежности. У 17 (19,5%) детей старше 1 года с ректовестибулярным свищом отмечалось затрудненное отхождение кала и газов.

Всем детям произведена промежностная проктопластика. Распределение больных в зависимости от вида произведенной операции показано в табл. 3.

Таблица 3

Распределение детей в зависимости от вида оперативного вмешательства

Операция	Количество больных
Промежностная проктопластика (ППП) по Стоуну-Бенсону	21 (24%)
Заднесагиттальная промежностная аноректопластика (ЗСПАП)	12 (14%)
Переднесагиттальная промежностная аноректопластика (ПСАРП)	16 (18%)
Промежностная проктопластика (ППП) в модификации клиники	38 (44%)
Всего	87

Промежностная проктопластика по Стоуну-Бенсону проведена у 21 девочек, у 12 детей проведена операция заднесагиттальная промежностная проктопластика. Переднесагиттальная промежностная аноректопластика выполнена 16 детям. 38 детям при атрезии анального отверстия с ректовестибулярным свищом выполнена операция способом промежностной проктопластики в модификации клиники.

Способ промежностной проктопластики в модификации клиники не ограничивается жесткими оперативно-техническими рамками, отдельные этапы и детали могут варьировать в зависимости от конкретного случая. С другой стороны, не всякая первичная аноректальная патология, возникшая в результате неудачной коррекции, может иметь показания к использованию данной методики.

Определяющими моментами служат промежностный доступ и дифференцированная в ходе операции идентификация мышц удерживающего аппарата с помощью электростимуляции.

На изобретение способа хирургического лечения атрезии анального отверстия с ректовестибулярным свищом у детей получен патент на № IAP 04799.

Предоперационная подготовка включала безшлаковую диету (за 5-7 дней до операции), очищение дистальных отделов кишечника с помощью клизм, устранение каловой интоксикации, метаболитную терапию и стабилизацию системы гомеостаза.

Способ модифицированной промежностной проктопластики более всего приемлем для случаев атрезии заднего прохода с ректовестибулярным свищом у девочек (рис.1).

Методика операции. На месте долженствующего анального отверстия на уровне установленной метки производили небольшой овальный разрез кожи. Далее игольчатым электродом монокаутора с силой тока 10-12 мА уточняли топику наружного сфинктера и его внутреннее кольцо. По центру сокращаемого мышечного кольца-сфинктера при помощи прямого зажима тупо раздвигали мышечные волокна, стараясь не повредить их. В свищевой ход на глубину 0,5-0,6 см от кожно-слизистого перехода вводили тупой диссектор, затем, надавливая на заднюю стенку свищевого хода, захватывали его на турникет (рис.2).

После подкожного отсечения свищевого хода первоначально мобилизовали переднюю стенку низведенной кишки, отделяя ее от задней стенки влагалища. Эта манипуляция, отличная от классических методов ППП - когда первоначально мобилизуется задняя стенка кишки, позволяла эффективно скелетизировать морфологически зрелый слепой конец атрезированной кишки до уровня заднего Дугласова пространства.

В последующем более легкая и меньшая мобилизация задней стенки кишки обеспечивала сохранность главного компонента сфинктерного аппарата петли пуборектальной мышцы и меньшее сглаживание ректо-анального угла. Последнее в значительной степени сокращало частоту недержания в послеоперационном периоде. Контролируя сохранность задней стенки влагалища, тупо отделяли заднюю стенку прямой кишки от окружающих тканей до визуализации петли m.puborectalis.

Иссечение свищевого хода производили на уровне подкожно-жировой клетчатки. После отделения задней стенки прямой кишки от окружающих тканей, при помощи тупфера начинали ретроградно, тупым путем отделять переднюю стенку прямой кишки от задней стенки влагалища до заднего свода. Далее подкожно иссекали переднюю стенку свищевого хода (рис.3).

После мобилизации кишки до полноценной кишечной стенки обычно на глубину 5-7 см, ее фиксировали 4-5 узловыми швами к мышцам сфинктера и к коже, оставляя свободно висячей культю на 2-3 см (рис.4). При этом допустимо и даже желательно небольшое натяжение, благодаря которой край мобилизованной ранее кожи как бы втягивается в анальную ямку, что обеспечивает хороший косметический эффект. В просвете низведенной кишки оставляли газоотводную трубку. Мочевой пузырь катетеризировали. Отсечение культи и анопластику производили на втором этапе через 12-14 дней (рис.5). Оставление свободно висячей культи имело преимущество, главным образом, в формировании бесшовного анастомоза и профилактики расхождения краев раны и последующего рубцевания заднего прохода.

Через 1 год после операции удалось получить не только хороший функциональный результат, но и эстетичный вид промежности (рис.6).

Рис.1. Больная П. 6 месяцев, № и/б-2134. Диагноз атрезия анального отверстия с ректовестибулярным свищом. Внешний вид промежности до операции



Рис.2. После рассечения задней стенки свищевого хода приступают к мобилизации передней стенки. Зажим введенный через свищ проецируется в просвете прямой кишки.



Рис.3. Состояние после отделения передней и задней стенки кишки. Свободно висячая культя до 3 см

Рис.4. На месте свищевого отверстия наложен один узловой шов на кожу. Выведенная культя фиксирована к коже промежности узловыми швами. В просвете оставлена газоотводная трубка.

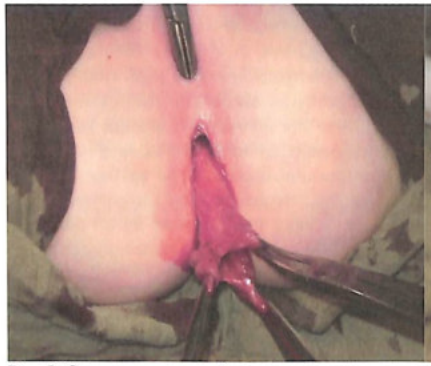


Рис.5. Состояние после 2 этапа операции – иссечение культи (2 сутки после операции)



Рис.6. Состояние промежности и анального отверстия через 1 год после операции. Анальный канал покрыт втянутой проктодермой и сохраняется нормальный вид промежности





Результаты операции Стоун-Бенсона для коррекции атрезии ануса с ректовестибулярным свищом и ее модификации в сранительном аспекте оценивали по частоте и характеру послеоперационных осложнений (табл. 4).

Таблица 4

Осложнения ближайшего послеоперационного периода

Операция	Инфицирование послеоперационной раны	Расхождение краев раны	Передняя эктопия ануса	Ретракция низведенной кишки	Рецидив свища	Всего
ППП по Стоун-Бенсону, n=21	4 (6,8%)	3 (5,1%)	3 (5,1%)	5 (8,5%)	2 (3,4%)	17 (28,9%)
ППП в модификации клиники, n=38	2 (3,4%)	2 (3,4%)	3 (5,1%)	3 (5,1%)	-	10 (17%)
Всего, n =59	6 (10,2%)	5 (8,5%)	6 (10,2%)	5 (8,5%)	2 (3,4%)	27 (40,8%)

Как видно из табл. 4 после операции промежностной проктопластики по Стоуну-Бенсону инфицирование послеоперационной раны отмечалось в 4(6,8%) случаев и в 3(5,1%) случаях смещение неоануса кпереди. Расхождение краев раны у 3(5,1%), ретракция низведенной кишки у 5(8,5%) детей. Рецидив свища - у 2 (3,4%) детей.

После промежностной проктопластики в модификации клиники на месте свищевого хода у 2 (3,4%) детей отмечалась местная гиперемия с отделяемым геморрагического характера в первые 3-4 дня, после консервативных мероприятий выделения прекратились.

Ретракция низведенной кишки у 3(5,1%) детей, соответственно передняя эктопия ануса у 3(5,1%) детей. Заживление ран с незначительным расхождением краев у 2 (3,4%) детей. Этому в немалой степени способствовали тщательно проведенная подготовка, максимальное очищение кишечника от содержимого перед операцией, рациональная антибактериальная терапия. У всех оперированных зафиксирован хороший косметический эффект.

Сроки катамнестических наблюдений составили от 2 до 10 лет. Осложнения в различные сроки отдаленного послеоперационного периода оказались в основном непосредственно связанными и явились ожидаемыми у группы детей с осложнениями ближайшего послеоперационного периода. Частота и характер осложнений отдаленного послеоперационного периода в зависимости от метода промежностной проктопластики представлены в табл. 5.

Таблица 5

Осложнения отдаленного послеоперационного периода

Операция	Выстояние слизистой кишки	Передняя эктопия ануса	Внесфинктерное низведение	Недержание кала	Рубцовый стеноз ануса	Рецидив свища	Всего
ППП по Стоуну-Бенсону, n=21	2 (3,4%)	4 (6,8%)	3 (5,1%)	7 (11,8%)	5 (8,5%)	3 (5,1%)	24 (40,7%)
ППП в модификации клиники, n=38	2 (3,4%)	3 (5,1%)	2 (3,4%)	4 (6,8%)	3 (5,1%)	-	14 (23,7%)
Всего, n =59	4 (6,8%)	7 (11,9%)	5 (8,5%)	11 (18,6%)	8 (13,6%)	3 (5,1%)	38 (64,4%)

После промежностной проктопластики по Стоуну-Бенсону у 5 (4,8%) детей с расхождением краев раны в позднем послеоперационном периоде отмечался в различной степени выраженности рубцовый стеноз анального отверстия. Выраженность стенозирующего кольца и его протяженность зависели от уровня ретракции низведенной кишки. Стеноз анального отверстия у 3 (5,1%) больных был настолько выраженным, что консервативному разбужированию препятствовали грубые рубцовые ткани промежности и анального отверстия. У 2 (3,4%) больных рубцовый стеноз был нестойким и консервативными мероприятиями

ятиями удалось разбужировать анальное отверстие. Выстояние слизистой прямой кишки отмечено у 2 (3,4%) детей.

У 4 (6,8%) детей отмечена передняя эктопия анального отверстия и у 3 (5,1%)детей внесфинктерное низведение кишки. Стойкое недержание кала выявлено у 7 (11,8%)детей даже после проведения реабилитационной программы. Рецидив свища, как следствие ретракции отмечен у 3 (5,1%)детей.

После ППП в модификации клиники стеноз анального отверстия был диагностирован при пальцевом исследовании у 3 (5,1%) детей. В процессе проведения бужирования и массажа сфинктера нестойкое стенозирующее кольцо было ликвидировано. Выстояние слизистой выявлено у 2 (3,4%) детей.

У 3(5,1%) детей с передней эктопией анального отверстия и у 2 (3,4%) детей с внесфинктерным низведением отмечалось недержание кала. При этом стойкое недержание кала, отмеченное именно у этих 4 (6,8%) детей с внесфинктерным низведением было выраженным, тогда как у детей с передней эктопией за счет сохранности задней порции мышц анального сфинктера и проведения реабилитационных мероприятий достигали улучшения показателей на 33%. Рецидива свища не наблюдалось.

Анализ результатов исследований показал, что причиной высокого процента осложнений являются недостаточная мобилизация передней стенки кишки, низведение морфологически неполноценной кишки, что неизбежно приводит к функциональным и органическим нарушениям после операций как в ранние, так и отдаленные сроки послеоперационного периода.

Таким образом, преимуществами предложенной нами модификации промежностной проктопластики явились:

- сохранение целостности промежности с ее иннервацией, что способствует достижению хороших косметических и функциональных результатов;

- в результате ретроградного отделения передней стенки и иссечения свища изнутри на месте свищевого отверстия образуется дефект, размером соответствующий размеру свища, что предотвращает деформацию и наличие рубца со стороны влагалища;

- инфицирование раны не наблюдалось, что достигалось отведением каловых масс на расстояние, в результате оставления свободно висячей кишечной культи с сохранной мышечной стенкой и иссечения ее после образования бесшовного анастомоза;

- сохранение целостности промежности, мышечных структур, как сфинктера, так и пуборектальной петли предотвращало смещение вновь сформированного заднего прохода кпереди, к преддверию влагалища, а также исключало возможность рецидива свища в половую систему.

Литература

1. Алиев М.М., Нарбаев Т.Т., Тураева Н.Н.,Теребаев Б.А. Модифицированная промежностная проктопластика по Стоун-Бенсону при низких формах аноректальной мальформации у детей. Журнал Хирургия Узбекистана.2016; 2:13-18.
2. Алиев М.М., Нарбаев Т.Т.,Тураева Н.Н.,Теребаев Б.А. Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения свищевых форм аноректальной мальформаций у детей. Медицинский журнал Узбекистана.2016; 6:53-55
1. Алиев М.М., Нарбаев Т.Т.,Тураева Н.Н.,Чулиев М.С., Насыров М.М. Выбор метода и уровня колостомы у детей с болезнью Гиршпрунга и аноректальной мальформацией. Журнал Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. 2016; 2: 95-99.
2. Алиев М.М., Тураева Н.Н.,Теребаев Б.А., Нарбаев Т.Т. Сравнительная характеристика отдаленных результатов хирургического лечения свищевых форм низкой аноректальной мальформации у детей. Журнал Педиатрия. 2014; 1-2: 64-67.
3. Гумеров А.А., Латыпов Г.Г. и др. Хирургическое лечение атрезии прямой кишки и анального отверстия с ректовестибулярным свищом у девочек. Детская хирургия М.1999; 5: 50.
4. Иванов П. В., Киргизов И. В., Баранов К. Н., Шишкин И. А. Этапное лечение аноректальных пороков у детей. Мед. Вестник 2010;3:88-89.
5. 7.Каримов У.Ш., Лёнюшкин А.И. Аноректальные дисфункции у детей после первичной проктопластики и возможности их коррекции. Детская хирургия. 2007; 3: 17-20.
6. 8.Лёнюшкин А.И., Мошеков Е.К., Басилашвили Ю.В. Оперативное лечение низких свищевых форм атрезии заднего прохода с применением заднесагиттального доступа у детей. Клиническая хирургия. 1990; 6: 6-8.
7. Лёнюшкин А.И., Петровский М.Ф. Переднесагиттальная промежностная проктоаносфинктеропластика в хирургии аноректальных аномалий у детей. Детская хирургия М. 2001; 3:4-7.

Петровский М. Ф. Новый подход в хирургической коррекции аноректальных аномалий у детей. Российский педиатрический журнал. 2001; 6: 38-39.

Смирнов А.Н., Поддубный И.В. Хирургическое лечение аноректальных пороков развития у детей. Хирургия. 1990; 8: 149-155.

Сулайманов А.С., Хамраев А.Ж., Лёнюшкин А.И. Амбулаторная проктология детского возраста – Ташкент –1993.

8. Щитинин В.Е., Поварнин О.Я. и др. Способ хирургического лечения атрезии прямой кишки со свищом в половую систему у девочек. Детская хирургия М. 2001;4:10-13.
9. Aliev M.M., Narbayev T.T.,Turaeva N.N., Terebaev B.A. Early and complications of proctoplasty in children with low anorectal type of malformation. International congress of Pediatrics 2013 The 27th Congress of the International Pediatrics Association. 24-29 august 2013 Melbourne, Australia page – 665-666
10. Aliev M.M., Narbayev T.T.,Turaeva N.N., Terebaev B.A. Comparion of rectoplasty in girls with lower form of anorectal malformation // WOFAPS 2013 Berlin 12-16 october p-21/8
11. Bischoff A., Levitt M.A., Pena A. Update on the management of anorectal malformations. Pediatr. Surg. Int. 2013; 29 (9): 899-904.
12. Harjai M.M., Sethi N., Chandra N. Anterior saggital anorectal plastic: An alternative to posterior approach management of congenital vestibular fistula. Afr. J. Paediatr. Surg. 2013; 10: 78-82
13. UpadhyayaV.D., Gopal S. C., Gupta D.K., Gangopadhyaya A.N., Sharma S.P., Kumar V. Single stage repair of anovestibular fistula in neonate. Pediatr. Surg. Int. 2007; 23: 737-740.
14. Chadha R, Choudhury S. R., Pant N. et al. The anomalous clinical anatomy of congenital pouch colon in girls. J.Pediatr. Surg. 2011; 46: 1593-1602.
15. Narbayev T.T., Tilavov U. Kh., Turaeva N.N., Terebaev B.A. Rehabilitation of Children with Anorectal Malformations. J.Progressing Aspects In Pediatrics And Neonatology 2018; 1(3): 1-5.
16. Narbayev T.T., Tilavov U. Kh., Turaeva N.N., Terebaev B.A. Modified Stone Benson's Perineal Proctoplastics in Low Forms of Anorectal Malformation in Children. J. American Journal of Medicine and Medical Sciences 2018; 8 (4): 66-70.
17. Puri A., Chadha R., Choudhury S.R., Garg A. Congenital pouch colon: follow-up and functional results after definite surgery. J.Pediatr. Surg. 2006; 41: 45-49.

Нарбаев Т.Т., Тураева Н.Н., Тилавов У.Х., Теребаев Б.А.,Тураев Ш.Б.,Чулъбаев А.И.

АНОРЕКТАЛ МАЛЬФОРМАЦИЯНИНГ ҚУЙИ ҚИСМЛИ ШАКЛЛАРИДА СТОУН-БЕНСОН ОПЕРАЦИЯСИНИНГ МОДИФИКАЦИЯСИ

Калит сўзлар: аноректал мальформация, операциянинг янги модификацияси, эрта ва узок давр натижалари.

Стоун-Бенсон усулида оралик проктопластикасидан кейинги эрта даврда асоратлар 18,9% болаларда, оралик проктопластиканинг клиника модификациясидан кейин эса (патент № IAP04799 19.04.2011й.) 9,5% кузатилди. Операциядан кейинги узок даврда эса асоратлар мос равишда 22,8%, ва 12,3% болаларда кузатилди. Таклиф этилган оралик проктопластикаси клиник модификациясининг нисбатан ижобий натижалари кузатилди.

Narbaev T.T., Turaeva N.N., Tillavov U.Kh., Terebaev B.A., Turaev Sh.B., Chulbaev A.I.

MODIFICATION OF STOUNE-BENSON OPERATION AT LOW FISTULOUS FORMS OF ANORECTAL MALFORMATION

Key words: anorectal malformation, concomitant anomalies, colostomy, treatment.

The article deals with data on features in form of concomitant anomalies and preliminary colostomy of children with high form of anorectal malformation that must be considered as execution of abdominal-perineal proctoplasties with view to mark up their advantage.

Насиров А.А., Собитов И.З.

ХИРУРГИЯ НЕФРОЛИТИАЗА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРПАРАТИРЕОИДИЗМЕ У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Этапность и варианты хирургического лечения мочекаменной болезни при первичном гиперпаратиреоидизме у детей.

Материал и методы. Для исследования были отобраны 52 больных в возрасте от 1 года до 15 лет с диагнозом мочекаменная болезнь с диагностированным первичным гиперпаратиреоидизмом. Нами было исследовано содержание общего кальция и неорганического фосфора в крови и в суточной моче, а также ионизированный кальций, нагрузочные пробы с кальцием и хлористым натрием, содержание паратиреоидного гормона, кальцитонина, витамина D и циклического 3,5-аденозинмонофосфата в сыворотке крови. Из инструментальных методов - рентгеноденситометрия костей кисти и ультразвуковой остеометрии.

Результаты. Выбор первичного хирургического вмешательства при нефролитиазе ПГПТ генеза должен определяться характером и тяжестью уродинамических осложнений. Гиперпаратиринемия-гиперкальциемия, которые могут возникать после литотомии успешно лечатся консервативно. При неэффективности консервативного лечения показаны гемодиализ и ПТЭ. Больным, которым первично осуществлена литотомия или высокая деривация мочи ПТЭ целесообразно выполнять после исчезновения симптомов интоксикации, уменьшения гнойно-воспалительных процессов и восстановления функции дренированной почки (на 15-45 сутки).

Нефролитиаз при первичном гиперпаратиреоидизме характеризуется быстрым ростом камней, двусторонним поражением, множественными, коралловидными камнями, частым рецидивированием и тяжелыми осложнениями [2,8,13]. Причинами, вызывающими камнеобразование в почках при первичном гиперпаратиреоидизме (ПГПТ) являются гиперкальциурия, гиперфосфатурия и нарастание pH мочи [5-6,10]. Полагают, что после установления диагноза ПГПТ первым этапом лечения необходимо выполнять паратиреоидэктомию (ПТЭ), что предупреждает камнеобразование и развитие гиперкальциемического криза, который чаще наблюдается у детей [12,5].

Не менее актуальной остается проблема хирургического лечения детей с осложненными формами нефролитиаза при ПГПТ. Следует также отметить, что биохимические процессы, происходящие в организме детей с ПГПТ, могут ухудшать течение послеоперационного периода и требуют индивидуального подхода при выборе этапности и сроков хирургического лечения нефролитиаза и ПГПТ у детей [1,3,7].

Цель работы - этапность и варианты хирургического лечения мочекаменной болезни при первичном гиперпаратиреоидизме у детей.

Материал и методы

Для исследования были отобраны 52 больных в возрасте от 1 года до 15 лет с диагнозом мочекаменная болезнь с диагностированным первичным гиперпаратиреоидизмом. Нами было исследовано содержание общего кальция и неорганического фосфора в крови и в суточной моче, а также ионизированный кальций, нагрузочные пробы с кальцием и хлористым натрием, содержание паратиреоидного гормона (ПТГ), кальцитонина (КТ), витамина D и циклического 3,5-аденозинмонофосфата (цАМФ) в сыворотке крови [9, 14]. Из инструментальных методов особое внимание был уделен рентгеноденситометрия костей кисти и ультразвуковой остеометрии.

Детям, больным нефролитиазом ПГПТ генеза выполнены следующие виды хирургических вмешательств:

1) паратиреоидэктомия (29);
2) чрескожная пункционная нефростомия (ЧПНС) (9);
3) удаление камней из мочевыводящих путей (14).

При этом выбор первичной литотомии или паратиреоидэктомии зависел от превалирования осложнений нефролитиаза и первичного гиперпаратиреоидизма.

Результаты и обсуждение

Исследованиями было подтверждено, что ПГПТ проявляется тяжелыми формами нефролитиаза. Из 88 почек пораженных конкрементами, двусторонние одиночные камни отмечались у 17 (32,6%) детей, двусторонние множественные - у 19 (36,5%), рецидивные - у 31 (59,6 %) ребенка и камневыделения наблюдались у 48 (92,3%) детей (см. таблицу).

Частота и характер нефролитиаза у обследованных детей

Нефролитиаз	МКБ без ПГПТ n=54 (контроль)	ПГПТ n=52	Всего
Односторонний одиночный камень	23 (42,5%)	12 (23,0%)	35 (33,0%)
Односторонние множественные камни	12 (22,2%)	4 (7,6%)	16 (15,0%)
Двусторонние одиночные камни	10 (18,5%)	17 (32,6%)	27 (25,4%)
Двусторонние множественные камни	9 (16,6%)	19 (36,5%)	28 (26,4%)
Рецидивные камни почек	6 (14,3%)	31 (59,6%)	37 (34,9%)

Коралловидные камни наблюдались в 45 почках (51,1%) против 22 (28,9%) почек у детей контрольной группы.

При первичном обследовании больных нефролитиазом ПГПТ генеза у 14 (26,9%) детей отмечена клиника обструктивной уропатии. На обзорной рентгенограмме обнаружены обтурирующие камни. На эходопплерограмме регистрировалось резкое снижение уретеровезикального выброса мочи (<0,10 м/сек). Дефицит секреторной функции почек на стороне предполагаемой операции в среднем составил 39,7%. Этим детям первично проводили операции на мочевыводящих путях с целью восстановления уродинамики, ПТЭ откладывали на следующий этап. Основанием для этого считали риск возникновения гипокальциемии после ПТЭ, что могло привести к спазму гладкой мускулатуры лоханки и мочеточника [4,11].

У 9 (17,3%) детей первичная хирургическая помощь заключалась в предварительной высокой деривации мочи методом ЧПНС. У 2 детей ЧПНС было установлено с двух сторон. Показанием для высокой деривации мочи у 6 детей было резкое снижение уретеровезикального выброса мочи (<0,03 м/сек), на ренограмме и динамической нефросцинтиграфии – снижение функции почки составила в среднем 58,6% (мочевина повышалась до 13,6±1,6 ммоль/л, креатинин 120,6±5,7 мкмоль/л). У 3 детей обострение хронического калькулезного пиелонефрита сопровождалось болевым и гипертермическим синдромом (38-39°С). Данный метод первичного хирургического лечения позволил избежать таких грозных осложнений как уросепсис, бактериотоксический шок, гнойный пиелонефрит, обострение хронической почечной недостаточности и др.

У 29 (55,7%) детей почечные камни не препятствовали оттоку мочи, калькулезный пиелонефрит был в стадии ремиссии. Первичное хирургическое вмешательство этим детям начинали с паратиреоидэктомии с последующим удалением камней из мочевыводящих путей.

У детей первично оперированных на мочевыводящих путях по причине обтурирующих камней (14 детей) в раннем послеоперационном периоде (1-5 день) у 7 из них (50%) наблюдалось ухудшение общего состояния, появились боли за грудиной и в подложечной области. Боли отмечались так же в костях и в суставах. Отмечена многократная рвота (до 4-6 раз) и гипертермия до 39–40°С. Беспокойство больных сменялось сонливостью, уменьшался диурез. Пульс учащался до 140-150 ударов в минуту, повышалось артериальное давление (130-140/90-100 мм рт. ст.).

Биохимическое исследование крови показало повышение уровня кальция в 1,3 раза и паратиреоидного гормона в 1,37 раза. Значительная гиперкальциемия (до 4,0 ммоль/л) и гиперпаратиринемия (до 181,7 пг/мл) наблюдалась у двух (13,5%) больных, что сопровождалось резким снижением функции почек (мочевина 12,4-16,9 ммоль/л и креатинина 158,0-190,3 мкмоль/л). Постепенно нарастали уровень кальция, ПТГ, мочевины и креатини-

на, что требовало интенсивной коррекции паратиреоидной и уремической интоксикации.

С появлением первых признаков уремии и гиперкальциемии форсировали диурез фуросемид (20-40 мг в/в) под контролем уровня электролитов и объема мочи. Клубочковую экскрецию кальция повышали инфузией 0,9% раствора хлорида натрия (150-200 мл/час). С целью уменьшения всасывания кальция в кишечнике и повышения его экскреции с мочой применяли преднизолон (30 мг/сутки), в качестве антагониста кальция использовали раствор сульфата магния (20% раствор по 5-10 мл). Для уменьшения высвобождения кальция и улучшения его фиксации в костях назначали кальцитонин (4 ед./кг/сутки в 300 мл изотонического раствора хлорида натрия). У 5 детей консервативная терапия дала ожидаемый результат, купировались уремия и гиперкальциемия. У двух больных ввиду безуспешности консервативной терапии проведен гемодиализ.

Остальным 12 (85,7%) детям ПТЭ проводили в течение 15-45 дней после первичной операции в зависимости от исчезновения клинико-лабораторных признаков обструктивного пиелонефрита.

Из 24 (46,1%) детей, которым первично выполнено ПТЭ у 10 (41,6%) в послеоперационном периоде наблюдалась выраженная гипокальциемия и гипопаратиринемия. Клинические симптомы гипопаратиреоза появились в первые часы после ПТЭ и постепенно нарастали. Ведущее место в клинической картине гипопаратиреоза занимало повышение нервно-рефлекторной возбудимости мышечного аппарата с периодическим возникновением тонических судорог.

У всех детей после ПТЭ отмечено снижение в сыворотке крови концентрации общего (до 1,6±0,07 ммоль/л) и ионизированного кальция (до 0,73±0,05 ммоль/л), ПТГ - до 56,2±2,1 пг/мл, витамина D до 9,3±0,8 пг/мл. Неорганический фосфор в крови повышался до 2,47±0,05 ммоль/л, а в моче до 9,1±1,2 ммоль/сутки, что могло быть обусловлено усиленной его реабсорбцией в почечных канальцах. Очевидно, при гипопаратиринемии и гипокальциемии происходит спазм проксимальных и дистальных почечных канальцев, что проявлялось повышением уровня креатинина (108±9,1 мкмоль/л) и снижением суточного диуреза до 40%.

На ЭКГ у всех детей в послеоперационном периоде отмечено укорочение интервала S–T, удлинение интервала Q-T и изоэлектрического интервала S-T – что могло быть свидетельством внутриклеточной гипокальциемии.

Симптомы гипокальциемии купировались внутривенным введением 2-5 мл 10% хлористого кальция на физиологическом растворе или 5% растворе глюкозы каждые 6-8 часов. После купирования клинических признаков гипокальциемии подбирали оптимальные дозы кальция для перорального приема (кальций хлорид по 0,75-1 г/сутки, кальций глюконат 3-5 г/сутки, кальций лактат 2-2,5 г/сутки), назначали витамин D и его метаболиты. Симптомы гипокальциемии постепенно уменьшались и исчезали через 1,5 – 2 мес., а операции на почках и МВП проводились не ранее чем 2-2,5 мес. после ПТЭ. За это время нормализовались уровень кальция и кальций регулирующих гормонов. Нормализовались функциональные показатели сердечно-сосудистой и нервно-психической системы, исчезали симптомы гиперпаратиринемии и гиперкальциемии.

У детей, которым первично была произведена ЧПНС гипер- и гипокальциемия не наблюдались. Сроки проведения ПТЭ этим больным выбирали индивидуально (5-15 дней), в зависимости от восстановления функции дренированной почки, уменьшения гнойно-воспалительного процесса и симптомов эндотоксемии.

Выводы

1. Выбор первичного хирургического вмешательства при нефролитиазе ПГПТ генеза должен определяться характером и тяжестью уродинамических осложнений. Гиперпаратиринемия-гиперкальциемия, которые могут возникать после литотомии успешно лечатся консервативно. При неэффективности консервативного лечения показаны гемодиализ и ПТЭ. Больным, которым первично осуществлена литотомия или высокая деривация мочи ПТЭ целесообразно выполнять после исчезновения симптомов интоксикации, уменьшения гнойно-воспалительных процессов и восстановления функции дренированной почки (на 15-45 сутки).

2. Гипокальциемия возникшая после ПТЭ приводит к спазму проксимальных и дистальных почечных канальцев и может осложняться олигоурией, повышением уровня креатинина сыворотки, что требует интенсивной терапии препаратами кальция и витамина D. Оптимальным сроком вмешательства на мочевыводящие пути после ПТЭ следует признать 2-2,5 месяца.

3. У больных с обтурационной уропатией перспективным представляется предварительная высокая деривация мочи путем наложения ЧПНС, что позволит соблюдать патогенетически обоснованный подход к выбору первичного вмешательства при нефролитиазе гиперпаратиреоидного генеза.

Литература

1. Алаев Д.С., Котова И.В. Нефролитиаз при первичном гиперпаратиреозе. Альманах клинической медицины.2013:28.
2. Джавад-Заде С.М. Современный взгляд на патогенез, течение и лечение мочекаменной болезни. Урология и нефрология. 1999;5:10-12.
3. Дзеранов Н.К., и соавт. Клинико-лабораторные показатели у пациентов с мочекаменной болезнью при наличии и отсутствии первичного гиперпаратиреоза. Урология. 2013; 4: 14-19.
4. Пархисенко Ю.А., Струкова О.Н., Струков Д.А. Хирургическое лечение первичного гиперпаратиреоза. Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2007; 29: 152-156.
5. Потемкин В.В. Клиника и лечение гиперкальциемического криза. Врач. 1999; 3: 32-34.
6. Филимонов Г.В., Васильев П.Ф., Ахмедова Ф.Б. и др. Почечная форма первичного гиперпаратиреоидизма. Радиология-практика 2002; 3: 28-31.
7. Cronin C.S, Reeve T.S, Robinson B. et al. Primary hyperparathroidism in childhood and adolescence.. J. Paediatr. Child. Health. 1996 Oct; 32(5):397-9.
8. Corbetta S., Baccarelli A., Aroldi A. et. al. Risk factors associated to kidney stones in primary hyperparathyroidism. J. Endocrinol. Invest. 2005; 28 (2): 122-128.
9. Coe, Fredric L., Joan H. Parks, and John R. Asplin. The pathogenesis and treatment of kidney stones. New England Journal of Medicine 327.16 (1992): 1141-1152.
10. Mollerup, Charlotte L., et al. Risk of renal stone events in primary hyperparathyroidism before and after parathyroid surgery: controlled retrospective follow up study. Bmj *325*.7368 (2002): 807.
11. Odvina, Clarita V., et al. Biochemical characterization of primary hyperparathyroidism with and without kidney stones. Urological research 35.3 (2007): 123-128.
12. Ogawa Y., Miyazato T., Hatano T. Oxalate and Urinary Stones. World J. Surg. 2000; 24 (10): 1154 - 1159.
13. Silverberg, S. J., Shane, E., Jacobs, T. P., Siris, E., Bilezikian, J.P. A 10-year prospective study of primary hyperparathyroidism with or without parathyroid surgery. New England Journal of Medicine. 1999; 341 (17): 1249-1255.
14. Scillitani, Alfredo, et al. "Primary hyperparathyroidism and the presence of kidney stones are associated with different haplotypes of the calcium-sensing receptor. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 2007; 92 (1): 277-283.
15. Wu LS, Wu CT, Hsu LA, Luqman N, Kuo CT. Brugada-Like electrocardiographic sample and ventricular fibrillation on patient with primary hyperparathyroidism. Europace. 2007 March; 9 (3): 172-4.

Насиров А.А., Собитов И.З.

БОЛАЛАРДА БИРЛАМЧИ ГИПЕРПАРАТИРЕОИДИЗМДА НЕФРОЛИТИАЗНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

Калит сўзлар: паратиреоидизм, нефролитиаз, инструментал.

Мақолада 1 ёшдан 15 ёшгача бўлган 52 нафар болалар буйрак-тош касаллиги билан клиник-биокимёвий ва инструментал текширувлар асосида бирламчи гиперпаратароидизм мухокама қилинди. Литотомиядан кейин ҳосил бўлган гипопаратиринемия – гиперпаракальциемия консерватив тарзда муваффақиятли даволанган. ТПНС қўлланиши яхши натижалар берган, бу унинг кам жароҳат етказиши ҳамда гиперпаратиреоидизм сабабли ривожланган нефролитиазда бирламчи амалиёт сифатида патогенетик ёндашув бўлганлиги билан изоҳланади.

Nasirov A.A., Sobitov I.Z.

NEPHROLITHIASIS SURGERY AT PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM IN CHILDREN

Key words: parathyroidism, urolithiasis, instrumental, examination

The article deals with primary hyperparathyroidism (PHPT) that was diagnosed in 52 children with urolithiasis aged from 12 months to 15 years on the basis of use clinical-biochemical and instrumental examinations. Hyperparathyrinemia-hyperparacalcemia occurred after lithotomy which was successfully treated with conservative approach, in cases lithotomy nonefficacy were indices for hemodyalisis and parathyroidectomy. The preliminary formation of percutaneous puncture nephrostomy seemed to be advantageous that was justified by less injury of this method and pathogenic approach to the choice of primary intervention in nephrolithiasis of hyperparathyroid genesis.

Отамурадов Ф.А., Кулдошев Ф.М., Махмудов М.М.

СОЧЕТАННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПРИ АНОРЕКТАЛЫХ МАЛЬФОРМАЦИЯХ У ДЕВОЧЕК

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Определить частоту и характер сопутствующих пороков развития при аноректальных мальформаций у девочек по материалам клиники.

Материалы и методы. В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ в 2004-2015 гг. находились на обследовании и лечении 210 (47,5%) девочек в возрасте от 1 дня до 15 лет с АРМ. Больным проводили комплексное обследование: общеклиническое, рентгенологическое (иригография, клоакография), УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства; эндоскопическое (вагиноскопия, клоакоскопия), лучевые методы исследования (цифровая спондилография, КТ и МРТ) позвоночника.

Аноректальные мальформации (АРМ) являются одной из наиболее распространенных патологий детского возраста. В структуре врожденных пороков развития их доля составляет около 7%, наблюдаются среди 1:2000 -1:9000 новорожденных. По данным различных авторов, частота встречаемости АРМ у девочек колеблется от 32,8% до 58,6% со значительным преобладанием свищевых форм [1-3]. Тяжесть АРМ и наблюдаемые анатомические и функциональные нарушения нередко обусловлены наличием сопутствующих пороков развития других органов и систем, встречающихся у 20% - 60,8% больных. Большой диапазон объясняется различиями в точности и тщательности обследования больных [4,6]. Недостаточная осведомленность врачей о деталях диагностики и нюансах обще-врачебной и хирургической тактики приводит к серьезным просчетам и ошибкам лечения [5].

Цель работы – определить частоту и характер сопутствующих пороков развития при аноректальных мальформаций у девочек по материалам клиники.

Материалы и методы

В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ в 2004-2015 гг. находились на обследовании и лечении 210 (47,5%) девочек в возрасте от 1 дня до 15 лет с АРМ. Нозологические формы распределены в соответствии с международной классификацией, принятой в Крикенбеке [6]. Больным проводили комплексное обследование: общеклиническое, рентгенологическое (иригография, клоакография), УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства; эндоскопическое (вагиноскопия, клоакоскопия), лучевые методы исследования (цифровая спондилография, КТ и МРТ) позвоночника.

Результаты и обсуждение

У 165 (78,6%) пациенток из 210 диагностированы свищевые формы атрезии: с ректовестибулярным свищом – 107; ректоперинеальным свищом – 22; ректовагинальным свищом – 19; Н-тип ректогенитального свища при нормально сформированном анусе – 17, у 1 из них данный вид свища при стенозе ануса и прямой кишки. Атрезии без свищей наблюдались у 12 (5,7%) девочек: у одной – атрезия прямой кишки при нормальном анусе; у 11 (5,2%) - эктопия ануса, у 19 (9%) - клоака, у 3 (1,4%) - анальный стеноз.

При комплексном обследовании у 116 (55,2%) больных выявлены 186 сопутствующих пороков развития (см. таблицу). У 62 (53,4%) пациенток сочетанные аномалии были изолированными. Ассоциированные аномалии двух или более систем – множественные пороки развития – обнаружены у 54 (46,6%) детей. Общее число аномалий - 124. У 26 (12,4%) девочек отмечены видимые глазом аномалии: синдром Дауна - 3, сколиоз - 7, удвоение влагалище - 5, аномалии конечностей - 3, тератома крестцово-копчиковой области - 1, омфалоцеле - 1, грыжи передней брюшной стенки - 1, липома в области большой половой губы - 1, незаращение верхней губы со сходящимся косоглазием - 1, гидроцефалия - 1, спинномозговая грыжа - 1, кривошея справа - 1.

Сочетание АРМ с пороками развития других органов и систем

Варианты	Нозологические формы	Число сочетанных аномалий	Больные с сочетанными аномалиями органов				
			Желудочно-кишечный тракт	Моче половая система	Вертебральные аномалии	Сердечно сосудистая система	Множественные аномалии
Основные клинические варианты	Атрезия без свищей (n-12)	9 (75%)	1/1	1/3	/1	4/5	3 (10)**
	Атрезия с промежностным свищом (n-22)	15 (63,6%)	7/6	2/6	/5	/1	6 (18)
	Атрезия с вести-булярным свищом (n-107)	55 (50,5%)	15/15	2/7	3/18*	9/8	26 (48)*
	Клоака (n-19)	12 (63,1%)	/4	/8	1/11**	2	9 (23)
Редкие региональные варианты	Стеноз ануса (n-3)	2 (66,7%)	1		1		
	Н – форма свищей при нормальном анусе (n-17)	4 (23,5%)	2/1	/2*	/2		2 (5)
	Атрезия с вагинальным свищом (n-19)	14 (73,7%)	3/6	/6	3/6	1	7 (18)
	Эктопия ануса (n-11)	5 (45,5%)	3/1		1/1		1 (2)
		всего	32	5	9	16	54 (124)

Примечание: в числителе - изолированные аномалии; в знаменателе - аномалии в составе множественной патологии; *другие аномалии опорно-двигательной системы; ** аномалии нервной системы

При АРМ у 43 (20,5%) девочек наблюдались компоненты VATER или VACTERL (Vertebral defect-V, Anal atresia-A, Cardiac lesion-C, Tracheo-esophageal fistula and atresia-TE, Renal tract abnormalities-R, Lim abnormalities-L) синдромов, состоящих из 5 и 6 компонентов. У 34 больных присутствовали 2 компонента; у 7 – 3; у 2 – 4 компонента. Наиболее частыми проявлениями были вертебральные и аномалии мочевыделительный системы. Многокомпонентные формы наблюдались преимущественно при высоких и промежуточных локализациях и сложных формах АРМ. У одной девочки ректовестибулярный свищ с удвоени-

ем влагалища сочетался с миелодисплазией и пресакральной массой – синдром Curranio.

Число и вид сочетанных аномалий зависели от формы локализации АРМ. Часто сложные виды сочетаний наблюдались при персистирующей клоаке – у 12 из 19 больных. При высоких формах из 20 больных сопутствующие аномалии наблюдались в 12 (60%) случаев. При промежуточных формах из 21 у 13 (61,9%) и низких формах из 150 у 79 (52,7%) пациенток. Множественные пороки развития (более 2) встречались у 54 девочек: в группе с «высокими» формами атрезий – 8; в группе с промежуточным и низкими - 46. Данный вид сочетания преобладал при бессвищевой форме атрезии, клоаке и атрезии с ректовагинальным свищом. Все больные данной группы имели пороки развития позвоночника, сочетавшиеся с пороками мочевыделительной системы или желудочно-кишечного тракта.

Преобладали ассоциированные аномалии желудочно-кишечного тракта у 32 больных с общим числом аномалий - 66, из них в изолированном виде- 32, в составе множественных аномалий - 34. Основной нозологической формой было удлинение отдельных частей или всей толстой кишки у 43 больных, у 3 из них - с расширением colon. Мегаректум отмечен у 21 пациентки.

При обследовании у 85 из 210 девочек с АРМ, перенесших оперативное лечение, наблюдения на этапах реабилитации при нормальных или удовлетворительных анатомических состояниях аноректальной зоны выявили отсутствие динамики или остаточные функциональные нарушения. Генез подобных нарушений во многих случаях не выяснен. При оценке неврологического статуса у 20 (39,2%) детей усугубление неврологических проявлений или аноректальные дисфункции не отмечены. У 26 (51%) выявлены умеренные нарушения двигательной активности, слабость мышц нижних конечностей и сфинктерного аппарата прямой кишки; снижение и асимметрия ахиллова рефлекса. У 5 (9,8%) пациенток имелись неврологические нарушения спинального характера, включая нарушения функции тазовых органов в виде толстокишечного стаза, недостаточности анального сфинктера и / или дисфункции мочевого пузыря различной выраженности в отдельности либо в сочетании. У 6 (11,8%) больных отмечены кожные стигмы дисэмбриогенеза (гипертрихоз кожи, невусы, капиллярные гемангиомы, копчиковые вытяжения, липомы), расположенные вдоль позвоночника, в промежности; асимметрия ягодичных складок, характерная для с крытого спинального дисрафизма. Это побудило нас включить в стандарты диагностики АРМ лучевые методы (цифровая и КТ спондилография) диагностики позвоночника. 48 девочек с АРМ обследованы (23 - до операции, 25 - после) для выявления патологии позвоночника. У 45 (%) выявлены различные вертебральные аномалии (незаращение дужек одного или нескольких позвонков (20); сколиоз (6); клиновидные позвонки (5); сращение поясничных позвонков (1); крестцово-позвоночный дисрафизм: сращение крестцовых позвонков - 2, гипоплазия крестца 5 (одного - 1, нескольких -4), незаращение дужек крестцовых позвонков (13); гемисакрум (5); агенезия копчика (6); гипоплазия копчика (1) в отдельности или в различных сочетаниях.

Пороки развития почек и мочеполовой системы диагностированы у 27 (12,9%) больных. У них установлены 35 урогенитальных аномалий в виде агенезии почки (8), уретерогидронефроза (6) - у 3 из них с двусторонним пузырно-мочеточниковым рефлюксом; гидронефроз (2); полное удвоение почек (2), у одной с эктопией мочеточника в промежность; тазовая дистопия почки (2), мультикистоз (2), S-образное сращение (1).

Пороки развития сердечно-сосудистой системы при АРМ у 25 (11,9%) больных были представлены 32 аномалиями в виде открытого овального окна (17), у 3 - в сочетании с открытым артериальным протоком; дефекта межжелудочковой перегородки (4); изолированного дефекта межжелудочковой перегородки (5); дефекта межпредсердной перегородки (1); Тетрады фалло (1); ОАВК (1).

Выводы

1. При АРМ у девочек сочетанные аномалии наблюдались в 55,2% случаев: в изолированном виде - 53,4%, в составе множественных аномалий – 46,6%.

2. Наиболее частыми сочетаниями были различные удлинения толстой кишки, аномалии позвоночника, мочеполовой и сердечно-сосудистой системы.

3. Число сочетанных аномалий увеличивалась при высоких формах и сложных вариантах.

Литература

1. Лёнюшкин А.И., Чуплак И.И. Проблемы сочетанной проктоурогенитальной патологии в детской хирургии. Детская хирургия 2001;1: 12-16.
2. Морозов Д.А., Никитина А.Н., Тихонова И.А. Сочетанная патология у детей с аноректальными пороками развития. Саратовский научно-медицинский Журнал «Хирургия новорожденных» 2007; 2 : 26-28
3. Щапов Н.Ф., Мокрушина О.Г., Гуревич А.И. и др. Реабилитация детей раннего возраста после коррекции аноректальных пороков. Детская хирургия. 2014;4:16-19.
4. Holschneider A. Hutson J. Anorectal Malformations in Children. Embryology, diagnosis, surgical treatment, follow-up. Heidelberg: Springer, 2006: 280.
5. Bălănescu R.N., Topor L., Moga A. Anomalies associated with anorectal malformations. Chirurgia (Bucur). 2013; 108 (1): 38-42.
6. Bischoff A, Levitt MA, Pena A. Update on the management of anorectal malformations. Pediatr Surg Int. 2013; 29: 899-904.

Отамурадов Ф.А., Кулдошев Ф.М. Махмудов М.М.

ҚИЗ БОЛАЛАРДА АНОРЕКТАЛ МАЛЬФОРМАЦИЯЛАРДА ҚЎШМА РИВОЖЛАНИШИ НУҚСОНЛАРИ

Калит сўзлар: аноректал мальформациялар, қиз болалар, қўшма нуқсонлар, ташхисот, даволаш тактикаси.

Ушбу мақолада қиз болаларда аноректал мальформацияларда қўшма нуқсонлар тавсифи келтирилган. ТошПТИ госпитал болалар хирургияси кафедраси базаларида 2010-2018 йилларда 1 кунликдан 18 ёшгача бўлган 201 нафар АРМ нинг турли шакллари билан даволанган беморлар натижалари тахлил қилинган. 116 (55,2) та беморда АРМ да қўшма нуқсонлар аникланган. Шулардан 53,4% беморларда қўшма нуқсонлар алоҳида келган бўлса, 46,6% беморларда кўп сонли қўшма нуқсонлар аникланган.

Otamuradov F.A., Kuldoshev F.M., Makhmudov M.M.

COMBINED MALDEVELOPMENTS AT ANORECTAL MALFORMATIONS IN GIRLS

Key words: anorectal anomaly, girls, combined maldevelopments, diagnosis, treatment tactics.

This article presents characteristics of comorbidity for anorectal anomalies in girls. The study included 210 patients aged from 1 day to 18 years, with different forms of ARM (anorectal malformations) which were observed in the clinic of hospital pediatric surgery TashPMI from 2010 to 2018. 116 (55.2%) patients were identified combined anomalies of other organs with different frequency both in the major and rare regional variations ARM. 53.4%. The patients with co - anomalies were isolated, 46.6% were multiple. It underlined the benefits of comprehensive preoperative diagnosis that aimed to identification comorbidity including spinal anomalies.

Оллабергенов О.Т., Теребаев Б.А., Норбаев Т.Т.

АНТИГЕЛЬМИНТНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВА ЭХИНОКОККОЗА У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Оценка эффективности противопаразитарной обработки ложа кисты и антигельминтной терапии в комплексном лечении рецидива эхинококкоза у детей.

Материал и методы. За период с 2005 по 2018 гг. в клинику факультетской детской хирургии ТашПМИ поступило 212 больных с эхинококкозом различной локализации, из которых с рецидивом эхинококкоза госпитализировано 15 (7,1%) детей, прооперированных в отдаленных регионах нашей республики и за рубежом.

Результаты. Проведенные исследования позволили нам заключить, что химиотерапия путем применения антигельминтного препарата Zentel может применяться в качестве эффективного метода в комплексном лечении эхинококковых кист различной локализации у детей, как в предоперационной подготовке больных к хирургической ликвидации эхинококковых кист, так и в послеоперационной профилактике рецидива заболевания.

Актуальность проблемы эхинококкоза определяется частотой послеоперационного рецидива болезни, обширностью и множественностью поражения, длительным бессимптомным течением, неспецифичностью лабораторных методов исследования. Частота рецидивов эхинококкоза достигает 5-11,5%, причиной которых служат - недостаточное обеззараживание остаточной полости, нахождение просколексов в толще и за пределами фиброзной капсулы и не менее значимый факт - это краткосрочная малоэффективная послеоперационная химиотерапия.

Многочисленные исследования по профилактике рецидива болезни свидетельствуют о целесообразности длительного (не менее 3-4 мес) применения антигельминтных препаратов группы карбаматбензимидазолов в комплексном лечении этого контингента больных [1-4].

Цель работы - оценка эффективности противопаразитарной обработки ложа кисты и антигельминтной терапии в комплексном лечении рецидива эхинококкоза у детей.

Материал и методы

За период с 2005 по 2018 гг. в клинику факультетской детской хирургии ТашПМИ поступило 212 больных с эхинококкозом различной локализации, из которых с рецидивом эхинококкоза госпитализировано 15 (7,1%) детей, прооперированных в отдаленных регионах нашей республики и за рубежом.

Обследование всех обратившихся и госпитализированных в клинику больных проводили по разработанным единым диагностическим стандартам. При этом основными методами диагностики эхинококкоза служили: методы визуализации пораженных органов (рентгенологическое и ультразвуковое исследования, компьютерная томография) и при необходимости проведение иммуносерологических проб с целью дифференциальной диагностики непаразитарных кист и объемных образований.

Мы солидарны со многими исследователями, что современные методы визуализации характеризуются высокой разрешающей способностью, обладают возможностью трехмерной реконструкцией изображения, позволяющее выявлять эхинококковые кисты малых размеров, а также внутриорганно-глубоко расположенные кисты с определением их структуры и гиперэхогенности. Лабораторные методы исследования при эхинококкозе не являются специфичными и позволяют получить лишь вспомогательную информацию для уточнения диагноза.

Результаты и обсуждение

Накопленный опыт в лечении больных с эхинококкозом различной локализации позволил нам обоснованно утверждать, что основной причиной рецидива заболевания эхинококкозом являются: не диагностированные кисты малых размеров при различных локализациях, не соблюдение правил апаразитарной обработки ложа кисты во время операции, не удаленные по различным причинам резидуальные кисты, а также не адекватная антигельминтная терапия как в до-, так и в послеоперационном периоде, что в итоге приводило к повторному обращению больных и выполнению дополнительных оперативных вмешательств.

Наряду с этим, на наш взгляд, успех противорецидивного лечения эхинококкоза у детей во многом зависит от тактики и выбранного способа эхинококкэктомии, эффективной обработки ложа кисты и длительной послеоперационной противопаразитарной химиотерапии препаратом Zentel по разработанной нами схеме лечения. В наших наблюдениях обработка ложа кисты проводилась высокоэффективным противоэхинококковым средством контактного действия (йодсодержащий препарат Бетадин), вызывающий гибель протосколексов после экспозиции 0,5 мин, а губительное действие бетадина на ацефалоцисты эхинококка проявлялось через 1 мин. Данные результаты подтверждены морфологическими исследованиями.

Наблюдение за больными детьми с эхинококкозом различной локализации в до- и послеоперационном периоде позволил нам обосновать длительное - до 3-5 мес проведение курсов химиотерапии антигельминтным препаратом Zentel. Считаем, что он является оптимальным вариантом, при котором значительно снижается риск рецидива заболевания.

Zentel оказывает губительное воздействие на зародышевые элементы эхинококка, а также резидуальные кисты малых размеров, он нарушает функцию микротубулярного аппарата клетки, вызывая повреждения тубулинового белка. Следствием этого являются биохимические нарушения клетки – угнетение транспорта глюкозы и фумаратредуктазы, которое лежит в основе подавления клеточного деления на стадии метафазы. Именно с этим механизмом связано угнетение яйцекладки и развития личинок гельминтов.

Антигельминтный препарат Zentel ("GlaxoSmithRline", таблетки по 400 мг), применялся из расчета 10 мг/кг массы тела в сутки, за 30 мин до приёма размельченные таблетки смешивали с 15 мл оливкового или подсолнечного масла. Суточная доза применялась в 3 приёма, длительность лечения до операции составляла 7 дней, после операции 14 дней. В послеоперационном периоде препарат назначали прерывистым курсом, второй и последующие курсы лечения повторялись спустя 4 недели на протяжении 4 мес. Последнее зависило от сроков болезни, ее распространенности. Наряду с химиотерапией больным назначались препараты общеукрепляющего действия, иммуномодуляторы, гепатопротекторы и "Bifolak®-Цинкум" (пробиотики +цинк) для нормализации микрофлоры в кишечнике, стабилизации проницаемости клеточных и внутриклеточных мембран гепатоцитов, защищая их целостность при химиотерапии, а также для повышения биодоступности препарата Zentel.

В период применения препарата Zentel проводился строгий мониторинговый контроль как в до-, так и в послеоперационном периоде, продолжавшийся до полного завершения курсов химиотерапии, при этом учитывались возможные побочные явления от приема препарата (рвота, диарея, повышение трансаминаз, лейкопения).

Химиотерапия препаратом Zentel проведена 58 больным, которые были оперированы традиционными способами, контрольную группу составили 35 больных в возрасте от 7 до 12 лет. В ходе динамического и диспансерного наблюдения за больными принимавших Zentel, каких либо побочных явлений и рецидива заболевания нами не выявлено. Через 6 мес. после операции и окончания курсов химиотерапии наступала полная нормализация нарушенных звеньев иммунитета, отсутствие клеточной сенсибилизации к эхинококку и резкое снижение титра антител к эхинококку. В контрольной группе больных в 3 наблюдениях выявлен рецидив заболевания, что потребовало проведения повторного операционного вмешательства и проведения курса химиотерапии.

Химиотерапия путем применения антигельминтного препарата Zentel может применяться в качестве эффективного метода в комплексном лечении эхинококковых кист различной локализации у детей, как в предоперационной подготовке больных к хирургической ликвидации эхинококковых кист, так и в послеоперационной профилактике рецидива заболевания.

Литература

1. Ветшев П.С., Мусаев Г.Х., Бруслик С.В. Эхинококкоз: современное состояние проблемы. Украинский журнал Хирургия. 2013; 22 (3): 196-201.
2. Махмадов Ф.И., Курбанов К.М., Гулахмадов А.Д. Сравнительная оценка хирургического лечения эхинококкоза печени. Вестник Авиценны. 2011; 2: 17-21.
3. Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Акбаров М.М. и др. Химиотерапия и проблемы рецидивного эхинококкоза печени. Анналы хирургической гепатологии. 2011;16(4):19–24.
4. Поляков Н.В., Ромих В.В., Сафаров Р.В., Поляков В.Е. Однокамерный (гидатидный) эхинококкоз. Исследования и практика в медицине. 2015; 2(1): 27-35.

Оллабергенов О.Т., Теребаев Б.А., Норбаев Т.Т.

БОЛАЛАРДА ЭХИНОКОККОЗНИНГ ҚАЙТАЛАНИШИГА ҚАРШИ ХЕЛМИНТЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИ

Калит сўзлар: эхинококкоз, ташхислаш, даволаш

Эхинококкоз касаллиги юқори сифатли текшириш усуллари ва замонавий даволаш услублари бўлишига қарамасдан, ҳозирги кунгача долзарб муаммолардан бири ҳисобланади. Касалликнинг қайталаш частотаси 5% дан 11,5% гача кўрсаткични ташкил этади. Олинган натижалар шуни кўрсатадики, қолдиқ бўшлиқнинг тўлаконли зарарсизлантирилиши, операциядан олдинги ва кейинги даврда Zentel дори воситасининг қўлланилиши касаллик қайталанишининг олдини олади.

Оллабергенов О.Т., Теребаев Б.А., Норбаев Т.Т.

ANTI-HELMINTH PROPHYLAXIS OF RECURRENCE OF ECHINOCOCCOSIS IN CHILDREN

Key words: echinococcosis, diagnosis, treatment.

The article deals with problem of echinococcosis and recurrences after treatment despite the high informative diagnostic methods and modern methods of treatment, the frequency of recurrences after disease reaches from 5 to 11,5%. Accumulated experience suggested that the complete disinfection of residual cavity and use anti-helmintic drug Zentel in the pre- and postoperative period contributed to prevention of disease recurrence.

Саттаров Ж.Б., Бердиев У.Т.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОБРАТНОЙ РОТАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Обобщить на основании собственных клинических наблюдений и литературных данных аспекты диагностики и результаты хирургического лечения при обратной ротации кишечника у детей.

Материалы и методы. В 2002-2013 гг. в клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ находились 107 детей в возрасте от одного дня до 15 лет с различными формами мальротации. Больным проводились комплексные клинико-лабораторные и лучевые методы диагностики: ультразвуковые исследования органов брюшной полости; обзорная рентгенография брюшной полости, контрастное исследование желудочно-кишечного тракта, ирригография.

Результаты. Результаты исследования показывает, что обратная ротация является редким вариантом МК. Патология часто проявляется признаками высокой кишечной непроходимости у детей старших возрастных групп. Явления сегментарного или тотального удлинения толстой кишки при мальротациях являются частой находкой при дооперационном исследовании и во время операции. Целесообразность резекции части толстой кишки при ее чрезмерных удлинениях остается дискуссионным вопросом в хирургическом лечении нарушений ротации и фиксации кишечника у детей.

Нарушение процесса внутриутробной ротации средней кишки, развития и фиксации ее отделов образует группу пороков и именуется в литературе МК [5]. Мальротация кишечника (МК) нередко является случайной находкой при лапаротомии по поводу острой хирургической патологии органов брюшной полости. Порой опытному хирургу трудно ориентироваться в диагнозе и различать отдельные морфологические варианты. Предлагаются различные способы хирургической коррекции. Возможности эндоскопической хирургии позволяют улучшить диагностику и успешно провести лапароскопическую коррекцию МК независимо от возраста детей [4-5].

Обратная ротация возникает в случаях, когда кишечник поворачивается на 1800 по направлению движения часовой стрелке, то есть в обратном направлении, при котором постартериальный сегмент кишечника входит в брюшную полость первым. При этом зачаток правой половины толстой кишки оттесняет дистальные части ее влево. В результате участок, из которого образуется поперечная ободочная кишка, оказывается под верхней брыжеечной артерией. Формирование порока усугубляется неправильной фиксацией брыжейки и других отделов толстой кишки к задней брюшной стенке. Дефекты фиксации, несоразмерный рост отдельных участков кишки и нередко сочетающиеся аномалии желудочно-кишечного тракта создают благоприятное условие для возникновения заворота [1-2,4-5]. Обратная ротация – одна из редких аномалий вращения кишечника, в литературе она представлена единичными наблюдениями. В отдельных наблюдениях, обобщившей крупный объемный материал с мальротацией у новорожденных и грудных детей только у 2,9% констатирована обратная ротация кишечника [3]. По утверждению многих авторов, патология редко диагностируется в детском возрасте и наблюдается чаще среди взрослых больных [2,5].

Цель работы - обобщить на основании собственных клинических наблюдений и литературных данных аспекты диагностики и результаты хирургического лечения при обратной ротации кишечника у детей.

Материалы и методы

В 2002-2013 гг. в клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ находились 107 детей в возрасте от одного дня до 15 лет с различными формами мальротации: синдром Ледда - 29 (27,1%); неполная ротация - 12 (11,2%); мезоколикопариетальные грыжи - 12 (11,2%); изолированный заворот тонкой кишки - 18 (16,8%); заворот средней кишки - 16 (15,0%); патологическая фиксация кишечника - 14 (13,1%); отсутствие ротации - 3 (2,8%); обратная ротация - 3 (2,8%).

Больным проводились комплексные клинико-лабораторные и лучевые методы диагностики: ультразвуковые исследования органов брюшной полости; обзорная рентгенография брюшной полости, контрастное исследование желудочно-кишечного тракта, ирригография. При сложностях диагностики проведены КТ органов брюшной полости.

Результаты и обсуждение

Больные были в возрасте: до 3-х лет (1); старше 10 лет (2). Среди больных преобладали мальчики – 2, девочек было - 1. Все они поступили с направительным диагнозом: частичная кишечная непроходимость, синдром рвоты. У них периодически наблюдались и самостоятельно проходили признаки хронически-рецидивирующий кишечной непроходимости, что послужило поводом неоднократной госпитализации в различные стационары. У всех больных отмечены отставание в физическом развитии и дефицит массы тела. В одном наблюдении целенаправленные рентгенологические исследования не были проведены, в двух случаях интерпретация полученных данных была ошибочной при характерных данных МК.

В клинической картине и рентгенологических проявлениях преобладали признаки высокой частичной кишечной непроходимости и хронические запоры, которые можно объяснить удлинением отдельных сегментов толстой кишки, выявленных при рентгенологическом исследовании и во время операции. Частичная дуоденальная непроходимость у больных детей с обратной ротацией была обусловлена разными причинами. В двух наблюдениях - сдавлением двенадцатиперстной кишки основным стволом верхней брыжеечной артерии или отходящими от него аберрантными сосудами и патологическими спайками вокруг органа. У одного из них выявлен кольцевидный pancreas. В одном наблюдении при наличии всех характерных для обратной ротации анатомических изменениях патологические спайки вокруг верхней брыжеечной артерии, печеночно-двенадцатиперстной связки вызывали сдавления не только двенадцатиперстной кишки, но и общего желчного протока с застоем желчи в билиарном тракте с явлениями воспалении желчного пузыря и вокруг него. Указанные изменения можно объяснить как осложнения основного патологического процесса и/или в результате нарушения эм-

бриогенеза в виду общности патогенетических механизмов их развития. О возможном сочетании МК с другими пороками развития желудочно-кишечного тракта и необходимости наряду с коррекцией мальротации выполнения симультанных операций упоминают отдельные авторы [2,4].

Диагностические и оперативно-тактические ошибки при обратной ротации иллюстрируются нашим наблюдением.

Больная К. Д. 11 лет (ист. бол. 20.14). Из анамнеза выяснено, что девочка родилась от 4 беременности, 3 родов, массой тела 3500 г. Больна с рождения. С диагнозом синдром рвоты неоднократно находилась на амбулаторном и стационарном лечении. В 28.02.06- 13.03.06 года в одной из клиник оперирована по поводу рецидивирующей кишечной непроходимости. В возрасте 6 лет перенесла аппендэктомия, операция проведена с большими техническими трудностями. Через 4 год после аппендэктомии вновь появились боли в животе и рвота, лечилась с диагнозом спаечная болезнь. Эффект консервативной терапии был непродолжительным. Повторялись прежние жалобы и клинические проявления, что послужили поводом для госпитализации 3 января 2013 года в нашу клинику. При поступлении состояние больной средней тяжести, пониженного питания, масса тела 22 кг. В стационаре рвота сохранялась после каждого кормления. По органам особых отклонений нет. Живот умеренно вздут, пальпаторно мягкий. В анализах крови: Нв 126 г/л, эрит. 4,2х1012/л, лей,15,5х109/л, СОЭ 6 мм/ч. Анализ мочи - следы белка. В биохимических анализах особых отклонений нет. УЗИ органов брюшной полости отчетливых нарушений не выявило. Изучение параметров кровотока по верхне брыжеечным сосудам показало: ход сосудистого ствола обычный, диаметр a. mesenterica superior – 0,6 см; систолическая скорость 147,4 см/с; диастолическая -15,7 см/с; усредненная по времени скорость- 36,6; объемный кровоток - 529,4 мл/мин, индекс резистентности - 0,87.

На обзорной рентгенографии брюшной полости неравномерная пневмотизация и неотчетливые горизонтальные уровни в кишечнике. При контрастном исследовании ЖКТ желудок растянут, опущен до малого таза, эвакуация контраста замедлена; топография двенадцатиперстной кишки через час и в последующих снимках после дачи контраста определяет явления частичной дуоденальной непроходимости. Задержка контраста в кишечнике через 24 часа после начала обследования. При ирригографии толстый кишечник удлинен, образует дополнительные петли, расположен преимущественно в левом фланге живота, часть поперечно - ободочной кишки в виде петли переходит в область подреберья, опорожнение неполное. Установлен дооперационный диагноз: состояние после многократной лапаротомии, частичная высокая кишечная непроходимость при неустраненной МК. 8 января 2013 года после плановой предоперационной подготовки проведена операция. Верхним срединным разрезом вскрыта брюшная полость. При ревизии желудок увеличен в объеме, часть поперечно-ободочной и восходящая кишка целиком замурованы большим сальником и расположен по средней линии живота. Подвздошная кишка с латеральной стороны переходит в подвижную слепую кишку, оказавшуюся в области правого подреберья. Червеобразный отросток отсутствовал (ребенок перенес аппендэктомию). После освобождения петель кишечника от большого сальника и спаек выявлены выраженный лимфостаз и ослабление пульсации брыжеечных сосудов в утолщенной общей брыжейке. Стенки кишечника утолщены, определяются признаки хронического воспаления. При ревизии двенадцатиперстной кишки определяется некоторое расширение в проксимальном отделе. Синтопия органа также изменена, отсутствуют типичное расположение горизонтальных ветвей и фиксация связкой Трейца. При дальнейшей ревизии выявлено расположение среднего и дистального отделов поперечно - ободочной кишки позади a. mesenterica superior. Последний окутан спайками, создающими для сосуда туннель, имеющими косо - нисходящее направление, придавливающими сосуд и расположенную ретроартериально поперечно-ободочную кишку. Поэтому верхняя - брыжеечная артерия на протяжении туннеля имела неодинаковую ширину. Выше зоны сдавления она отчетливо расширена проксимально сравнительно узкому диаметру. Из расширенного сегмента отходят две мелкие ветви, имеющие сообщение с основными сосудами брыжейки, идущими к тонкой кишке, вызывающие сдавление нисходящей ветви двенадцатиперстной кишки. При ревизии удалось выяснить, что они являются дополнительными (не основными) сосудами. Убедившись в безопасности их перевязки, произведено их лигирование и пересечение. Слепая и восходящая ободочная кишки удлинены и не имеют фиксации, легко поворачиваются вокруг оси брыжейки. Видимо, это послужило причиной рецидивирующего заворота и частичной дуоденальной непроходимости. Левые отделы толстой кишки также удлинены, но имели обычное расположение. Патология расценена как мальротация в виде обратного вращения кишечника. Произведено иссечение патологических тяжей вокруг a. mesenterica superior, сдавливающих нисходящую ветвь двенадцатиперстной кишки. По ходу мобилизации брыжейки поперечно-ободочная кишка выведена из ретроартериального туннеля, поворотом на 1800 против часовой стрелки удалось перевести и фиксировать правую половину толстой кишки в физиологическое положение. Операция завершена оставлением дренажной трубки в брюшной полости и послойным ушиванием операционной раны. Послеоперационное течение гладкое. На 11 сутки после операции в удовлетворительном состоянии выписана из стационара. При осмотре через 3-9 месяцев жалоб не предъявляет. При виртуальной колоноскопии и КТ с контрастированием брыжеечных сосудов кровоснабжение кишечника и расположение толстой кишки в норме, определяются признаки сегментарного мегаколона.

В заключение можно отметить, что обратная ротация является редким вариантом МК. Патология часто проявляется признаками высокой кишечной непроходимости у детей старших возрастных групп. Немногочисленность клинических наблюдений не позволяет выделить характерные клинико-рентгенологические признаки обратной ротации, окончательный диагноз устанавливается во время операции. Хирургическая тактика подбирается индивидуально в зависимости наличия или отсутствия осложнений и сопутствующей патологии. Коррекция выполняется разделением аномальных брюшинных тяжей с отведением и перемещением кишечника вниз, выводом толстой кишки из-под верхней брыжеечной артерии. Не возникает необходимость пересекать толстую кишку и реанастомозировать ее впереди артерии. Обязательными условиями операции являются выяснение причины дуоденальной непроходимости, сопутствующих аномалий кишечника и возникших осложнений, соответствующая их коррекция. Аппендэктомия проводится во всех случаях. Перемещение и фиксация правой половины толстой кишки в естественном положении выполняется при достаточной длине брыжейки и мезентериальных сосудов. Явления сегментарного или тотального удлинения толстой кишки при мальротациях являются частой находкой при дооперационном исследовании и во время операции. Целесообразность резекции части толстой кишки при ее чрезмерных удлинениях остается дискуссионным вопросом в хирургическом лечении нарушений ротации и фиксации кишечника у детей.

Литература

1. Журило И.П., Литотовка В.К., Латышов К.В. Рецидивирующий заворот напочве обратного вращения кишечника у ребенка 6 лет. Украинский журнал хирургии. 2010;1:149-152.
2. Мейланова Ф.В. Кишечная непроходимость при пороках ротации и фиксации кишечника у новорожденных. Автореф.дисс.канд. Санкт Петербург 2000: 18.
3. Abdur-Rahman LO., JO Adeniran., JO Taiwo. Concurrent dextrogastria, reverse midgut rotation and intestinal atresia in a neonate. Journal of Indian Association of Pediatric Surgeons. 2007;12: 228-230.
4. Giles G.R., M.B., F.R.C.S. Reversed intestinal rotation. Postgraduate medical journal. 1966;42 (494): 782-784.
5. Luks F. I Anomalies of intestinal rotation. In book: Fundamentals of Pediatric Surgery (Ed.) P. Mattei. USA. 2011:373-380.

Саттаров Ж.Б., Бердиев У.Т.

БОЛАЛАРДА ИЧАКЛАР ТЕСКАРИ РОТАЦИЯСИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ХИРУРГИК ЁНДОШУВ

Калит сўзлар: мальротация, ташхислаш, даволаш, болалар

Тескари ротация – ичаклар буралишининг камдан кам кузатиладиган ва адабиётларда кенг ёритилмаган аномалияларидан бири саналади. Кўплаб муаллифлар фикрига кўра ушбу патология болалар ёшида камдан кам ташхисланади ва кўпрок катта ёшдаги беморларда кузатилади. Ичак мальротацияси кўпинча корин бўшлиғи аъзолари ўткир хирургик касалликларини аниклаш бўйича лапаротомия ўтказилганда тасодифан аникланади. Ҳатто тажрибали жаррох хам ташхис қўйишда қийинчиликларга дуч келади. Санокли адабиётлардагина чакалокдар ва кўкрак ёшидаги болаларда мальротациянинг турли шаклларига оид катта материал умумлаштирилган, бу болаларнинг 2,9% да ичакларнинг тескари ротацияси қайд этилган. Мазкур тадкикот максади – шахсий клиник кузатувлар ва адабиётлардаги маълумотлар асосида болаларда ичаклар тескари ротациясини ташхислаш ва хирургик даволаш жиҳатларини умумлаштиришдан иборат.

Sattarov Zh. B., Berdiev U.T.

DIAGNOSIS AND SURGICAL TACTICS AT REVERSE ROTATION OF CHILDREN'S INTESTINES

Key words: malrotation, diagnosis, treatment, children.

The article deals with reverse malrotation as one of rare anomalies in intestinal rotation, there were described only sporadic cases in literature. Many authors believed that pathology was diagnosed rare in childhood and it was observed more often among the adult patients. The intestinal malrotation seems to be occasional in laparotomy due to acute surgical pathology of intestinal cavity. Sometimes the skilled surgeon meets with difficulties during making diagnosis. The reviews of current data with various forms of malrotation in newborns and infants were presented only in few publications among which the reverse intestinal rotation was noted in 2,9% of patients. The purpose of this investigation was to summarize aspects of diagnosis and surgical treatment reverse intestinal rotation in children on the basis of own clinical observations and literature data.

Теребаев Б.А., Оллабергенов О.Т., Нарбаев Т.Т., Мажидов Т.Х.

КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ У ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Улучшение результатов консервативного лечения анальной инконтиненции у детей после коррекции аноректальных пороков развития.

Материла и методы. За период с 2015 по 2018 гг. в клинику ТашПМИ было госпитализировано и пролечено 151 больных с диагнозом анальная инконтиненция. С целью уменьшения жидкой консистенции кишечного содержимого и удержания каловых масс, больным назначали "Bifolak®-Цинкум" (пробиотики+цинк), который также способствовал нормализации микрофлоры в кишечнике и увеличивал биодоступность назначаемых витаминных препаратов.

Результаты. Консервативная терапия и реабилитационные мероприятия у больных с анальной инконтиненцией после ранее выполненных оперативных вмешательств по поводу аноректальных мальформаций требуют комплексного подхода.

Проблема анальной инконтиненции (нарушение контроля акта дефекации) после различных видов оперативных вмешательств по поводу врожденных аномалий аноректальной области у детей остается весьма актуальной, а способы её разрешения являются дискутабельными [1, 4].

Многочисленные исследования показывают, что несмотря на разработку новых методов промежностных и брюшно-промежностных проктопластик, а также широкий диапазон и модификаций оперативных вмешательств, выполняемых при аноректальных мальформациях у детей, не снижается количество послеоперационных осложнений в виде анальной инконтиненции, выявляемых в отдаленном катамнезе у 30-60% больных после проведенных реконструктивно-пластических операций [2, 3, 7]. Группа ученых, занимающихся данной проблемой на протяжении долгого времени, высказывают достаточно обоснованное и аргументированное мнение о том, что анальная инконтиненция в большинстве случаях является следствием интраоперационных погрешностей, таких как: рассечение передней и задней сагиттальной линии с повреждением наружного сфинктера, вне сфинктерное низведение атрезированной кишки, низведение морфологически не полноценных участков атрезированной кишки, не адекватное восстановление анатомо-физиологической топографии низведенной кишки, гнойно-воспалительные осложнения, что приводит к неудовлетворительным результатам в виде недержания кала у детей [5, 6, 8]. Немаловажными факторами анальной инконтиненции в послеоперационном периоде являются нейрогенные расстройства функции удерживающего аппарата (частичное или полное отсутствие иннервации запирательного аппарата прямой кишки) у детей с патологией дистального отдела позвоночника, приводящее к тяжелым формам недержания кала.

Вышеизложенные причины возникновения и проблемы лечения анальной инконтиненции после коррекции аноректальных пороков развития у детей побудили нас к поиску комплексных мер улучшающих консервативные методы лечения, способствующих к устранению препятствий к социальной адаптации, реабилитацию и возвращению этих больных к полноценной жизни.

Цель работы - улучшение результатов консервативного лечения анальной инконтиненции у детей после коррекции аноректальных пороков развития.

Материалы и методы

За период с 2015 по 2018 года в клинику ТашПМИ было госпитализировано 151 больных с диагнозом анальная инконтиненция, из которых 82 больным ранее были выполнены хирургические вмешательства по поводу аноректальных мальформаций.

Эти 82 больных с анальной инконтиненцией, после выполненных хирургических вмешательств по поводу аноректальных мальформаций, нами были разделены на две группы.

1 группа - больные до 2-х лет (50 (61%) детей), у которых механизм анальной инконтиненции до конца установить было сложно, несмотря на видимые деформации аноректальной области, так как малый возраст больных не отображал в полном объеме истинную картину и в большинстве случаях у этих больных инконтиненция носила характер спонтанной - неощущаемой ребенком дефекации;

2 группа - дети старше 2-х лет (32 (39%)), у которых механизм анальной инконтиненции был обусловлен как деформацией аноректальной области, так и повреждением удерживающего аппарата.

В обеих исследуемых группах больных основными причинами анальной инконтиненции явились: стенозы и рубцовые деформации ануса, повреждения сфинктера. Необходимо отметить, что у больных 1 группы результаты функционального исследования оказались противоречивыми, малоинформативными в плане тяжести недержания и глубины повреждения сфинктеров.

С целью определения степени анальной инконтиненции в обеих группах больных проведены инструментальные и функциональные методы исследования, результаты которых основывались на данных рентгенологических, ультразвуковых, компьютерно-томографических исследований и оценке клинических данных (анатомическая и функциональная эффективность анального сфинктера, а также моторная функция дистальных отделов кишки).

Результаты

В результате проведенных исследований в 37 (45,1%) наблюдениях установлена I степень анальной инконтиненции (обусловленная податливым стенозом), длительность которой достигала до 1 года после выполненного оперативного вмешательства. В 45 (54,8%) наблюдениях у больных после первично выполненного оперативного вмешательства выявлена анальная инконтиненция II-III степени.

причинами которой помимо перечисленных выше явились выстояние слизистой низведенной кишки и эктопия неоануса.

Вышеперечисленные причины анальной инконтиненции явились следствием перенесенных оперативных вмешательств: промежностных проктопластик по Соломону в 21 (25,6%) наблюдении; в модификации клиники – в 10 (12,2%) случаях; по Стоун -Бенсону - у 20 (24,4%) больных и в 31 (37,8%) наблюдении после брюшно-промежностной проктопластики по Ромуальди.

Комплекс мер консервативной терапии определяли после проведения обследования и при отсутствии показаний к повторным реконструктивно-пластическим операциям. Определяли индивидуальную программу в зависимости от степени анальной инконтиненции, наличия выраженности деформаций в области анального отверстия, а также характера стула и консистенции каловых масс.

37 (45,1%) больным с I степенью анальной инконтиненции, которая была обусловлена податливым стенозом анального кольца выполнялись: ежедневное бужирование (длительность которого зависело от выраженности стеноза), лечебные травяные тренировочные клизмы, витаминотерапия, лечебная физкультура, занятия с психоневрологом.

30 (36,6%) больным со II степенью анальной инконтиненции основные реабилитационные мероприятия были направлены на восстановление нарушенных нервно-рефлекторных связей в анальной области. Консервативная терапия у этого контингента больных начиналась с проведения ежедневных лечебных тренировочных клизм, подбора диеты урежающей частоту стула, назначения витаминотерапии и иммунотерапии с использованием препарата «ImmunoComplex®». С целью уменьшения жидкой консистенции кишечного содержимого и удержания каловых масс, больным назначали "Bifolak®-Цинкум" (пробиотики+цинк), который также способствовал нормализации микрофлоры в кишечнике и увеличивал биодоступность назначаемых витаминных препаратов.

Оставшимся 15 (18,3%) больным помимо вышеперечисленных консервативных мероприятий в программу лечения была включена контактная интраанальная электростимуляция сфинктерного аппарата.

Результаты проведенного консервативного лечения в катамнезе показали, что у детей с I степенью анальной инконтиненции результаты на фоне проведенного лечения могут быть оценены как хорошие и удовлетворительные. Положительность динамики во многом зависела от родителей, которые строго соблюдали наши рекомендации на протяжении длительного времени и адаптировали своих детей к контролю за актом дефекации.

У детей со II и III степенью анальной инконтиненции результаты лечения оценены как удовлетворительные и неудовлетворительные. Удовлетворительные результаты отмечены в группе детей, у которых при первичной операции удалось сохранить мышечные волокна пуборектальной петли, играющей роль удерживающего механизма.

Неудовлетворительные результаты отмечены у детей с недоразвитием мышц запирательного аппарата прямой кишки, сопровождающееся дефицитом иннервации, а также травматичностью и повреждением анатомических структур при выполнении реконструктивной операции, приведшей к возникновению послеоперационных осложнений.

Таким образом, консервативная терапия и реабилитационные мероприятия у больных с анальной инконтиненцией после ранее выполненных оперативных вмешательств по поводу аноректальных мальформаций требуют комплексного подхода и не всегда дают положительный результат, т.к. в большинстве случаях данные аномалии развития обусловлены многофакторным механизмом, в основе которого лежит нарушение иннервации запирательного аппарата прямой кишки, что требует выполнения повторных реконструктивно-пластических оперативных вмешательств.

Литература

1. Алиев М.М., Теребаев Б.А., Нарбаев Т.Т., Тураева Н.Н. Сравнительная характеристика отдаленных результатов хирургического лечения свищевых форм низкой аноректальной мальформации у детей. Педиатрия. Ташкент. 2014; 1-2: 64-66.
2. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. М.: Медицинское информационное агентство. 2006: 430.
3. Иванов П.В. Современные возможности хирургического лечения аноректальных пороков у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва. – 2011.
4. Комиссаров И.А. Диагностика и лечение анальной инконтиненции у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб. 1996.
5. Хамраев А.Ж., Атакулов Ж.А., Ленюшкин А.И. Болалар хирургик колопроктологияси. Ташкент. 2005: 394.
6. Эргашев Н.Ш., Отамурадов Ф.А. Хирургическая коррекция ректовагинальных форм аноректальных мальформаций. Детская хирургия. 2017; 21(1): 28-31.
7. Evers E.C., Blomquist J.L., McDermott K.C., Handa V.L. Obstetrical anal sphincter laceration and anal incontinence 5-10 years after childbirth. Am. J. Obstet Gynecol 2012; 207:425, 421-6.
8. Congilosi Parker S., Thorsen A. Fecal incontinence. Surg. Clin. North Am. 2003;82:1273–1290.

Теребаев Б.А., Оллабергенов О.Т., Нарбаев Т.Т., Мажидов Т.Х.

АНОРЕКТАЛ РИВОЖЛАНИШ НУҚСОНЛАРИ БЎЛГАН БОЛАЛАРДА АНАЛ ИНКОНТИНЕНЦИЯСИ ОПЕРАЦИЯСИДАН КЕЙИНГИ ДАВОЛАШНИНГ КОНСЕРВАТИВ УСУЛЛАРИ

Калит сўзлар: операциядан кейинги даволаниш, аноректал малинг ривожланиш, анал инконтиненцияси

Аноректал туғма нуқсонларни хирургик коррекциясидан кейинги анал инконтиненцияни консерватив даволаш усулини яхшилаш. 2015-2018 йилларда ТошПТИ клиникаси режали хирургия бўлимига анал инконтиненция ташхиси билан 151 та бемор госпитализация қилинган ва даволанган. Суюқ нажас массасини куюқлаштириш ва нажас ушланишини ва ичак флорасини яхшилаш максадида "Bifolak®-Цинкум" (пробиотиклар+рух) дори воситасидан фойдаланилди. Операциядан кейинги анал инконтиненцияларни консерватив даволаш ва реабилитация муолажаларини олиб боришда беморларга комплекс ёндашиш лозимдир.

Terebaev B.A., Ollabergenov O.T., Narbaev T.T., Mazhidov T.Kh.

CONSERVATIVE METHODS OF POSTOPERATIVE TREATMENT FOR ANAL INCONSTINENCE IN CHILDREN WITH ANORECTAL MALDEVELOPMENTS

Key words: postoperative treatment, anorectal maldevelopment, anal incontinence

The article deals with improving results of conservative treatment anal incontinence in children after correction of anorectal malformations. From 2015 to 2018 151 patients with anal incontinence were hospitalized and treated in clinic of Tashkent Pediatric Medical Institute. In order to reduce the fluid consistency of intestinal contents and retain feces, patients were prescribed Bifolak®-Zincum (probiotics + zinc), which also contributed to the normalization of microflora in the intestine and increased bioavailability of prescribed vitamin preparations. Thus, the conservative therapy and rehabilitation measures in patients with anal incontinence after previous surgical interventions of anorectal malformations required the integrated approach.

Тилавов У.Х, Байахмедов Ф.Ф., Нарбаев Т.Т., Чулиев М.С., Абдукадиров О.А.

ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Выявление характерных эндоскопических признаков степени и протяженности ожога.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 48 пациентов, проходивших стационарное лечение по поводу химических ожогов пищевода в клинике ТашПМИ за период с 2004 по 2015 гг. Из них мальчиков – 31 (64,6%) и девочек – 17 (35,4%). Всем детям при поступлении проводили ФЭГС на 3-4 сутки после ожога, в последующем на 6-8 сутки, 18-20 сутки, через 1 месяц, через 3 месяца.

Результаты. Эндоскопическое исследование является ведущим и основным методом в определении степени поражения тканей пищевода, а также контроля эффективности проводимой терапии. Разработанные эндоскопические критерии улучшили дифференциальную диагностику II и III степени ожога в первые недели и позволили выработать показания к бужированию. Проведение эндоскопии преследует цель отсеивания детей с непораженным пищеводом и определение тактики лечения детей, которые нуждаются в дальнейшем консервативном или оперативном лечении.

Химические ожоги занимают первое место среди заболеваний пищевода у детей [1]. Диагностика и тактика лечения при химических ожогах пищевода активно разрабатывается на протяжении многих лет. Факт приема химического вещества, клинические признаки непроходимости пищевода в остром периоде и наличие ожога слизистой ротоглотки у ребенка не подтверждают ожог пищевода и не дают возможность определить ее степень [2].

Эндоскопическое исследование является ведущим и первым методом нового дифференциального подхода в диагностике и лечении химических ожогов у детей. Чем раньше и точнее определяется степень тяжести местных поражений в пищеводе, а также устанавливается характер функциональных расстройств пищевода, тем успешнее удается провести профилактику возможных осложнений в ближайшем остром (8-10 дней), раннем послеожоговом (40-45 дней) и отдаленном периоде. В настоящее время эндоскопические исследования проводят через 24-72 часа после ожога при стабилизации состояния ребенка [1,2,4]. Известно, что с помощью эндоскопии можно осуществлять контроль за эффективностью проводимой терапии или избежать напрасного бужирования [2,3,4]. Мнения о необходимости и сроках проведения первичной эзофагоскопии разноречивы. Исаков Ю.Ф. с соавт. [1] рекомендуют проведение эндоскопии до 1 недели после получения ожога.

Цель работы - явилось выявление характерных эндоскопических признаков степени и протяженности ожога.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 48 пациентов, проходивших стационарное лечение по поводу химических ожогов пищевода в клинике ТашПМИ за период с 2004 по 2015 гг. Из них мальчиков – 31 (64,6%) и девочек – 17 (35,4%).

Проанализированы причины и характер ожога, объем и сроки эндоскопических исследований и лечения больных в зависимости от степени тяжести химического ожога. Из настоящего исследования исключены дети с ожогом I степени и умершие дети. Всем детям при поступлении проводили ФЭГС на 3-4 сутки после ожога, в последующем на 6-8 сутки, 18-20 сутки, через 1 месяц, через 3 месяца. В течении этого времени оценивалось состояние слизистой пищевода, определялись уровень и степень ожога.

Результаты и обсуждение

Химический ожог пищевода был вызван приемом внутрь кислот у 25 (52,1%) детей, щелочесодержащих растворов (каустической соды, нашатырного спирта, моющих растворов) - у 10 (20,8%), кристаллов калия перманганата у 8 (16,6%), неустановленной причины – у 5 (10,4%) больных. Ожог II степени был установлен у 15(31,3%), III степени – у 33 (68,7%) больных (см. таблицу).

Из таблицы видно, что в подавляющем большинстве случаев ожоги пищевода III степени у 18 (37,5%) больных были вызваны уксусной кислотой.

За последнее время лечение химических ожогов пищевода и послеожоговых стриктур постоянно претерпевало изменения. Это связано с совершенствованием эндоскопической техники и ранней диагностикой степени ожога.

Эндоскопическая картина химического ожога пищевода при различных степенях его поражения на 3 сутки характеризовалось следующими признаками:

I степень химического ожога пищевода проявлялась отеками, гиперемией слизистой оболочки, отсутствием фибринозных наложений.

При ожоге II степени эндоскопическая картина характеризовалась выраженным отеком, фибринными наложениями и поверхностными изъязвлениями. У 3 больных отек был выраженным и суживал просвет пищевода, отмечалась некоторая ригидность стенок пищевода.

Показатели характера ожогового агента и возраст обследованных больных

Химический агент	Возраст					Степень ожога		Итого
	До 1 года	1-3 года	3-5 лет	5-7 лет	7-15 лет	II	III	
Уксусная кислота	1	10	9	4	1	7	18	25
Щелочь	-	4	1	3	2	4	6	10
Кристаллы марганца	-	1	5	2	-	3	5	8
Неидентифицированное вещество	-	2	3	-	-	1	4	51
Всего	1	17	18	9	3	15	33	48

При III степени химического ожога пищевода отмечалось наличие обширных участков некроза и изъязвлений слизистой и подслизистого слоев, поверхность покрыта плотными фибринозными налетами, отмечалась контактная кровоточивость.

При повторной эндоскопии на 6-8 сутки у больных со II степенью ожога отмечалось некоторое снижение отека слизистой, в местах физиологических сужений пищевода наличие участков фибрина и некроза в виде очаговых слияний, отмечалась контактная кровоточивость.

У больных с III степенью ожога на значительном участке сохранялся выраженный отек, наличие массивных и трудно отделяемых от слизистой фибринозных наложений, наличие участков грануляции, контактная кровоточивость, ригидность стенок пищевода.

На 18-20 сутки у 5 больных со II степенью отмечался незначительный отек и гиперемия, у 8 больных поверхностные язвы, покрытые нежным налетом, у 2 больных отек, наличие фибринозных наложений. У всех детей с III степенью ожога множественные эрозии с плотными циркулярными фибринозными наложениями, участками грануляции, ослабление перистальтики, ригидность стенок пищевода.

Применение эндоскопии в динамике позволило выработать новый подход к диагностике и выбору тактики лечения химических ожогов пищевода. Разработаны эндоскопические критерии, позволяющие дифференцировать ожоги пищевода II и III степени.

Тактику лечения детей с химическими ожогами определяли дифференцированно в зависимости от эндоскопической картины степени поражения пищевода.15 больным с ожогом пищевода II степени были назначены обезболивающая, дезинтоксикационная и общеукрепляющая терапия, антибиотики широкого спектра действия, средства предупреждающие желудочно-пищеводный рефлюкс, глюкокортикостероиды, солкосерил и облепиховое масло. Для улучшения трофики тканей и кровотока тканей назначалась физиотерапия. Ожог II степени заканчивался полной эпителизацией пищевода без сужения. В единичных случаях при ожоге пищевода II степени отмечено образование нежных поверхностных рубцов, не суживающих просвет пищевода, который бужировали при помощи эндоскопа и слепого бужирования. Из 15 больных у1 (6,6%) пациента этой группы развился рубцовый стеноз пищевода, что мы связываем с недооценкой тяжести ожога в ходе обследования, а также неполноценным лечением в стационаре.

Ожог пищевода III степени был подтвержден у 33 (68,7%) детей. Состояние детей при поступлении было тяжелым за счет нарушения питания и присоединения септических осложнений. Им также были назначены обезболивающая, дезинтоксикационная и общеу-

крепляющая терапия, антибиотики широкого спектра, средства, предупреждающие желудочно-пищеводный рефлюкс, глюкокортикостероиды, солкосерил и облепиховое масло. Всем детям с ожогом III степени проводилось раннее профилактическое бужирование. Несмотря на это в первые месяцы после ожога у них возникали стойкие стриктуры пищевода. У таких детей в первую очередь необходимо было решить вопрос о восстановлении проходимости пищевода. Всем 33 больным наложена гастростома по Кадеру и проводилось бужирование «за нить». Из 33 детей 13 (39,4%) больным этапное бужирование проводилось в течение 6 мес., 8 (24,2%) больным в течение 9 мес., 6 (18,2%) больным в течение 15 мес. Контрольное эндоскопическое исследование пищевода проводилось через 1,5; 3; 6; 9 и 12 мес.

Особую сложность представляли 6 (18,2%) детей с протяженным сформированным стенозом пищевода, выраженным супрастенотическим расширением, которым бужирование не дало должного эффекта. Всем шестерым больным выполнена операция колоэзофагопластики с хорошими послеоперационными результатами.

Выводы

1. Эндоскопическое исследование является ведущим и основным методом в определении степени поражения тканей пищевода, а также контроля эффективности проводимой терапии.

2. Разработанные эндоскопические критерии улучшили дифференциальную диагностику II и III степени ожога в первые недели и позволили выработать показания к бужированию.

3. Проведение эндоскопии преследует цель отсеивания детей с непораженным пищеводом и определение тактики лечения детей, которые нуждаются в дальнейшем консервативном или оперативном лечении.

Литература

1. Ашкрафт К.У., Холдор Т.М. Детская хирургия. СПб: ИЧП «Харфдорд». 1998; 2: 384.
2. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Геральскин В.И. Руководство по торакальной хирургии у детей. М., 1978.
3. Кривчения Д.Ю., Дубрович А.Г., Гуляева М.В. Диагностика и лечения ожог пищевода у детей. Киев. 2001: 46.
4. Разумовский А.Ю., Дронов А.Ф., Смирнов А.Н. Эндоскопическая хирургия в педиатрии. Москва. 2016.

Тилавов У.Х, Байахмедов Ф.Ф., Нарбаев Т. Т., Чулиев М. С., Абдукадиров О. А.

БОЛАЛАРДА ҚИЗИЛЎНГАЧНИ КИМЁВИЙ КУЙИШИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ ТАНЛАШДА ЭНДОСКОПИК ТАШХИСЛАШНИНГ АҲАМИЯТИ

Калит сўзлар: болалар, қизилўнгачни кимёвий куйиши, ташхислаш, даволаш тактикаси

Қизилўнгачнинг кимёвий куйиши кузатилган 48 та болада эндоскопик ташхислаш ва даволаш тактикаси натижалари таҳлил қилинди. Барча болаларда куйишдан кейин 1-3 кунлари эндоскопик текшириш ўтказилган. Босқичли бужлаш 13 та болага 6 ой, 8 та болага 9 ой, 6 та болага 15 ой давомида ўтказилган. 6 та беморда бужлаш самарасиз бўлганлиги учун колоэзофагопластика ўтказилган.

Tilavov U.Kh, Bayakhmedov F.F, Norbaev T.T., Chuliev M.S, Abdukhodirov O.A.

SIGNIFICANCE OF ENDOSCOPIC DIAGNOSIS AT TACTICS CHOICE AT TREATMENT CHEMICAL BURN OF CHILD'S ESOPHAGUS

Key words: children, chemical burns, diagnostics, treatment tactics

The article deals with results of endoscopic diagnosis and tactics' choice of 48 children with chemical burns of child's esophagus. All children were carried out endoscopic study at 1-3 days. The bougienage was performed at 13 patients for 6 months; 8 patients were was performed for 9 month; 6 patients the bougienage was performed for 15 months; 6 patients had no positive results after bougienage. they were performed coloesophagoplastics.

Хамраев А.Ж., Уббиев Д.К.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Улучшить результаты лечения геморроя у детей путем изучения особенностей клинического лечения, показаний и выбора методов операций.

Материалы и методы. На клинической базе госпитальной детской хирургии ТашПМИ (1-ГДКБ) за последние 10 лет на стационарном и амбулаторном лечении находились 41 больных детей с геморроем в возрасте от 3 мес. до 17 лет. Мальчиков было 28 (68,2%), девочек – 13 (31,8%). Всем больным с геморроем проводились обследования: общеклиническое, лабораторное, ректальное пальцевое, аноскопия, ректоскопия. С целью выявления причины хронического запора (ХЗ) проводили ирригоскопию, полипозиционную ирригографию, МРТ и УЗИ органов малого таза.

Результаты. Особенностями геморроя у детей является, маленьком возрасте имеет транзиторного характер течения и часто встречается в дошкольном и школьном возрасте. Наиболее частой (65%) локализацией является 4 и 7 по часовому циферблату. У детей с геморроем до 3-х лет эффективным является только консервативное лечение. Оперативному лечению более подвержен школьный возраст. Показаниями к операции геморроя у детей являются: наличие больших варикозных узлов, которые нарушают акт дефекации, воспалением, выпадением, ущемлением, а также легко или постоянно выпадающиеся узлы и вызывающие боли.

Геморрой является полиэтиологическим проктологическим заболеванием. Существуют многочисленные (более 8) теории происхождения геморроя у взрослых и среди них в детском возрасте наиболее типичной является врожденная недостаточность венозной системы аноректальной зоны и вен таза у детей, которая часто приводит к повышению венозного давления в системе геморроидальных вен.

В последние 30 лет достигнуты значительные успехи в изучении патогенеза геморроя. Появились данные, подтверждающие отсутствие связи между геморроем и портальной гипертензией (Hunt, 1958; Johansen, Bardin, Orloff, 1980; Bernstein, 1983). Доказано наличие кавернозной сосудистой ткани (corpus cavernosum recti), богатой артериовенозными анастомозами в подслизистой заднепроходного канала, которая объясняет факт выделения ярко-красной крови у больных геморроем (Stelzner, 1963; Bernstein, 1983). Thomson (1975) показал, что сосудистая ткань, которую он назвал «сосудистыми подушками» (vascular cushions), сконцентрирована на уровне 4, 7 и 11 часов в канале вровень или выше анальных заслонок. Он считает колонны Морганьи следствием продольного растрескивания в «анальных подушках», которые находятся в подслизистой и включают расширенные венозные сосуды, гладкие мышцы и соединительную ткань. Таким образом, имеется гипотеза о том, что геморрой возникает вследствие разрыва соединительной ткани и гладких мышц, поддерживающих эти подушки, что приводит к их выпадению в просвет дистальной части анального канала.

Другие авторы считают, что гипертрофия мышц сфинктеров связана с увеличением ее рабочей нагрузки и более выраженным анальным рефлексом в просвете заднепроходного канала. Повышенная функция его может способствовать возрастанию внутрианального давления и увеличению геморроидальных узлов. Таким образом, функция наружного и внутреннего сфинктеров заднепроходного канала играет большую роль в патогенезе геморроя (Teramoto, Parks, Swash,1981).

Поэтому, учитывая редкость встречаемости геморроя, особенности клинического течения и лечения у детей требует дальнейшего изучения.

Цель работы - улучшить результаты лечения геморроя у детей путем изучения особенностей клинического лечения, показаний и выбора методов операций.

Материалы и методы

На клинической базе госпитальной детской хирургии ТашПМИ (1-ГДКБ) за последние 10 лет на стационарном и амбулаторном лечении находились 41 больных детей с геморроем

в возрасте: 3 мес. - 1 год – 4 (10%); 1–3 лет – 6 (14%); 4–6 лет – 13 (32%); 7–12 лет – 14 (34%); 13–17 лет – 4 (10%). Мальчиков было 28 (68,2%), девочек – 13 (31,8%). Наружный геморрой выявлен– у 28 (67,5%) больных; внутренний – у 7 (17,5%) и смешанный – у 6 (15%). Среди 41 больных детей после комплексного лечения основного заболевания геморрой имел транзиторный характер – у 10 (25%) и постоянный – у 25 (60%).

Всем больным с геморроем проводились обследования: общеклиническое, лабораторное, ректальное пальцевое, аноскопия, ректоскопия. С целью выявления причины хронического запора (ХЗ) проводили ирригоскопию, полипозиционную ирригографию, МРТ и УЗИ органов малого таза. Это позволило с большей достоверностью выявить причину моторно-эвакуаторного нарушения: удлинения, сужения, опущения, дефекта фиксации участков толстой кишки и нарушения функции мышц тазового дна.

Результаты и обсуждение

В результате анализа катамнестических данных (выписки историй болезни, изучение результатов клинико-анамнестических данных) и комплексного клинического обследования у 41 больных детей с геморроем, изучены особенности причины заболевания, клинического проявления, течения, локализации, тактические подходы лечения в возрастном аспекте.

Характерными причинами геморроя у детей явились: диарея – у 80%; ХЗ – у 72%; условия жизни – у 40%; питание – у 30%; напряженный кашель (заболевания легких) – у 10%, затрудненное мочеиспускание (камень или сужение уретры) – у 13% и др.

По нашим данным, у 4 (10%) грудных детей к развитию геморроя способствовал двухмоментный акт дефекации при усиленном диарейном синдроме (на фоне ОКИ), которые приводил к частому натуживанию, повышению внутрибрюшного давления и расслаблению наружного сфинктера (зиянию ануса). У детей раннего и дошкольного возраста частой причиной были: периодическое и длительное время сидение на горшке и врожденная неполноценность венозной сети малого таза, они наблюдались - в 7 (17,5%) случаях. У больных в дошкольном и школьном возрасте причиной геморроя играли важную роль ХЗ, которое нами наблюдались у 25 (62,5%) больных. У них, при ирригографии выявлены долихосигма и мегаректум.

Клиническое течение геморроя у маленьких детей, имело транзиторный характер – увеличение узла после акта дефекации, потом через некоторое время самопроизвольное уменьшение или исчезновение. Когда выпячивания геморроидальных узлов держались постоянно, они диагностировались как «геморрой без геморроя». Они имели два варианта клинического течения: первый – когда внутренние и наружные геморроидальные узлы имеются, но жалоб нет; второй - при тщательном исследовании, хотя не удается обнаружить резкого расширения геморроидального узла, имеются дискомфорт и боли в области варикозно расширенной вен.

Геморрой у детей клинически протекает в более атипичной форме, чем у взрослых. Геморрой у маленьких детей начинался постепенно, незаметно и длительно ощущались чувство дискомфорта в области заднего прохода. К этому симптому у детей школьного возраста присоединялись зуд заднего прохода. Боли у детей школьного и старшего возраста появляются позднее, чем другие симптомы. Боль появляется часто у детей старшего возраста лишь после присоединения воспалительных явлений, ущемления геморроидальных узлов или при нарушении целостности покровного эпителия области анального кольца (трещины или язвы). У детей кровотечение первым симптомом геморроя не являлся.

Почти у всех детей геморрой, протекал с периодами обострения, без воспаления или с умеренными воспалениями геморроидальных узлов. При обострениях легкой степени наблюдался умеренное набухание геморроидальных узлов без явлений воспаления. Эти формы геморроя встречались в подростковом возрасте в 5 случаях. Умеренно тяжелая степень обострения заключается в набухании, увеличении и воспалении как видимых наружных, так и внутренних геморроидальных узлов. Кожа, покрывающая наружные геморроидальные узлы растянута, напряжена, воспалена. Каждый геморроидальный узел выпячивался кнаружи, заслонял просвет ануса и деформировал анальный канал. При пальпации воспаленные узлы болезненны, плотные. При этом, палец с трудом вводился в заднепроходное отверстие. Ткани, окружающие воспаленные геморроидальные узлы, обычно не были воспалены. Дефекация была затруднена и болезненна, температура тела не повышалась и геморроидальные кровотечения отсутствовали.

Возрастное распределение геморроя у детей имело свои особенности: в грудном возрасте составило (3 мес.- 1 год) – 4 (10%); в раннем (1–3 года) – 6 (14%); в дошкольном (4–6 лет) – 13 (32%); в школьном (7–12лет) – 14 (34%) и в подростковом (13–17лет) – 4 (10%). При этом высокая частота встречаемости отмечена в дошкольном и школьном возрасте – 27 (72%). Частая локализация геморроя имела место у детей на 4 часах – у 14 (35%) и 7 часах – у 12 (30%), что является доказательством врожденного генеза заболевания.

У каждого больного с геморроем выявлено от 1-го до 3-х геморроидальных узлов: один узел – у 26 (63,2%) больных; два – у 11 (26,8%); три – у 4 (10%). Обычное выпадение узлов отмечено – у 34 (83%) больных; тромбоз геморроидальных узлов – у 6 (14,6%), кровотечение в 1 (2,4%) случае. Размеры геморроидальных узлов составили: 0,4 - 1,2 см в диаметре. Эти возрастные особенности причин, клинического проявления, течения и локализации геморроя у детей во многом явились основой тактического и технического аспектов хирургического лечения.

Лечение геморроя у детей нами проведено консервативное- у 34 и хирургическое - у 7 больных. К консервативным относятся: диетотерапия, механическое очищение кишечника с помощью клизмы; медикаментозное и физиотерапевтическое. В тактическом плане, учитывая маленький возраст детей (от 3 мес. до 3 лет) и отсутствие экстренных клинических проявлений (ректальное кровотечение), показаний к экстренному оперативному лечению не было. Геморрой у этой категории детей часто имел транзиторный характер. Поэтому, комплекс консервативного лечения геморроя сводился лечению основного заболевания (диарейного синдрома) и местному лечению (очистительные и лечебные клизмы с раствором ромашки, ректальные свечи антигеморана 2 раза – утром и вечером в течение 7 дней). Проводился курс умеренного расширения ануса 2-3 дня с детским ректоскопом. При наличии отека в узлах назначали светодиодный лазер (СДЛ) в течение 3–5 дней. При этом проведение 1–2 курсов местной терапии дало положительный эффект во всех случаях, обошлись без операции.

В тактическом плане особенностями лечения геморроя у детей дошкольного возраста явились применение, лечебных клизм с раствором ромашки, применение ректальных свеч (антигеморан) и мазей (проктозан), ППЛ или СДЛ на область геморроидального узла. При этом восстанавливались кровообращение, уменьшался застой в тазовых органах, усиливалась перистальтика кишечника, укреплялась мускулатура тазовой диафрагмы, что приводило к исчезновению геморроидальных узлов.

У детей школьного и старшего возраста при комплексном лечении острого геморроя акцентировали внимание на профилактику и лечение ХЗ. Для диеты рекомендовали овощи, фрукты, черный хлеб и другую пищу, содержащую достаточное количество шлаков. Клизмы считались активным методом, как профилактика осложнений и лечение геморроя. Обезболивающие, противовоспалительные и вяжущие средства были направлены на устранение отдельных симптомов геморроя. Местно применяли ректальные свечи (антигеморан, релиф) и мазей (проктозан).

Применением рациональной комбинации диетических, лекарственных, физиотерапевтических и других факторов можно у большинства больных подростков добиться перевода острой стадии болезни в хроническую и получить длительную ремиссию в 15% случаев или полного излечения – до 85%.

Хирургическое лечение геморроя у детей нами произведено только в 6 случаях в условиях стационара. Из числа оперированных в 2 случаях была выполнена срочная геморроидэктомия при тромбозе геморроидального узла. Показания к операции зависели от характера имеющихся патологических изменений. Абсолютными показаниями к операции явились: наличие больших варикозных узлов, которые нарушают акт дефекации, часто осложняются воспалением, выпадением, ущемлением; легко или постоянно выпадающие узлы, вызывающие болевые ощущения. Относительными показаниями были: умеренно выраженные геморроидальные узлы с редкими обострениями заболевания одиночных, множественных

и напряженных наружных геморроидальных узлов, не поддающихся к консервативному лечению. При операциях по поводу геморроя у детей предпочтительнее применение общего наркоза.

Среди многочисленных предложенных методов и модификаций хирургического лечения геморроя, в детском возрасте мы применяли более щадящие методы. При этом, важным моментом выбора способа являлись, оценка состояния основания ножки единичного или множественного геморроидальных узлов. Если основание ножки геморроидального узла узкое, выше стоящую часть геморроидального узла захватывали зажимом, оттягивали вверх и циркулярно иссекали на уровне узкого основания узла. Лигируя узел у основания, погружали культю в рану и ушивали продольно непрерывными швами (нити Викрил 5/0). Подобная операция нами выполнена у 2 больных. Рецидивов не было при наблюдении в течении 2 лет.

Если основание геморроидального узла широкое, циркулярное иссекали слизистую оболочку вместе с расширенными венами на широком основании ножки, оттянутого за вершину узла. У средней части ножки прошивали нитью Викрил 5/0 и узел отсекали над лигатурой. Образовавшуюся рану ушивали непрерывными швами той же нитью поперечно с погружением культи. Таким образом восстанавливали дефект раны кожно-слизистого перехода. Для предупреждения болей, интраоперационно у основания раны вводили 2-4 мл 2% раствора новокаина. После операции вводили в задний проход катетер Фолея соответствующего размера (№ 24-30) и вокруг него, вставили турунду, пропитанную бальзамом «Бакстимс», который защищал от инфицирования операционной раны. При этом, газы и содержимое кишечника отходили свободно. Подобная операция нами выполнена у 4 больных школьного возраста. Рецидивы геморроя в отдаленном периоде не отмечены.

В послеоперационном периоде больным назначают в первые 3 сутки любые обезболивающие средства 1–2 раза. Газоотводную трубку удаляли на 6-7 сутки, при помощи очистительной клизмы раствором ромашки обеспечивали хорошего опорожнения кишечника.

Выводы

1. Особенностями геморроя у детей является, маленьком возрасте имеет транзиторного характер течения и часто встречается в дошкольном и школьном возрасте. Наиболее частой (65%) локализацией является 4 и 7 по часовому циферблату.

2. У детей с геморроем до 3-х лет эффективным является только консервативное лечение. Оперативному лечению более подвержен школьный возраст.

3. Показаниями к операции геморроя у детей являются: наличие больших варикозных узлов, которые нарушают акт дефекации, воспалением, выпадением, ущемлением, а также легко или постоянно выпадающиеся узлы и вызывающие боли.

4. У детей применяются более щадящие хирургические методы.

Литература

1. Воробьев Г.И. Геморрой: Руководство / Г.И. Воробьев, Ю. А. Целыгин, Л.А. Благодарный. – 2-е изд., перераб. и доп. М.: Литтерра, 2010.
2. Гончарук Р. А. Опыт лечения хронической геморроидальной болезни методом допплер-ориентированной дезартеризации геморроидальных узлов с мукопексией и лифтингом слизистой оболочки анального канала. Эндоскопическая хирургия. – М., 2013; 19(3): 32–34.
3. Гончарук Р.А. Лечение больных хронической геморроидальной болезнью III–IV стадии: научное издание. Р.А. Гончарук, К. В. Стегний и др. Хирургия. М., 2013; 5: 8–11.
4. Джавадов Э. А. Геморроидальная болезнь, сопровождающаяся анальным пролапсом, и методы ее лечения: научное издание. Э.А. Джавадов, Л.Ф. Халилова. Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. М., 2014; 3: 43–48.
5. Загрядский Е.А.Трансанальная дезартеризация в лечении геморроидальной болезни / Е.А. Загрядский. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015: 176.
6. Коновалов О.И. Совершенствование технологии хирургического лечения геморроя. Автореф. дисс. … канд. мед.наук. Томск, 2007: 16.

7. Ливзан М.А. и др. Геморрой: причины, симптомы, диагностика и подходы к терапии. Лечащий врач. М., 2014; 6: 84–86.
8. Макаров И.В. Частная проктология. Геморрой: Учеб.пособие /И.В. Макаров, О.Ю. Долгих. – М.: Форум, 2015.
9. Минушкин О.Н. Современные возможности комплексного консервативного лечения хронического геморроя. Лечащий врач. – М., 2014; 8: 7–11.
10. Ривкин В.Л. Амбулаторное лечение геморроя // Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия. – М., 2014; 55–56(3–4): 35–37.
11. Титов А.Ю. Дезартеризация внутренних геморроидальных узлов со склеротерапией при лечении больных хроническим геморроем : научное издание. Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. – СПб., 2013; 48(4): 47–49.

Хамраев А.Ж., Уббиев Д.К.

БОЛАЛАРДА ГЕМОРРОЙНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ ВА УНИ ДАВОЛАШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Калит сўзлар: болаларда геморрой, консерватив ва хирургик даволаш

Муаллифлар томонидан геморрой билан огриган 41 нафар бемор болада клиник, лаборатор, ректал. аноскопик, ректоскопик текширув усулларидан фойдаланиб диагностик текширув ўтказилган. Касаллик сабаблари, клиник кўриниши ва кечиши, хусусиятлар ўрганилиб, бемор болаларнинг ёши жиҳатдан тактик даволаш усуллари ишлаб чиқилган. Кўкрак ёшидаги болалард - геморройнинг келиб чиқиш сабаби кўп ҳолларда кучли диарея синдроми ва икки босқичли дефекация; эрта ва мактабгача ёшдаги болаларда –тувакда даврий ва узоқ муддат ўтирган, кичик чаноқ веноз тизимининг туғма етишмовчилиги; мактабгача ва мактаб ешидаги болаларда эса сурункали кабзият мухим рол уйнайди. Мактабгача ва мактаб ёшидаги беморларда учраш кўрсаткичи кўп бўлиб 72% ни ташкил этади. Болаларда геморройнинг энг кўп локализацияси 4 соатда (35%) ва 7 соатда (30%) бўлиб, бу касаллик генезининг туғма эканлигини исботлайди. Биз болаларда геморройни даволашда консерватив - 34 (83%), жарроҳлик - 7(17%) даво ўтказдик. Тактик жиҳатдан чақалоқлик даври ва эрта ёшдаги беморларда, консерватив даво мажмуасига, асосий касалликни даволаш (ич кетиш синдроми) ва махаллий даволаш киради; мактабгача ёшидаги болаларда даволовчи ҳукна ва ректал шамчалар, маз тўғри ичакка куйиш ва маҳаллий ЯУЛ, СДЛ фойдаланилди; мактаб ва катта ёшдаги болаларда сурункали кабзиятни бирламчи даволаш кўзда тутилади. Операцияга кўрсатмалар: гемороидал тугунларининг катталашиб дефекацияга таъсир қилиши, тугуннинг яллиғланиши, сиқилиши ва доимий равишда чиқиб туриши ва доимий огрикни келтириб чиқарадиган ката тугунлар киради. Болаларда геморройни даволашда тезкор хирургик усуллари қўлланилди ва асосан жарроҳлик даво мактаб ёшидаги беморларда амалга оширилди. Операциядан кейинги даврда асоратлар аникланмади.

Hamroev A.J., Ubbiev D.k.

PECULARITIES OF CLINICAL COURSE AND TREATMENT HEMORROID AT CHILDREN

Key words: hemorrodise at children, conservative and surgical treatment

The article deals with 41 sick children with hemorroids who were undergone to the following examinations: all-clinical, laboratory, rectomanual, rectoscopy and additional complex of study. The peculiarities of disease cause had clinical implication, course, localization and it developed tactical approaches of treatment in age aspect. The babies often had hemmoroids: the double stage act of defecation was at strengthened diarrheal syndrome; children of early and preschool age have periodic and long sitting on pot, and, congenital inferiority of venous network of small pelvis and school age played an important role of HZ (hemoroid zone). The high frequency of occurrence was 72% at pre-

school and school age. Frequent localization of hemorrhoids took place in children at 4 o'clock (35%) and 7 o'clock (30%) that was the proof of congenital genesis of disease. Hemorrhoids treatment was performed both conservative at 34 (83%) and surgical at 7(17%) patients. By the tactical plan the chest and early age are taken into consideration. The conservative treatment has: treatment of basic disease (diarrheal syndrome), local treatment; children of preschool age were used medical enemas and rectal candles, ointments, PPL, SDL; children of school and advanced age are undergone to treatment from constipation. Indications to operation are: existence of big varicose nodes which violate the act of defecation, inflammation, loss, infringement and constantly dropped out nodes and pain. More sparing methods are used at children. Complications are noted in postoperative period.

Хамраев А.Ж., Рахмонов Д.Б.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Улучшение результатов лечения повторной АРП на основе изучения патогенеза ранних и поздних осложнений приводящей к ПНАС, разработка мер профилактики и хирургической коррекции.

Материалы и методы. С 2007 г. по 2018 г. в отделениях детской хирургии 1-ГКДБ (ТашПМИ) и МДОБ (СамМИ) находились на повторной коррегирующей операции 41 пациента с ПНАС. Возраст больных составлял от 3 мес. До 14 лет. Всем больным проводилось комплексное обследование, включавшее тщательный сбор анамнеза и катамнез, клинический осмотр с ректальным исследованием, лабораторную диагностику, УЗИ с допплером сосудов органов брюшной полости и малого таза, миографию запирательного аппарата прямой кишки, рентгенологические, МРТ и эндоскопические исследования.

Результаты. Нами, на основе комплексного обследования больных, на основе изучения патогенеза ранних и поздних послеоперационных осложнений, приводящих к ПНАС, разработаны тактика, методы хирургической коррекции и интраоперационные и послеоперационные меры профилактики осложнений. При повторной коррекции ПНАС у детей в зависимости от степени недостаточности (повреждения или склерозирования) мышц сфинктера оптимизированы показания к консервативному (методы реабилитации) и хирургическому (методы коррекции) лечению.

Несмотря на достигнутые успехи лечения больных аноректальными мальформациями (АРМ) детей проблема послеоперационных осложнений остается далеко нерешенной. Несмотря на колоссальный опыт проведения аноректопластики (АРП) неудовлетворительные результаты радикальных хирургических вмешательств в различных клиниках и странах мира составляет 10-60%. В большинстве случаев коррекции аноректальных пороков приводят к функциональным нарушениям запирательного аппарата прямой кишки, которые отмечаются у 30-60% пациентов, что в дальнейшем сопровождается недержанием кала [2]. При этом, основную долю причин неудовлетворительных результатов лечения АРМ составляют диагностические, тактические и технические ошибки при первичной коррекции и её осложнения, которые часто приводят к развитию различной степени послеоперационной недостаточности анального сфинктера (ПНАС), что требует повторных коррегирующих операций.

Авторы утверждают, что среди повреждающих факторов мышц сфинктера, приводящих к ПНАС у детей, интраоперационная травма встречается чаще, чем другие факторы. Степень риска повреждения сфинктера особенно велика при допущении диагностических и тактических ошибок, травматичности выполнения первичной коррекции, а также гнойно-воспалительных осложнениях или сопутствующих регионарных аномалиях [2, 6]. Существующие реабилитационные методы лечения при ПНАС, направленные на возможность пациентом самостоятельно, осознанно управлять мышцами заднего прохода, приводят к низкой эффективности у детей раннего возраста и удовлетворительные результаты лечения при этом не превышают 50% [4].

Таким образом, ПНАС непосредственно не угрожает жизни больного, а является социально значимым заболеванием, создающим массу проблем перед хирургами, родителями и больными. В связи с этим, анализ диагностических, тактических и технических ошибок приводящих к ПНАС, требует оптимизации тактики лечения, показаний к повторным операциям, выбора коррекции, интраоперационных мер профилактики осложнений и реабилитации больных, что является актуальной проблемой в детской колопроктологии.

Цель работы - явились улучшение результатов лечения повторной АРП на основе изучения патогенеза ранних и поздних осложнений приводящей к ПНАС, разработка мер профилактики и хирургической коррекции.

Материалы и методы

С 2007 г. по 2018 г. в отделениях детской хирургии 1-ГКДБ (ТашПМИ) и МДОБ (СамМИ) находились на повторной коррегирующей операции 41 пациента с ПНАС. Возраст больных составлял: 3 - 12 мес.-7 (17%); 1 - 3 года-17 (41,5%); 3 - 7 лет-11 (26,8%); 8 - 14 лет - 6 (14,7%). При этом, нами проведено 111 реконструктивных операций: однократно – в 41 (36,9%) случаях, двухкратно – в 16 (28,8%), трёхкратно – в 10 (27%) и четырёхкратно – в 2 (7,3%) случаях. Реконструктивные операции в 30 (73,1%) случаях проводились после наложения колостомы. При устранении ПНАС произведена оперативная коррекция с различными доступами: 18 (43,9%) больным произведена промежностная; у 10 (24,4%) - брюшно-промежностная (БП); у 8 (19,5%) – переднесагитальная (ПС) и у 5 (12,2%) – заднесагитальная (ЗС).

Всем больным проводилось комплексное обследование, включавшее тщательный сбор анамнеза и катамнез, клинический осмотр с ректальным исследованием, лабораторную диагностику, УЗИ с допплером сосудов органов брюшной полости и малого таза, миографию запирательного аппарата прямой кишки, рентгенологические, МРТ и эндоскопические исследования. Среди всех повторно оперированных у 17 (41,5%) больных детей отмечались агенезия копчиковой и крестцово-копчиковых позвонков.

Больные распределялись на 2 группы. В 1-й группе были 27 больных детей с ПНАС, ранее неоднократно оперированных в других лечебных учреждениях. Во 2-й группе - 14 пациентов перенесли первичные коррекции по поводу ПНАС под нашим наблюдением. Нами проведен клинический анализ причин возникновения ПНАС, попытались обосновать патогенетические аспекты возникшей при первичной и повторной коррекции осложнения АРМ, были изучены допущенные ошибки и опасности в ходе операции и разработаны возможные способы их предупреждения.

Результаты и обсуждение

В ходе изучения катамнеза и данных обследования больных детей с ПНАС в процессе диагностики и хирургической коррекции нами, выявлены следующие ошибки и недостатки, такие как: недостоверная первичная диагностика, недостаточность предоперационной подготовки больных; неадекватность показания и выбора метода операции; неполноценное проведение послеоперационной реабилитации. Всё эти ошибки и недостатки имели диагностический, тактический, технический и сочетанный характер, что приводило к формированию ПНАС, в результате требовалось проведение большого количества повторных операций.

I. Диагностические ошибки: недостаточная оценка соматического статуса, пороков соседних органов и дооперационного обследования больных; рентгенологически неправильная укладка больного при определении высоты атрезии, протяженности стеноза или отклонения аноректального угла; недиагностированные врожденные ректоуретральные свищи (РУС); неточная идентификация аномалии при первичной диагностике; неполноценное выявление причин и некачественный анализ возникших осложнений при первичной коррекции АРМ, недостоверная верификация диагностики при вторичной коррекции.

II.Тактические ошибки: неправильный выбор показаний, доступа, радикального метода операции или наложения колостомы при первичной коррекции порока и ПНАС; излишняя попытка промежностным доступом поиска слепого конца кишки, которая часто приводит к повреждениям мышц сфинктера, при высокой безсвищевой форме аноректальной атрезии (АРА); недостаточность квалификации хирурга.

III.Технические ошибки: неправильный выбор операционного доступа и выполнение техники операции, приводящие к возникновению ранних и поздних послеоперационных осложнений:

1) некроз культи низведенной кишки, возникший при брюшно-промежностной проктопластике (БППП) в результате недооценки состояния аркадных сосудов брыжейки (отсутствие I или II порядка), приводящих к выраженному нарушению кровоснабжения в низведенной кишке, её некрозу и тазовому перитониту в раннем послеоперационном периоде. Коррекция подобных осложнений заключалась в срочной дополнительной мобилизации толстой кишки и ее перенизведении на промежность;

2) интраоперационные повреждения внутренних мышц сфинктеров, возникшие от черезмерной дивульсии при внутрибрюшинной туннелизации и высокой АРА, полном заращении дна таза после неоднократной коррекции БППП; случайное ранение уретры при повторной мобилизации толстой кишки на фоне массивного спаечного процесса на дне таза; упущение создания первичной АРП и внесфинктерного низведения дистальной части толстой кишки после низведения толстой кишки на промежностном этапе, при различных методах БППП и АРП, выполненных по поводу высокой атрезии ануса и прямой кишки. Для верификации вышеизложенного, необходимо проведение до реконструктивной операции, либо интраоперационно электромиографического определения активности наружного сфинктера. Хирургическая коррекция внесфинктерного низведения кишки заключалась в повторном проведении АРП с перемещением кишки в центр сфинктерного кольца.

3) Рецидив или формирование ректовестибулярных и ректоуретральных свищей является серьезным осложнением и чаще всего имеет технический характер. После первичной коррекции свищевых форм АРМ нередко выявлялись рецидивы РУС и ректовестибулярных свищей. Особого внимания заслуживает группа пациентов с высокими атрезиями ануса и прямой кишки, оперированных неадекватным доступом. В результате подобных операций свищевой ход, перемещенный в положение прямой кишки, является нефункциональным участком кишки. Клинически РУС характеризуется выделением мочи из прямой кишки и забросом кала в уретру, что приводит к инфицированию мочевыделительной системы и выраженной мацерации перианальной кожи. В отдаленном периоде при заращении РУС часто возникает хронический запор (ХЗ), на фоне вторичного рубцового процесса возникает мегаректум, а в последующем это служит показанием к реконструктивной операции.

4) Хроническая ишемия низведенной толстой кишки возникает после неоднократного проведения БППП, мобилизации и низведения короткого остатка толстой кишки (натяжения кишки или перерастяжения брыжеечных сосудов) и значительного пересечения магистральных крупных брыжеечных сосудов (обеднение кровообращения). Хроническая ишемия клинически проявлялась возникновением в послеоперационном периоде ХЗ или неустойчивости стула. Верифицировать её позволяли результаты ирригографии и данные УЗИ с допплером. Коррекция его проводилась в плановом порядке через БППП.

IV. Сочетанные ошибки. К ним относятся все виды ошибок: недостаточность предоперационной подготовки; неполноценное выявление причин возникших осложнений; недостоверная верификации диагностики при вторичной коррекции ПНАС; неадекватность показания и выбора метода при повторной коррекции; неполноценное проведение послеоперационной реабилитации, которая приводит к вторичному рубцовому изменению органов промежности.

Иногда допущенные первичные диагностические ошибки при лечении АРМ приводили к тактическим ошибкам в отношении выбора доступа, они в свою очередь, к техническим ошибкам. Последние сопровождались осложнениями и неудовлетворительным результатом, которые как правило приводили к повторной операции у первой группы больных. Например: при высокой форме АРА на фоне недиагностированного узкого нефункционирующего РУС, неправильно выбирается доступ ЗС по Пенья. В послеоперационном периоде РУС стал функционировать на фоне изменения направления РУС. При этом, моча шла через просвет прямой кишки и промежность сильно мацерировалась. При длительном воспалительном процессе, неоанус вторично зарубцевался, что привело к стенозу заднего прохода с формированием ПНАС. С целью ликвидации РУС и стеноза ануса проведена БП доступом.

1. Непротяжённый и протяженный стенозы заднего прохода и прямой кишки являются сложным и осложнениями, которые возникают после БППП и ППП, на фоне перенесенного воспалительного процесса, расхождения швов раны промежности, нередко возникающих в зоне анастомоза (анастомозит) при плохой предоперационной подготовке и неудовлетворительном послеоперационном уходе за больными. Стеноз ректального анастомоза и вторичный мегаректум развиваются в поздние сроки после выполнения операции. Важной причиной развития непротяженного ректального стеноза является перенесенный после операции анастомозит. При расхождении швов раны промежности на фоне вторичного заживления раны, рубцовый процесс постепенно занимает задний проход и прямую кишку. Иногда ПНАС возникает на фоне оставления участки зоны гипоганглиоза при низведении кишки АРА. Коррекция непрятяженного стеноза осуществляется путём бужирования, при неэффективности ликвидация стеноза проводится хирургическим методом. Коррекция протяженного стеноза заключается в проведении реконструктивной операции промежностным, БП или ЗС доступом.

3. Рубцовая деформация ануса, стеноз прямой кишки, рубцовые перерождения наружного сфинктера и дефекты перегородки органов промежности относятся к поздним серьезным осложнениям, возникают после многократных промежностной АРП. Развитие рубцового процесса обусловлено обедненностью кровоснабжения стенки низведенной кишки, натяжением брыжейки или непосредственно кишечной трубки и сдавлением кишки извне (гематомой). Рубцовый стеноз заднего прохода и прямой кишки сопровождается ХЗ и часто вторичным мегаректумом, клинически проявляется недержанием кала, каломазанием и неудержанием газа. Дефекты перегородки органов промежности анатомически проявляются в виде «искусственной клоаки» и клинически - недержанием кала и газа. Хирургическая коррекция дефекта ректо-влагалищной перегородки с восстановлением анатомической структуры промежности проводится после наложения сигмостом. Коррекция рубцовой деформации наружного сфинктера заключается в устранении рубцовой деформации и проведении различных видов АРП в зависимости от обширности поражения сфинктера. В 1/4 поражении наружного сфинктерного кольца целесообразна сфинктеропластика местными тканями. При тотальном поражении наружного сфинктера проводились оперативные вмешательства с использованием мышечной ткани близлежащих анатомических зон.

3. Избыточная (выстояния) слизистой низведенной кишки возникает после различных видов АРП, когда низведенная кишка подшивается в край кожи, формирующей анальное отверстие. Избыточная слизистая иногда может быть представлена незначительным участком, а в некоторых случаях - достаточно большим ее фрагментом, которая клинически проявляется недержанием кала. Лечение данной патологии заключается в иссечении избытка тканей с наложением кожно-слизистых швов.

4. Параректальный свищ (ПС) возникший в раннем послеоперационном периоде на фоне повышения давления каловыми массами, «камнями» или в результате ретракции низведенной кишки приводит к частичному расхождению швов ректального анастомоза. Формированием дефекта кишечной стенки на фоне воспалительного процесса или травмы (при клизме) создается ход в направлении промежности и открывается далеко от ануса или ягодичной области в виде ПС. Лечение данной патологии заключается в иссечении в плановом порядке ПС после созревания соустья.

5. Необратимые изменения перианальной области возникают на фоне тотального недержания кала, что, в свою очередь, проявляется в результате многократных неудачных корригирующих операций. К сожалению, хирургическая помощь в данной ситуации может быть оказана лишь паллиативно - наложением кишечной стомы.

Структура и частота наблюдений ПНАС у детей требует особых тактических и технических подходов при лечении. У одного и того же пациента могло быть несколько видов осложнений, последовательно корригируемых. Количество перенесенных реконструктивных

операций иногда варьировало от 1 до 4. При решении проблем повторных операций по поводу ПНАС у детей мы не ограничивались только лишь совершенствованием хирургической техники; они требуют изучения причин, анализа ошибок, осложнений и неудач, обуславливающих повторные вмешательства, определения показаний, сроков, путей доступа, объема операции, критериев оценки эффективности, методов медицинской и социальной реабилитации больных. Для каждой группы пациентов были характерны свои типичные осложнения, связанные с особенностями патологии и различием в оперативном пособии, но были осложнения, одинаково часто встречающиеся в обеих группах, в частности ретракция и некроз низведенной кишки, хроническая ишемия, натяжение и фиксированная деформация низведенной кишки. В тактическом плане показания к хирургическому лечению ПНАС у детей определяются по степени тяжести повреждения мышечных структур сфинктерного аппарата, деформации аноректальной области и выстоянием слизистой. В случаях отсутствия выраженной деформации, лечение следует начинать с консервативных мероприятий и лишь при неэффективности последних, показано проведение повторной коррекции. При наличии деформации (стеноз, эктопии, свищи, дефекты) и выстояния слизистой показано оперативное лечение независимо от степени повреждения сфинктеров.

С целью уменьшения ПНАС при корригирующих АРП у детей, мы придерживались следующих технических приемов и интраоперационной тактики: по возможности при коррекции осложнений обойтись без брюшного доступа; с целью сохранения полноценного кровоснабжения и иннервации промежности стремиться к минимальной диссекции тканей; точное выведение прямой кишки через центр удерживающего мышечного комплекса; стремиться достичь восстановления физиологического аноректального угла и сохранения внутреннего анального сфинктера; обеспечить отсутствие натяжения в зоне вновь сформированного неоануса. Следует отметить, что повторные корригирующие операции выполнялись в более сложных условиях, чем первичные, и с меньшими возможностями выбора АРП в классическом варианте, при наличии грубых рубцовых изменений тканей промежности.

Нами, на основе комплексного обследования больных, на основе изучения патогенеза ранних и поздних послеоперационных осложнений, приводящих к ПНАС, разработаны тактика, методы хирургической коррекции и интраоперационные и послеоперационные меры профилактики осложнений. При повторной коррекции ПНАС у детей в зависимости от степени недостаточности (повреждения или склерозирования) мышц сфинктера оптимизированы показания к консервативному (методы реабилитации) и хирургическому (методы коррекции) лечению. Таким образом, благодаря оптимизации диагностики, тактики, методов интраоперационной хирургической коррекции и послеоперационных мер профилактики осложнений, нами получены значительное улучшение результатов лечения ПНАС у детей, которые оценивались на: хороший, удовлетворительный и неудовлетворительный оценки. Результаты хирургического лечения ПНАС у детей представлены в таблице.

Таким образом, как видно из таблицы благодаря оптимизации тактики, методов хирургического и комплексного реабилитационного лечения, нам удалось корригировать ПНАС в 33 случаях из 41, что составляет 80,5% с хорошими и удовлетворительными результатами. При этом оптимальными критериями явились: оптимизация качества дооперационной диагностики, подготовки больного к операцию, своевременного выявления сопутствующих аномалий соседних органов, профессиональная компетентность хирурга, адекватность выбора тактики, техники выполнения корригирующей операции, качественное проведение реабилитационного лечения.

Выводы

1. Диагностические, тактические, технические и сочетанные ошибки при первичной коррекции АРМ и повторной коррекции её осложнений часто приводят ПНАС у детей, что требует многократной повторно-корригирующих операций.

2. Показания к хирургическому лечению ПНАС у детей определяются с учётом тяжести повреждения мышечных структур сфинктерного аппарата, деформации аноректальной области и состояния слизистой.

3. Оптимизация диагностики, тактики, методов интраоперационной хирургической коррекции и послеоперационные меры профилактики способствует улучшению результатов лечении ПНАС у детей.

Результаты хирургического лечения ПНАС у детей

Виды осложнений	Методы повторной коррекции и консервативного лечения	Результаты (кол-во - %)			Всего (%)
		хор.	удов.	неуд.	
ПНАС без значительного повреждения мышечных структур и деформаций ануса (1- степень)	Консервативное (ЭСМ+физиотерапия)	8 -18,4	4 -9,7	-	12 -29,2
ПНАС без значительного повреждения мышечных структур, выстояние слизистой (1-2 степени)	Удаление избытка слизистой+анопластика+ ЭСМ	6- 14,6	4 -9,7	-	10- 25,3
ПНАС с рубцовой деформацией аноректальной области (2-3 степени)	ПС или ЗС доступом + сфинктеролевато-ропластика+ ЭСМ+ физиотерапия	4- 9,7	4- 9,7	3- 7,3	11- 26,7
ПНАС с повреждением всех элементов запирательного аппарата	БППП, ПСАРП или ЗСАРП+ АРП с восстановлением пуборектальной петли и дефектов + многоэтапная реабилитация	1- 2,4	2- 4,8	5- 12,2	8- 19,5
ИТОГО		19- 46,4	14- 34,1	8- 19,5	41- 100

Литература

1. Ашкрафт К. У., Холдер Т. М. Детская хирургия. СПб., 1997: 2.
2. Ленюшкин А.И. Комиссаров И.А.Педиатрическая колопроктология.М., 2008.
3. Саламов К. Н., Дульцев Ю. В. Аноректальные аномалии у взрослых. М.: Медицина, 1998.
4. Филипс РК. С. Колоректальная хирургия. Под ред. Г.И. Воробьева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009: 352.
5. Наврузов С.Н. и др. Ошибки и осложнения при выполнении операции на аноректальной зоне. Хирургия Узбекистана. 2014; 1 (61): 65-68.
6. Хамраев А.Ж., Атакулов Ж.А. Болалар колоректал хирургияси. Т. Изд. "Ўқитувчи" нашриёт-Матбаа ижодий уйи. 2015:383.

Хамраев А.Ж., Рахмонов Д.Б.

БОЛАЛАРДА ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ АНАЛ СФИНКТЕР ЕТИШМОВЧИЛИГИНИНГ КЕЛИБ ЧИҚИШ САБАБЛАРИ ВА УНИ ХИРУРГИК КОРРЕКЦИЯЛАШ ТАКТИКАСИ

Калит сўзлар: болалар, проктопластика, операциядан кейинги анал сфинктернинг етишмовчилиги, аноректал мальформациялар

Болаларда аноректал туғма нуксонларни бартараф қилиш жараёнида операциядан кейинги анал сфинктер етишмовчилиги (ОКАСЕ) асорати мавжуд 41 та беморларнинг катамнестик ва текширув маълумотларини ўрганиш натижасида, диагностика ва хирургик коррекция вактида йўл қўйилган хато ва камчиликлар аникланди, булар: ишончли бўлмаган бирламчи диагности-

ка, операциядан олдинги тайёргарлик етарлича амалга оширилмаганлиги, операция усулини танлаш ва унга бўлган кўрсатмаларнинг мос эмаслиги;операциядан кейинги реабилитациянинг тўлақонли ўтказилмаганлиги. Буларнинг барчаси диагностик, тактик, техник ва аралаш характерга эга, улар ОКАСЕ шаклланишига олиб келиши мумкин, натижада кўп сонли қайта операцияларни ўтказиш талаб этилади. Муаллифлар юқоридагилардан келиб чикиб, хирургик техникани такомиллаштириш билан чекланмасдан, асоратлар сабабларини чуқур ўрганиш, қайта операция қилишга олиб келувчи хато ва камчиликларни таҳлил қилиш, операцияга кўрсатма ва муддатлари аниклаш, унинг ҳажми ва самарасини, тиббий ва ижтимоий реабилитация усулларини аниқлаб олишни тавсия этадилар. Муаллифлар томонидан хирургик ва комплекс реабилитацион даволаш усулларини мутаносиблаштириш орқали ОКАСЕ ни мувоффақиятли коррекция қилиш кўрсаткичининг 80,5% гача кўтарилишига эришилди.

Хамраев А.Ж., Рахмонов Д.Б.

CAUSES AND CORRECTIONS OF POSTOPERATIVE ANAL SPHINCTER FAILURE IN CHILDREN

Key words: children, proctoplasty, postoperative failure of anal sphincter, anorectal malformations

In the course of the study of catamnestic and examination data 41 of children with postoperative non-NAS in the process of diagnosis and surgical correction errors and deficiencies were revealed as: unreliable primary diagnosis, insufficiency of preoperative preparation, inadequate indication and choice of the method of operation, inadequate postoperative rehabilitation. All these had diagnostic, tactical, technical and combined character, which led to the formation of the postoperative HCA, which required a large number of repeated operations. Therefore, the authors suggest that to solve the problems of repeated operations is not limited to the improvement of surgical techniques, and to study the causes, analysis of errors, complications and failures that lead to repeated interventions, indications, timing, access, scope of surgery and their evaluation of effectiveness, medical and social rehabilitation of patients. The authors, thanks to the optimisation of tactics, methods of surgical and rehabilitation treatment, managed to correct the post-surgical NAC up to 80,5%.

Хотамов Х.Н., Чулиев М.С., Тожибоев А.Ш.

БОЛАЛАРДА УРЕТРОПЛАСТИКАДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАРНИ ҚАЙТА БАРТАРАФ ҚИЛИШ УСУЛИ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Тадқиқот мақсади. Гипоспадия кузатилган беморларни такрорий операциясида "Везикоэндопункция" усули билан балапениал неоуретропластика усулидан фойдаланиб, натижаларни яхшилаш.

Материал ва услублар. Санаб ўтилган асоратлар билан 1 ёшдан 15 ёшгача бўлган 82 та бемор мурожаат қилди. Уларнинг 6 нафарида гипоспадиянинг бошча шакли, 16 нафарида пениал гипоспадиянинг дистал, 15 тасида - медиал, 11 тасида - проксимал, 9 тасида - пеноскротал, 13 нафарида гипоспадиянинг - ёрғоқ, 12 болада эса - оралиқ шакллари бўлган.

Натижалар. Операцияларни бажаришда жароҳат майдонига сийдик тушмаслигини таъминлайдиган обтурациялаб, дренажловчи-ювувчи катетерни қўллаган маъқул деган хулосага келинди.

Гипоспадияни даволашда 200 га якин операция усуллари мавжуд бўлишига карамасдан, бу туғма нуксонни бартараф килиш охиригача ечилмаган муаммолардан ҳисобланади [1,2,6,9]. Чунки операциядан кейинги ҳар хил асоратлар 15% дан 48% гача учрайди [3,4,5,8]. Бу асоратлар хорда тортмокларининг тўлиқ олинмаганлиги, неомеатус ретракцияси, неомеатус стенози, бир нечта уретра-тери оқмаларининг ҳосил бўлиши, ҳар хил шаклдаги кўпол чандиклар, меатостенозлар бўлиши мумкин. Шуни қайд қилиш лозимки, кўпгина болаларда гипоспадияси бор бўлишига қарамасдан кертмак вараклари олиб ташланганлик ҳолати учрамоқдаки, бу албатта пластик операциянинг қийинлашувига олиб келади.

Тадқиқот мақсади - гипоспадия кузатилган беморларни такрорий операциясида "Везикоэндопункция" усули билан балапениал неоуретропластика усулидан фойдаланиб, натижаларни яхшилаш.

Материал ва услублар

Санаб ўтилган асоратлар билан 1 ёшдан 15 ёшгача бўлган 82 та бемор мурожаат қилди. Уларнинг 6 нафарида гипоспадиянинг бошча шакли, 16 нафарида пениал гипоспадиянинг дистал, 15 тасида - медиал, 11 тасида - проксимал, 9 тасида - пеноскротал, 13 нафарида гипоспадиянинг - ёрғоқ, 12 болада эса - оралиқ шакллари бўлган. Ушбу мурожаат қилган беморлардан бизга келгунга қадар 22 тасида бир, 23 тасида - икки, 18 тасида - уч, 12 тасида - тўрт, 4 тасида - беш, 3 тасида эса - олти маротабагача жарроҳлик амалиёти ўтказилган.

Натижалар

Операция қилинган беморларнинг 10 тасида хорда тортмокларининг тўлиқ олинмаганлиги сабабли ҳар хил даражадаги деформациялар ва эрекция бўлган пайтларда оғрик кузатилади, 8 та беморда неомеатус ретракцияси, 11 тасида бир нечта уретра-тери оқмалари қайд этилган бўлса, 13 та беморда сийдик чикарув тешиги олатнинг тана қисмига тушиб қолиши учради (жадвал). 8та беморда ҳар хил шаклдаги кўпол чандиқлар оқмалар бирга бўлиши, 4 та беморда эса операциядан кейинги уретранинг торайиб қолиши кузатилди. 28 та гипоспадия билан туғилган беморлар циркумцизия қилингандан кейин гипоспадияни бартараф қилдириш учун мурожаат қилишди. Қайд этилган асоратларни бартараф этишда биз янгидан ишлаб чиққан балапениал неоуретропластика усулини қўлладик.

Беморларда қайта операциягача қайд этилган асоратлар

Беморлар ёши	Хорда тортмокларининг тўлиқ олинмаганлиги	Неомеатус ретракцияси	Бир нечта уретра-тери оқмалари	Сийдик чикарув тешигининг олат тана қисмига тушиб колиши	Кўпол чандиклар оқмалар билан бирга келиши	Неоуретранинг стенози	Кертмак вараклари олиб ташланган ҳолатлар	Жами
1-3	-	-	3(13,0%)	3(13,0%)	2(8,6%)	-	15(65,2%)	23
3-7	1(5,0%)	2(10,0%)	5(25,0%)	4(20,0%)	3(15,0%)	-	5(25,0%)	20
7-11	4(28,5%)	1(7,1%)	1(7,1%)	1(7,1%)	1(7,1%)	2(14,2%)	4(28,5%)	14
11-15	5(20,0%)	5(20,0%)	2(8,0%)	5(20,0%)	2(8,0%)	2(8,0%)	4(16,0%)	25
Жами	10(1,2%)	8(9,7%)	11(13,4%	13(15,8%)	8(9,7%)	4(4,8%)	28(34,1%)	82

Балапениал неоуретропластика усули. Энг аввало ковуққа везикоэндопункция усулида обтурациялаб дренажловчи-ювувчи катетер қўйилади. Жарроҳлик усули - олат тож эгати бўйлаб циркуляр киркилади. Олат вентрал юзасидаги бу киркиш чукурлаштирилиб, шу юзадаги хорда тортмоклари кўндалангига кесилгач, олат ростланади. Олат дорсал юзаси ўртаси бўйлаб унинг асоси тарафга узунасига киркилиб шу тараф териси олат вентрал юзасига ўтказилади ва 6-0 викрил ип билан, эпидермиси чокка олинмасдан узунасига тикилади. Мана шу тикиш чизиғининг икки тарафида уретра энига тенг тери қолдирилиб, параллел киркилгач, бир тарафи олат дорсал юзасидан ўтказилган тери учига чикарилади, иккинчи тарафи гипоспадия тешигининг проксимал тарафидан "W" – симон айлантирилиб олинади. Мана шу параллел киркишнинг ташки тарафида колган тери четлари 0,3-0,4 см атрофида таглигидан ажратилади. Ички тарафидаги тери четлари эса 6-0 викрил ип билан эпидермисни чокка олинмасдан тикилади. Шу тарика неоуретра ҳосил қилинади. Сўнгра иккинчи қават чокланади. Тикиш чизиғининг ён тарафидан 0,2 см масофада игна санчилиб 0,1-0,2 см қара-

ма - қарши тарафидан чиқарилади. Игна худди шу тешикдан қайта киритилиб, яна 0,2-0,4 см тери ости қаватидан ўтказилади ва боғланади. Худди шу усулда тикилганида иккинчи қават чизиғи биринчи қават чизиғига устма-уст тушмайди. Бу эса уретра-тери фистуласининг хосил бўлишини кескин камайтиради. Олат бошида тери кесилиб, шу ерда тарнов хосил қилинади ва у тарновдан неоуретранинг дистал учи чиқарилгач, олатнинг апикал кисмига 6-0 викрил ип билан тикилиб, неомеатус ясалади. Энди олат вентрал юзасидаги ва боши атрофидаги терилар бир-бирига тикилади. Демак, уретра асосан олат боши тагидаги ва олат танаси терисидан ясалади.

Шу усул билан 82 та беморда жаррохлик амалиёти ўтказилди, уларнинг 9 нафарида (11,0%) уретра тери оқмаси хосил бўлди. Орадан 2-3 ой ўтгач оқмалар хам жарроҳлик йўли билан бартараф этилди. Бошқа асоратлар қайд этилмади. Обтурациялаб дренажлаб – ювувчи катетер эса, жароҳат майдонига сийдик тушишининг олдини олиб, неоуретра курук туришини таъминлайди ва ювувчи найча билан неоуретрани антисептик эритмалар ва тўқима регенерациясини кучайтурувчи дори воситалари билан ювиб туриш имконини беради.

Хулосалар

1. Юқорида санаб ўтилган асоратлар қайт этилганда такрорий операция учун балапениал неоуретропластика усулидан фойдаланиш яхши натижалар беради.
2. Ушбу операцияларни бажаришда жароҳат майдонига сийдик тушмаслигини таъминлайдиган обтурациялаб, дренажловчи-ювувчи катетерни қўллаган маъқул.

Адабиётлар

1. Бекназаров Ж.Б., Болаларда гипоспадияни хирургик даволаш. Докторлик диссертацияси. Тошкент. 1995.
2. Продеус П.П., Староверов О.В., Гипоспадия. М: 2003:126-147.
3. Рудин Ю.Э., Модификация одномоментной пластики уретры по HODGSON III при лечении проксимальной гипоспадии у мальчиков. Урология. М. 2000:41-47.
4. Рудин Ю.Э. Руненко В.И, Решетникова Л.Б, Аникиев А.В. Лечение гипоспадии типа хорды у мальчиков. Детская хирургия. М., 2001; 1: 26-31.
5. Рудин Ю.Э. Способ одномоментной коррекции проксимальной гипоспадии деэпителизированным лоскутом крайней плоти. Урология. М., 2002; 2:58-63.
6. Файзулин А.К., Коварский С.Л., Меновщикова Л.Б., и др. Оперативное лечение проксимальных форм гипоспадии у детей с использованием бокового кожного лоскута на сосудистой ножке. Детская хирургия. 2003;5:34-35.
7. Al-Kassaby A.W, Al-Kandari A.M, Elzayat T, ShokeirAA. Modifiedtubularized incised plate urethroplasty for hypospadias repair: a long-term resultsof764patients.//Urology.-2008, Apr.-1(4).-P.611-615
8. ChrzanR,DikP,KlijnAJ,de Jong TP.Quality assessment of hypospadias repair with emphasis on techniques used and experience of pediatric urologic surgeons.-//J.Urology.-2007, Jul.-70(1).-P.148-152.
9. DenizN,KiracM,CamtosunA,IrkilataL,TanMO.Repair of hypospadiac urethral duplication with dismembered urethroplasty. Urol.Int. 2008; 80(1): 105-107.
10. Hayashi Y., Kojima Y., Nakane A., Maruyama T., Kohri K. Can a slit-like meatus be achieved with the V-incision sutured meatoplasty for onlay island flap hypospadias repair? B.J.U. Int. 2007; 99(6): 1479-1482.

Хотамов Х.Н., Чулиев М.С., Тожибоев А.Ш.

ПОВТОРНО-КОРРЕГИРУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ НЕОУРЕТРОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ

Ключевые слова: гипоспадия, циркумцизия, повторная операция.

Цель настоящего исследования - проведение повторных операций по поводу гипоспадии больным с осложнениями первичных операций. При этом применяли метод балопениальной неоуретропластики. У 8 больных из 82, повторно оперированных этим методом, наблюдалось образование уретро-дермальной фистулы. Через 2-3 месяца фистулы ликвидировали хирургическим путем. Другие осложнения не отмечались.

Khotamov Kh.N., Chuliyev M.S., Tojiboev A.Sh.

RECORRECTING SURGERY AT COMPLICATIONS OF NEORETEROPLASTY IN CHILDREN

Key words: hypospadia, operation, re-correcting surgery.

The aim of present research was to perform repeated operation on the occasion of hypospadia on patients with complications after operations. By that we used the method of balopenialneouretroplasics. At 8 patients from 82, the repeated operation by this method the formation of skin-urethra fistula was observed. In 2-3 months the fistulas were removed with surgical way. Other complications were not observed.

Чулиев М.С., Хотамов Х.Н., Байахмедов Ф.Ф.

БЕЗДРЕНАЖНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОЙ ФОРМЫ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Определить показания и противопоказания к бездренажному лечению аппендикулярного перитонита у детей.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе клиники Ташкентского педиатрического медицинского института, в отделении экстренной хирургии, в период от 2011 до 2017 гг.

Результаты. В ходе исследования, с 2011 по 2017 год была отобрана группа 59 больных детей с различной патологией «острого живота».

У всех больных наблюдалась лихорадка, рвота, боль в животе.

Отмечался лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, учащение пульса.

Ограниченная форма аппендикулярного перитонитаможет протекать с различной клинической картиной, с высоким риском осложнений.Kirsches был среди первых, кто установил снижение смертности от перитонита после хирургического лечения от 80-100% до 60% (1924). Протокол оперативного лечения септического перитонита состоит из: стабилизации общего состояния пациента, идентификации и коррекции причины вызвавшей перитонит, перитонеального лаважа, решения установить или не установить дренаж брюшной полости и обеспечение доступа к питанию в постоперационном периоде (желудочный зонд) [5]. На сегодняшний день существуют противоречия относительно целесообразности установления абдоминального дренажа. Согласно последним данным, значительной статистической разницы между осложнениями при дренированном и не дренированном в постоперационном периоде перитоните найдено не было – 29% к 36% [1,3,6,9]. Первичное закрытие брюшной полости считается приемлемым, если причина контаминации изолирована и контролируема. На сегодняшний день литературных данных «за» или «против» дренирования в мировой медицине не столь много. Результаты дренирования после аппендэктомии были проанализированы в двух рандомизированых когортных исследованиях [2,7], также был проведен мета-анализ группой ученных [4]. Согласно результатам этих исследований установление дренажа не является необходимым при местной ограниченной форме аппендикулярного перитонита. К тому же согласно исследованиям J. Vinnicombe, дренаж установленный в брюшную полость быстро закупоривается и становиться неэффективным. Все эти данные легли в основу проведенного нами исследования.

Цель работы - определить показания и противопоказания к бездренажному лечению аппендикулярного перитонита у детей.

Материал и методы

Исследование проводилось на базе клиники Ташкентского педиатрического медицинского института, в отделении экстренной хирургии, в период от 2011 до 2017 гг. Был проведен ретроспективный анализ историй болезней 59 больныхс местной ограниченной формой аппендикулярного перитонита. Из них 33(21 детей с местным ограниченным аппендикулярным перитонитом и 12 детей с местным неограниченным аппендикулярным перитонитом) пациентам брюшная полость была ушита наглухо без установления дренажа. Остальным 28 пациентам проводили дренирование брюшной полости вследствие наличия разлитого гнойного аппендикулярного перитонита у 18 детей и 10 - с неограниченной формой местного аппендикулярного перитонита. В брюшную полость, через дренажную трубку, в группе пациентов, которым было проведено дренирование, вводили антисептическую жидкость (фурациллин, хлоргексидин) от 5 до 20 мл, 2 раза в день.

Возраст детей, обратившихся за это время в отделение, составлял от 1 до 18 лет. Распределение больных проводилось согласно классификации аппендикулярного перитонита (по А.Ф. Дронову и И.В. Котлобовскому – Национальное руководство по детской хирургии. Россия). Количество пациентов с местной ограниченной формой перитонита составила 22 (37%) детей, с местной неограниченной формой - 19 (31%) и 18 (32%) детей с разлитой формой аппендикулярного перитонита.

Был проведен анализ микробиологического материала, результатов бактериологического посева и чувствительности к антибиотикам.

Во время операции была взята одна и несколько проб перитонеальной жидкости для посева.

Всем больным была проведена антибиотикотерапия с использованием антибиотиков широкого спектра действия.

Средняя длительность пребывания составила койко-7 дней. За исследуемый промежуток времени смертного случая от септического перитонита отмечено не было.

Результаты и обсуждение

В ходе исследования, с 2011 по 2017 гг была отобрана группа из 59 больных детей с различной патологией «острого живота».

У всех больных наблюдалась лихорадка, рвота, боль в животе.

Отмечался лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, учащение пульса.

После проведенного анализа существенной разницы в возрастных и клинических показателей в двух группах отмечено не было (см. таблицу).

Распределение больных в группе анализа

Параметры	Дренирование брюшной полости (n=28)	Бездренажное ведение (n=33)
Длительность симптомов (дней)	2.5±1.3	2.1±1.5
Количество лейкоцитов (x10⁹/л)	16.8±4.9	16.1±5.3
Повышение температуры тела (≥37.8)	68 (77%)	91(75%)

У 2 из 19 пациентов (группа бездренажного ведения) с ограниченной местной формой перитонита наблюдалось повышение температуры тела до 39,5° С в течение 5 дней после операции. Курс антибиотикотерапии у этих детей пришлось продлить на 5 дней по сравнению с остальными 17 пациентами из этой группы.

У 7 из 19 пациентов с местным неограниченным аппендикулярным перитонитом, которым дренирование брюшной полости не было осуществлено, наблюдалось скопление жидкости в брюшной полости после проведенного оперативного лечения.

У всех 28 пациентов, которым было проведено дренирование брюшной полости, отмечалось стойкое повышение температуры тела в постоперационный период до 39,5° С. Также у 8 пациентов из этой группы отмечалось снижение перистальтики и задержка отхождения стула до 3 дней после операции.

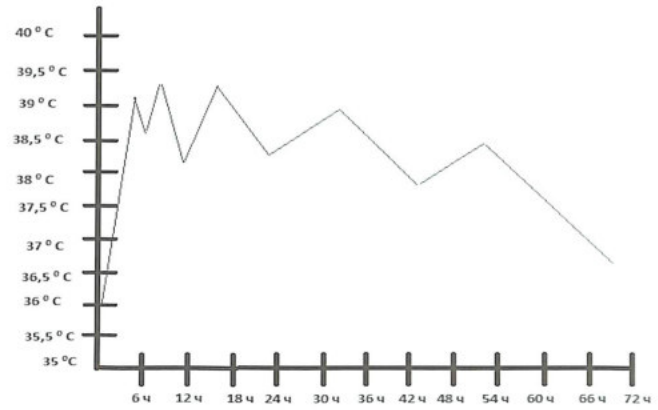


Рис.1. Температурная кривая в группе пациентов, которым проводилось дренирование брюшной полости

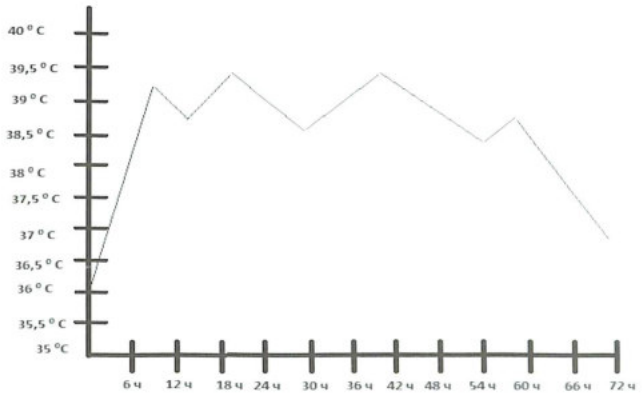


Рис.2. Температурная кривая в группе пациентов, которым не проводилось дренирование брюшной полости

Как видно из рис.1, 2 в группе пациентов, которым не проводилось дренирование брюшной полости, температура тела повышалась до 39,5° С. В группе пациентов, которым проводилось дренирование брюшной полости, температурная кривая также поднималась до 39,5°С.

У 10 пациентов с местной неограниченной формой аппендикулярного перитонита, которым было проведено дренирование брюшной полости, дренажная трубка функционировала от 2 до 5 суток. У 3 детей из этой группы трубка закупорилась фибрином в течение первых постоперационных суток, несмотря на промывание антисептическими растворами. У остальных 8 детей трубка была удалена на 5 сутки, вследствие не функционирования (у 5 детей) и отсутствия отделения жидкости из брюшной полости (у 3 детей).

У 18 детей с неограниченным местным перитонитом дренажная трубка функционировала в среднем 3 дня (от 2 до 5 дней). У 2 паци-

ентов дренажная трубка также закупорилась в течение первых пост-операционных суток. У 12 пациентов была удалена на 3 сутки после операции, вследствие отсутствия отделения жидкости из брюшной полости по трубке.

Выводы

1. На основании проведенного нами исследования, мы пришли к выводу, что нет необходимости установления дренажа в брюшную полость после операции по поводу аппендикулярного перитонита у детей.

2. По нашему мнению, специфическая интенсивная антибиотико терапия, тщательная санация брюшной полости, дезинтоксикационная терапия обеспечивают максимальный эффект в лечении аппендикулярного перитонита. Соответственно, в группе пациентов, которым проводилось дренирование брюшной полости, максимального эффекта от дренажа не наблюдалось (ранняя закупорка просвета дренажа, недостаточная эвакуация жидкости). Согласно, вышесказанному, мы считаем нецелесообразным установление после операции дренажа в брюшную полость у детей с аппендикулярным перитонитом.

Литература

1. Greenfield CL. Walshaw R. Open peritoneal drainage for treatment of contaminated peritoneal cavity and specific peritonitis. 24 cases 1980-1986 J Am Med Assoc 1987; 191(1):100-105;
2. Magarey CJ, Chant AD, Richford CR, Magarey JR. Clinical trial of the effects of drainage and antibiotics after appendicectomy. Br J Sugar. 1971; 58: 855-856
3. Muller MG, Ludwig LL, Barton LJ. Use of closed-suction drains to threat generalized peritonitis. 40 cases (1997-1999) J Am Med Assoc 2001; 219 (6) 789-794.
4. Petrowsky H, Demartines N, Rousson V, Clavien PA. Evidence-based value of prophylactic drainage in gastrointestinal surgery: a systemic review and meta-analyses. Ann Surg. 2004; 240: 1074-1084; discussion 1084-1085.
5. SeimHB, Managementofperitonitis. In: Bonagura JD, ed. Kirk's Current Therapy: Small Practice. 12th ed. Philadelphia, PA: Saunders: 1998: 764-770.
6. Stats AJ, Monnet E, Seim Open peritoneal drainage versus primary closure for treatment of septic peritonitis. 42 cases. Surge 2002; 31(2):174-180.
7. Stone HH, Hooper CA, Millikan WJ. Abdominal drainage following appendectomy and cholecystectomy. Ann Surge 1978; 187: 606-612.
8. Vinnicombe J.: Appendectomy Wound Infection, Drainage and Antibiotics. Br. J. Surg., 51: 328, 1971.
9. Woolfson JM, Dulish ML. Open abdominal drainage in the treatment of generalized peritonitis. 42 cases (1993-1999) Surge 2002; 31(2):174-180.

Чулиев М.С., Хотамов Х.Н., Байахмедов Ф.Ф.

БОЛАЛАРДА МАХАЛЛИЙ АППЕНДИКУЛЯР ПЕРИТОНИТНИ ДРЕНАЖСИЗ ДАВОЛАШ УСУЛИ

Калит сўзлар: перитонит, найчалаш, антибиотиклар, аппендицит, корин бўшлиғи лаважи

Ҳозирги даврда маҳаллий аппендикуляр перитонитда корин бўшлиғини найчалаш шартми деган нисбий кўрсатмалар мавжуд. Болалар ёшида аппендикуляр перитонитни даволашда корин бўшлиғини найчалашга кўрсатма ва карши кўрсатмаларни аниклаш изланиш максади ҳисобланади. 2012 – 2018 йй Тошкент педиатрия тиббиёт институти клиникасининг ҳирургия бўлимида даволанган беморлар назоратимизда бўлди. Маҳаллий чегараланган аппендикуляр перитонит билан даволанган 13 беморларнинг касаллик тарихи ўрганилди.

Chuliyev M.S., Khotamov Kh.N., Xolmetov Sh.Sh.

ACUTE HEMATOGENIC EPIMETHAPHYSIS AND OSTEOMYELITIS IN EARLY AGE CHILDREN DIAGNOSIS AND TREATMENT

Key words: epimethaphysiar osteomyelitis, treatment, complication, apply of immobilization device, advancing of effectiveness

It was determined that the basis of analysis in history cases was osteomyelitis characteristics that it had not only difficult clinical course but it had many complications. 168 infants had conservative and surgical treatment. Among them 10 patient were treated by clinical splints and they had beneficial effect.

Чўлиев М.С., Холметов Ш.Ш., Байахмедов Ф.Ф.

ЎТКИР ГЕМАТОГЕН ЭПИМЕТАФИЗАР ОСТЕОМИЕЛИТНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОСИ

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Тадқиқот мақсади. Ўткир гематоген эпиметафизар остеомиелитни эрта ташхислаш ва мукаммал даво муолажаларини татбиқ этиш.

Материал ва услублар. Қўйилган мақсадни амалга ошириш учун ТошПТИ клиникасида 2013 – 2018 йилларда ЎГЭМО ташхиси билан даволанган беморлар текширувдан ўтказилди.

Натижалар. Эрта ташхислаш ва зарур муолажаларни ўз вақтида ва тўғри бажарилишининг самарадорлиги юқори эканлиги кузатилди.

Эпифиметафизар остеомиелит тўғрисида маълумотлар бўлишига қарамасдан ҳали ҳалигача бу касаллик билан оғриган беморлар сони ва касалликдан кейинги асоратлар олиб бормоқда, касаллик сон ва елка суякларининг патологик чиқиши, сепсис, септикопиемия ва айрим холларда болаларнинг ногирон бўлиб қолиши билан якун топмоқда.

Материал ва услублар

2013 – 2018 йилларда ТошПТИ клиникасида 116 та бемор 7 – 10 кун, 22 таси 12 – 14 кун ва 6 та бемор 30-35 кун (жами 168 та бола) сон, елка суякларининг проксимал ва дистал қисмлари ЎГЭМО дан даволанган. Даволанган беморларнинг деярли кўпчилигига клиника шинаси тақилди ва назорат учун қайта рентген текширув ўтказилиб, амбулатор ва қўшимча физиотерапия муолажалари буюрилди. Касалликнинг асорати бўлган болалар 6 ойдан 1 ёшгача назоратимизда бўлишди. Деярли барча беморларимизга турли муддатларга клиника шинаси тақилди. Боладаги ҳолатга ва рентгенологик ўзгаришларга кўра 112 болага икки ой давомида клиника шинаси тақилди. Улар ҳар ойда заруратга кўра бир маротаба қайта рентген назорат текширувидан ўтказилиб, шунга асосланган холда қўшимча тавсиялар бериб борилди. Беморларнинг 24 тасида йирингли артрит бўлганлиги сабабли 3 ойдан 6 ойгача кузатувимизда бўлишди, уларга амбулатор даво ва физиотерапия муолажалари мунтазам равишда олиб борилди. Беморлардан 122 таси поликлиникалардан клиникамизга йўлланма билан келишган. Болалардаги безовталикка, йиғисига шикоят килиб 32 оналар ўзлари тўғридан – тўғри клиника қабул бўлимига мурожаат килишган.

Клиникамизда бошқа касалликлар билан даволанаётган болаларнинг 4 тасида ЎГЭМО диагнози рентген тасвирда аникланди. Реанимация бўлимида бронхопневмония (сепсис, септикопиемия) диагнози билан даволанаётган, умумий ахволи жуда оғир бўлган 10 болада махалий белгилари аник бўлмасада, ЎГЭМО диагнози рентген тасвирга асосларіб қўйилди.

Натижалар ва муҳокама

Туғруққа ёрдам кўрсатиш чоғида чақалокларда шикастланиш эҳтимоли (10 – 30%) бор. Шикастланишлар эвазига ЎГЭМО юзага келиш мумкин, деган фикр адабиётларда учрамайди. Бизнинг кузатувимизда 20 чақалокнинг анамнезида қўлида, оёғида тортишиш ҳолатлари бўлган. Фикримизча ЎГЭМО юмшоқ тўқималардаги йирингли яллиғланиш касалликларидан ёки киндик орқали инфекция тушишидан келиб чиқиши эҳтимолдан ҳоли эмас. Бола ҳаётининг биринчи соатларида, биринчи кунидан бўладиган ўзгаришлар, йўргаклаш чоғида чақалоқнинг чинкириб йиғлаши (оғриқ кучайиш эвазига), қўл оёқларини харакатлантирганда оғриқ кучайиши ва йиғлаш пайтида қўкариб қолиш ҳоллари кузатилади. Касалликнинг микросимптомлари, маҳаллий белгилари, бўғим соҳасида шиш, оғрик, маҳаллий ҳарорат ва бўғимда харакат чекланиши бошқа касалликлардан фарқ қилади.

Катта ёшдаги болаларнинг сон суягида ўткир гематоген остеомиелит қанча кўп учраса. Эрта ёшдаги болаларда ЎГЭМО ҳам шунчалик кўп учрайди.

Кузатувимизда бўлган беморларнинг касаллик тарихлари ўрганиб чиқилганда. ЎГЭМО билан оғриган беморларнинг 68,6% ни

ўғил болалар, 31,4% ни эса қиз болалар ташкил қилганлиги маълум бўлди.

Адабиётлардаги ва бизнинг кузатувларимиздан олинган ЎГЭМО нинг учрашига оид маълумотлар кўп фарқ қилмасада, унинг диагностикасида бошқа соҳа мутахассислари томонидан касалликни ўз вақтида аниқлашда хатоликларга йўл қўйилмоқда. Травматолог – ортопедларга йўлланма билан келган чақалоқларнинг аксарияти дисплазия ташхис билан келишган. Елка суягининг проксимал қисмидаги остеомиелит билан 2 та бемор невропатологларга фалаж ташхис билан келишган. Сон, елка, катта болдир суякларининг проксимал қисми ЎГЭМО нинг кўп учраши, ҳар 5 та боладан биттасида ва кўп сонли ЎГЭМО бўлиши ҳақидаги маълумотлар бизнинг кузатувимиздаги рақамларга тўғри келади (Баиров Г.А., Рошаль Л.М., 1991)

Чақалоқларда бу йирингли касалликнинг клиник кўринишлари, унинг белгилари адабиётларда ёзилганидек қиска бўлиб, атипик кўринишларда кечади. Жуда оғир аҳволдаги беморларда бошқа касалликларнинг белгилари – ички заҳарланиш, пневмония, сепсис, нейротоксикоз, шайтонлаш аломатлари устунлик қилганлиги сабабли касалликка хос бўлган симптомлар намоён бўлмайди. Тана ҳароратининг кўтарилиши, юрак - кон томир, нафас етишмовчилиги аломатлари бартараф қилингачгина, биз юқорида таъкидлаб ўтган белгилар намоён бўлади.

Касалликнинг 2 – 3 кунида мурожаат қилган болаларда микросимптомлар кўпроқ (60) аникланди. Чақалоқ кузатилганда у қўлини, оёғини гавдасига якинлаштиради, ўзига қулай ҳолатда эҳтиёт қилади. Яллиғланиш елка суягининг проксимал қисмида бўлганида, унда ҳаракат бутунлай бўлмайди. Билак ва тирсак суякларининг проксимал қисмида яллиғланиш бўлганда, тирсак бўғимида букувчи контрактура кузатилади. ЎГЭМО билак суягининг дистал қисмида бўлганида панжа ва бармоқлар ҳаракатсизланиб, панжа осилиб қолади. Сон суягининг проксимал қисмида яллиғланиш бўлганида, боланингоёғи сон-чаноқ бўғимидан букилган ҳамда бир оз ён томонга оғган бўлади. Буғим юзасини босиб кўрилганда оғриқ кучайиб, бола безовталанади.

Ҳар қандай яллиғланиш бўлган соҳада бўғим атрофида тарқоқ шиш, тери юзаси силлиқлашганлиги, атроф тўқималарда ҳам шиш кузатилади. Йирингнинг бўғимдан тўқималар орасига ёриб чиқиши маҳаллий белгилар (тери қизариши, маҳаллий ҳарорат), теринг кўкимтир рангга кириши билан намоён бўлади. Сон ва елка суягининг проксимал қисмидамушаклар қалин жойлашганлиги, яллиғланиш жараёни чуқур бўлганлиги сабабли касалликнинг клиник белгилари унчалик аниқ бўлмайди.

Болалардаги ўзгаришларни эътиборга олиб, уларнинг анамнезини ўрганган ҳолда, рентгенографиянинг қулай томони ва муддати тўғрисида аниқ бир хулосага келдик. Тўғри (олд томондан) проекцияда, ҳар иккала томон чаноқ-сон бўғимларини 2-3 кун рентген тасвирга туширилганда, суякда ўзгариш йўқлиги, балки яллиғланган томондаги бўғим орлиғининг кенгайганлиги кузатилади. Бўғимдаги яллиғланишни ташхислашдаги бирдан- бир восита – бу рентген тасвири (1-расм). Эрта ёшдаги болаларни ортиқча нурлантирмаслик учун рентген тасвирга фақат ихтисослаштирилган шифохоналарда туширишни тавсия қиламиз.



1-расм.Чап сон суягининг эпиметафиз остеомиелити



2-расм.Status locallis

Суякдаги деструктив ўзгаришлар касалликнинг 8-10 кунларида ва ундан кейинги даврда кузатилади. Кечикиб қилинган рентген текширувда деструкция натижасида асоратланган патологик чиқиш ҳамда яллиғланиш жараёнинг метафизар соҳага ўтганлиги, периостал ўзгариш ва деструкция ўчоғи кўринади.

Биз ўз кузатувимизга ва адабиётлардаги маълумотларга асосланган ҳолда шуни хулоса қилиб айтмоқчимизки, боланинг туғриқ жараёнидаги анамнезига, микросимптомларга, 2-3-куни қилинган рентген текширувига асосланиб эрта диагноз қўйиш мумкин бўлади. Яна шуни айтиш керакки, бу ёшдаги болаларда кузатиладиган ЎГЭМО да секвестрация бўлмайди.

Касалликда лабоаратория текширувлари натижаси шуни кўрсатдики, қонинг умумий таҳлилида лейкоцитоз (8 х 10^9 – 20 – 30 х 10^9), нейтрофилез, оғир ҳолларда эозинофилия, ЭЧТ нинг ошиши, касалликнинг кейинги кунларида анемия (Hb 80 – 65 – 55 г/л) кузатилади. Нажас ва сийдик таҳлилларида ҳам ўзгаришлар бўлади.

Эрта ёшдаги болаларда бу оғир касалликни даволашда фаол жарроҳлик аралашуви шарт эмас, балки тезкор даво муолажаларини қўллаш лозим бўлади. Уни мурожаат қилган беморнинг умумий аҳволига, касалликнинг юқоридаги айтиб ўтилган симптомларига таянган ҳолда бошлаш даркор.

Кейинги йилларда антибиотиклар кўлами жуда кўпайди ва кенгайди, лекин уларнинг бу касалликка қай даражада таъсир кўрсата олиши, бола организмига канчалик фойдали ёки зарарли эканлиги келтирилган эмас. Шу сабабли уларни бактериологик текширувлар хулосасига асосланиб беришни унутмаслик керак. Қандай йўл танланмасин, кеч бошланга даво муолажасидан кейин, бу касалликдан асорат колиши эхтимолдан ҳоли эмас. Бундай ҳолларда беморларга индивидуал ёндошмоқ лозим.

Жарроҳлик бўлимига мурожаат қилган беморларга биз қуйидагича муолажа тартибини тавсия қиламиз.

1. Зарарланган бўғимни пункция қилиш (пунктатни, йирингни бактериологик текширувга қиска вакт ичида юбориш лозим). Бўғим ичига, беморга бериладиган антибиотикнинг (линкомицин, лендоцин, роцефин-рош ва бошқалар бўғим ичига, венага, мускул орасига кунига икки маҳал) 1/3 қисми юборилади. Бундай беморларга антибиотиклар дозаси 1,5 – 2 баравар кўпайтириб берилади. Заруратга қараб, бўғимга антибиотик юбориш учун найча қолдирилади (2-3 кунга).

2. Бифидум - бактрин 2,5 дозадан кунига 3 махал берилади.

3. Вена глюкозанинг 10% ли эритмаси, витаминлар, қон плазмаси 10-15 мл/кг дозада юборилади.

4. Антистафилококкли гамма-глобулин 2-3 маротаба, иммуно-глобулин № 5 мускул орасига юборилади.

5. Касалликнинг 2-3-кундан бошлаб клиника шинаси тақилади (1 ойдан 3 ойгача), баъзи ҳолларда 6 ойгача тавсия қилинади.

6. Физиотерапия муолажаларини боланинг тана ҳароратига, гемограммага ва бўғимдан чиқадиган ажралмага қараб бошланади. Тана ҳарорати 37^0 С ва ундан паст бўлганда, гемоглобин 80 г/л дан юқори бўлса, бўғимдан ажралма чиқиши тўхтагач, УВЧ, СВЧ ва бошқалар бошланади.

Бўғимни иммобилизация қилиш билан биз ҳаракатни чеклаб, оғриқнинг олдини оламиз. Бўғимга қилинадиган антибиотикнинг давомийлиги ҳам бўғимдаги ажралмага боғлик бўлади. Бу ёшдаги болаларда артротомия жуда камдан–кам ҳолларда бажарилади. Бизнинг кузатувимизда бўлган болалардан фақатгина 2 тасида ушбу амалиёт бажарилди, холос. Агар жараён чукурлашиб кетган (10-15 кун ўтиб кетган) бўлса, жарроҳлик аралашувига заруратбўлгандагина, умумий оғриксизлантириш остида йирингли ҳосила ва флегмона очилади.

Бўғимда ҳаракат чекланганда клиника шинаси тақилиб, амбулатор даво муолажалари буюрилади. Бир ойда икки маротаба кўрув, УТТ, рентген тасвирга асосланиб, қўшимча даво муолажалари буюрилади.

Адабиётларда таъкидланганидек, сон суягининг проксимал қисмида ЎГЭО дан кейинги асорат, яъни патологик чиқиш кузатилиб (2 та болада) оёқ калталиги юзага келди. Бу, ўз навбатида, таянч – ҳаракаттизимидаги деформацияга олиб келади ва ортопедлар олдига талай муаммоларни қўяди. Бола юра бошлаганда касалланган томонга оксоклана бошлайди, чаноқ суягида номутаносибликлар вужудга келади, умуртка погонасидакомпенсатор –статик сколиоз ривожланади. Боланинг ёши улғайган сари оёғи 7-8 см калталашиб колади.

бундай ҳолат 4 беморда қайд қилинди (3 болада – чап томонлама, 1 тасида ўнг томонлама). Бу болаларда касаллик кеч аниқланган ва улар керакли даво муолажаларини олмаган.

Биз текширув натижаларига таянган ҳолда юқорида қайд этилган асоратларнинг олдини олиш ва уларни камайтириш мақсадида, мутахассис-ортопедлар билан ҳамкорликда касалликни эрта ташхислаш ва биргаликда даволаш чора-тадбирларини ишлаб чиқдик.

Сон суягининг проксимал қисмида учрайдиган патологик чиқишнинг олдини олиш учун, оёқларни кериб туриш мақсадида, клиника шинасидан фойдаланилмоқда. Бўлимда даволаниш жараёнида боланинг сон-чаноқ бўғими соҳасида шиш, оғриқ, ҳаракат чекланиши камайиши билан 2-3 кундан бошлаб шина тақилади. Орадан 2 -3 кун ўтиб, бола қўникиши билан яқинлаштирувчи мушаклар бўшагандан кейин, шинани горизонтал текисликда кенгайтирилади. Мушакларнинг таранглашуви беморга салбий таъсир кўрсатиши оқибатида беморнинг безовталиги кучаяди, умумий аҳволи эса оғирлашади. Бундай ҳолларда шина секин-асталик билан кенгайтирилади, яъни 15-20 кун ичида оёклар 85-90^{0}С гача кериб борилади вашу ҳолатда шина қотирилади. Клиника шинаси 10 беморда сон суягининг патологик чиқишида узоқ (2-3 ой ва ундан ортиқ) муддатга қўлланилди. Биринчи бокичда шина тақилиб, бир ойдан кейин назорат рентген тасвирга туширилди, физиомуолажалардан УВЧ, 5% калий хлорни новокаин билан аралаштириб электрофорез, парафин апликацияси, ДЖТ ўтказилиб, қувватлантирувчи ва кальций препаратлари берилди. Орадан икки ой ўтгач, иккинчи боскич муолажалар бошланди. Клиника шинаси 3 ой тақилгач, назорат рентген текширув ўтказилиб, натижасига кўра шина ечиб олинди ва болдир пастки кисмига профилактика учун Виленский шинаси 2 ойдан 6 ойгача тақилди. Бу вақтга келиб, сон суяги бошчаси шакллана бошлайди ва латеропозиция ҳолати бартараф этилган бўлади.

Клиника шинаси тақилган болаларнинг 9 тасида ижобий натижага эришилди, 2 та беморда латеропозиция ҳолати бартараф бўлгани билан, сон суягининг бошчсиа ўз шаклига қайтмади. Бу болаларнинг иккаласида ҳам сон суяги бўйинчасининг деформацияси кузатилди. Бундай кечикиш бўлган беморларни даволаш ҳанузгача муаммо бўлиб қолмоқда.

ЭО оғир асоратларга, пиемик ўчокларнинг пайдо бўлиши ва сон суягининг патологик чиқишига сабаб бўлмоқда. Пиемик ўчокларнинг пайдо бўлиши бу касалликнинг давом этиши ва яна бир асоратидир. Патологик чиқиш аксарият ҳолларда сон суягининг юқори эпифизида яллиғланиш бўлганда кузатилади. Сон суяги бошчасининг қуймичдан чиқишига шу соҳадаги мушакларнинг бўшашуви сабаб бўлади (дистанцион патологик чиқиш). Шунинг учун бу ёшдаги болаларда касаллик асоратланишининг олдини олиш мақсадида эрта иммобилизация қилиш, шиналар тақиш мақсадга мувофиқ бўлади. Агарда болада ЎГЭО дистанцион чиқиш билан биргаликда бўлса, у холларда дастлаб йирингли жараён даволанади ва кейинчалик чиққан суяк тўғриланади.

Бизнинг назоратимизда бўлган беморларни кузатиш ва даволаш жараёнида шунга амин бўлдикки, касалликнинг манзараси ва асоратини эътиборга олган ҳолда, 3 ой ва ундан кўпроқ муддатга шина тақиш мумкин. Назорат рентген текшируви ҳар ойда бир маротаба (ундан олдин ҳам кейин ҳам қилиш мумкин эмас) ўтказилади. Баъзида биз касалликнинг асоратини, бола оёққа туриб, юра бошлаганда кўрамиз.

Кузатувумизда бўлиб, даволанган болаларнинг касаллик тарихини ўрганиб чиққанимиздан кейин шундай хулосага келдик. Касаллик эрта аниқланса (анамнезида шикаст олганлиги) маҳаллий белгилари юзага чиқса ва бола кўл-оёклари харакатлантирилганда оғриқ кучайиб безовталанганда, мутахассисларга мурожаат қилиш лозим. Ўз вақтида даво муолажалари бошланган тақдирдагина ҳар қандай асоратнинг олдини олиш мукин. Бундай даволаш учун 8-10 кун етарли бўлади. Сепсис, септикопиемия, патологик чиқиш ва бошка бир канча асоратларнинг олди олинади.

Адабиётлар

1. Баиров Г.А, Рошаль Л.М. Гнойная хирургия детей. Ленинград, 1981: 238-265.
2. Гаврюшов В.В., Сотникова К.А. Руководства по неонатологии. Ленинград, 1985: 56-63.
3. Долецкий С.Я., Гаврюшов В.В., Акопян В.Г. Хирургия новорожденных. Москва, 1976.
4. Сафонова М.В., Красовская Т.В., Кармазановский Г.Г. Актуальные вопросы диагностики остеомиелита у новорожденных и грудны детей. Москва, Международный журнал 1999: 3-4.
5. Чўлиев М.С., Нарзикулов У.К., Рўзикулов У.Ш., Расулов Х.А. Ранняя диагностика и лечений эпифизарного остеомиелита у новорожденных. Ташкент, Педиатрия. 2006;3-4: 92-95.
6. Чўлиев М.С., Посттравматический остеомиелит костей голени у детей. II Съезд детских хирургов республики Узбекистан. Ташкент, 2011: 121-122.
7. Чўлиев М.С., Бойахмедов Ф.Ф., Холметов Ш.Ш. Болаларда юмшоқ тўқима, суяк ва бўғимларнинг йирингли яллиғланиш касалликлари. Тошкент. 2014:119-141.

Чўлиев М.С., Холметов Ш.Ш., Байахмедов Ф.Ф.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГЕМАТОЧЕННОГО ЭПИМЕТАФИЗАРНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

Ключевые слова: истории болезни, клиническое течение остеомиелита

На основании анализа историй болезни отметили, что эпифиметафизарный остеомиелит у детей раннего возраста протекает тяжело, после себя оставляя массу проблем для ортопедов. Одно из осложнений остеомиелита – патологический вывих бедра. В ходе работ было обследовано 168 новорожденных, все получили соответствующее лечение. 10 из них по поводу патологического вывиха бедра была применена отводящая шина, получены хорошие результаты.

Chuliev M.S., Kholmetov Sh.Sh., Bayahmedov F.F.

DIAGNOSIS AND BEGINNING OF BREAST HEMATOGENIC EPIMETAFIZAR OSTEOMYELITIS

Key words: history cases, clinical course ostemyelitis

On the basis of analysis in history cases it was determined that osteomyelitis characteristics was not only difficult clinical course but it had many complications. 168 infants with disease had conservative and surgical treatment. From them 10 patient were treated with clinical splints and they had beneficial effect.

Агзамходжаев Т.С., Юсупов А.С., Маматкулов И.А., Файзиев О.Я., Эламонова Э.Э.

СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В УСЛОВИЯХ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ СЕВОФЛУРАНОМ ПРИ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Провести оценку эффективности обезболивания севофлураном исследованием показателей центральной гемодинамики при интраокулярных операциях у детей.

Материал и методы. Для обеспечения анестезиологической защиты у 64 больных детей при офтальмологических операциях были использованы следующие комбинации: фентанила с севофлураном (1 группа – 32,8%), фентанила с пропофолом (2 группа – 46,9%) и оксибутирата натрия с премодолом (3 группа – 20,3%). Оценка эффективности анестезии проводилась на основании клинических данных с мониторингом основных гемодинамических (ГП) и респираторных показателей. Методом эхокардиографии исследованы показатели центральной и периферической гемодинамики.

Результаты. Результаты показали, что проведенные комбинированные методы анестезии при офтальмологических операциях у детей характеризовались гладким клиническим течением, относительная стабильность основных ГП наблюдалась в 1 и 2 группах, чем в 3 группе.

Анестезия при офтальмологических операциях имеет свои особенности, обусловленные необходимостью предупреждения повышения внутриглазного давления (ВГД) как во время операции, так и в послеоперационном периоде, обеспечения эффективного обезболивания, обеспечивающего неподвижности глазного яблока во время операции [1, 3]. При

интраокулярных операциях у детей необходимо предупредить осложнения, связанные с развитием окулокардиального рефлекса (замедление сердечных сокращений вплоть до остановки сердца), окулогастрального (икота, рвота) или окулореспираторного (задержка дыхания, ларингоспазм) рефлексов [2, 5, 6]. Повышение внутриглазного давления может быть обусловлено кашлем, рвотой, венозным застоем, гипоксией и гиперкапнией. Поэтому выбор анестетиков и метода проведения анестезии должны быть продуманы заранее. При интраокулярных операциях в отличие от экстраокулярных, таких как коррекция косоглазия, особое внимание уделяется стабилизации ВГД [7, 8]. Любое внезапное повышение ВГД при открытом глазном яблоке может вести к пролапсу радужки и хрусталика, экструзию стекловидного тела и потерю зрения [1,4]. Окончательный выбор анестетика и метода анестезии определяется в каждом конкретном случае, в зависимости от вида и объема хирургического вмешательства [9, 10].

Цель работы - провести оценку эффективности обезболивания севофлураном исследованием показателей центральной гемодинамики при интраокулярных операциях у детей.

Материал и методы

Для обеспечения анестезиологической защиты у 64 больных детей при интраокулярных операциях были использованы следующие комбинации: фентанила с севофлураном (1 группа – 32,8%), фентанила с пропофолом (2 группа – 46,9%) и оксибутирата натрия с промедолом (3 группа – 20,3%).

Дети в возрасте от 3 – 6 лет составляли 40,6% от общего количества больных, дети от 7 - 10 лет – 37,5% и дети старшего возраста от 11 до 14 лет составляли 21,9%.

Анестезия проводилась при следующих операциях: экстракция катаракты с ИОЛ имплантацией искусственного хрусталика, антиглаукоматозная операция, витрэктомия при отслойке сечатки. Продолжительность анестезии у 59,4% больных составляла до 1 часа, у 40,6% - до 2,5 часов.

Больным 1 группы после премедикации, начали ингаляцию севофлурана до 3 об%. Внутривенно вводили фентанил в дозе 0,008-0,01 мг/кг. Всем больным интубацию трахеи производили на фоне введения аркурона в дозе 0,06 мг/кг. ИВЛ осуществляли аппаратом фирмы Drager «Fabius plus» (Германия). Миорелаксация поддерживалась введением 1/3 части от основной дозы аркурона. Анестезию поддерживали ингаляцией севофлурана в дозе 1,0 – 2,0 об%. Инфузионная терапия проводилась со скоростью 5 - 7 мл/кг/час. После окончания операции с появлением адекватного спонтанного дыхания производилась экстубация трахеи. После операции больные просыпались довольно быстро, в течение 9,8±0,6 минут.

Больным 2 группы в период индукции болюсно вводили пропофол (3 мг/кг) и фентанил 0,005% (0,05 мг/кг). При операциях продолжительностью более одного часа поддержание хирургического уровня осуществлялся повторным введением фентанила в дозе, составляющей 1/2 или 1/3 части от первоначальной. Доза пропофола, в период поддержания наркоза, в среднем составляла 7,3±0,4 мг/кг/час. Средняя скорость инфузионнной терапии составляла 10 мл/кг/час. Продолжительность стадии пробуждения составляла 15,5±5,6 мин.

Больным 3 группы после премедикации внутривенно вводили раствор оксибутирата натрия в дозе 100 мг/кг. Затем вводили промедол в дозе 1 мг/кг. Анестезию поддерживали повторным дробным введением оксибутирата натрия и промедола 1/3 части от первоначальной дозы. Инфузионная терапия проводилась со скоростью 5 - 7 мл/кг/час. Пробуждение от наркоза было более продолжительным, что составляло 60,2±12,6 мин.

Исследование гемодинамики производили на эхокардиографе «Sonoscape» (Китай) с датчиком 3,5 МГц. Параметры эхокардиографии (ЭхоКГ) высчитывались автоматически. Определяли следующие величины: ударный индекс (УИ)= УОС /S мл/м^2, сердечный индекс (СИ) = МОС/S л (мин*м^2), удельное периферическое сопротивление (УПС) = САД/ СИ в усл. ед. Компьютерный анализ ЭхоКГ позволял рассчитывать показатели сократимости миокарда и диастолической функции левого желудочка.

Измерение внутриглазного давления произведено по А.Н. Маклакову [1]. В норме ВГД равно 16 – 23 мм рт. ст. Больным ВГД измеряли до операции и после операции.

Результаты клинико-функциональных исследований были обработаны методом вариационной статистики Т-тест по Стьюденту.

Результаты и обсуждение

Результаты исследования показателей гемодинамики при проведении комбинированной анестезии с применением фентанила и севофлурана показали, что по сравнению с исходными данными на премедикационном фоне отмечалось увеличение ЧСС на 17,52% и уменьшение удельного периферического сопротивления (УПС) на 20,74%. Другие показатели незначительно изменялись. После введения фентанила такие показатели гемодинамики, как ударный индекс (УИ), средне-динамическое давление (СДД), сердечный индекс (СИ), фракция изгнания (ФИ) и ЧСС уменьшались по сравнению с таковыми периода премедикации, соответственно на 14,21% (P<0,05), 3,98%, 8,57%, 4,19% и 2,79%, за исключением УПС. Через 10 минут после интубации наблюдалось достоверное увеличение УИ на 20,44%, СИ на 21,65% и СДД на 8,53%, в то же время отмечалось уменьшение УПС на 13,76% (P<0,05).

Появилась тенденция к снижению показателя фракции изгнания (ФИ). В периоде поддержания анестезии также наблюдались определенные изменения показателей центральной гемодинамики. Так, на этапе разреза кожи по сравнению с предыдущим периодом имело место уменьшение показателей СДД на 6,52%, ЧСС - на 8,49%, СИ - на 12,84%. При этом, отмечалось увеличение УПС на 13,44%.

Этап травматичного момента операции характеризовался увеличением СДД на 3,72% и ЧСС на 4,34%. Другие показатели незначительно изменялись. В конце операции наблюдались также минимальные изменения показателей.

Под воздействием препаратов для премедикации у больных 2 группы отмечались следующие гемодинамические изменения: увеличение ЧСС на 6,45% (P<0,05), УИ на 2,5%, СИ на 2,33%, САД на 0,86%, УПС на 2,74% и ФИ на 1,11% (P>0,05).

На фоне индукции в наркоз наблюдались незначительные изменения показателей гемодинамики в сторону уменьшения, так например: УИ, ЧСС, СИ и САД соответственно на 1,44%, 2,42%, 1,48% и 6,37%. В то же время УПС и ФИ увеличивались незначительно - соответственно на 0,1% и 0,13%, что оказалось статистически недостоверным (P>0,05). Достоверное снижение по сравнению с этапом премедикации выявлено в отношении таких показателей, как ЧСС на 12,01%, САД на 7,17% (P<0,05).

На травматичном этапе оперативного вмешательства показатели гемодинамики незначительно отличались от таковых предыдущего периода с некоторой тенденцией к увеличению. Только показатель СИ достоверно увеличивался на 20,39%, а по сравнению с исходным значением на 18,6%, но в целом произошла стабилизация гемодинамических показателей.

В конце операции показатели гемодинамики оставались стабильными. Констатированные нами изменения изучаемых показателей на этапах операции носили недостоверный характер, кроме показателей СИ и САД. По отношению к исходному их значению отмечалось некоторое изменение, которое выражалось увеличением СИ на 26,22%, снижением САД на 9,23% (P<0,05).

Данные аналогичных исследований гемодинамики при проведении комбинированной анестезии оксибутиратом натрия с промедолом у детей показало, что холинолитический эффект премедикации закономерно привел к снижению СДД на 3,57% и УПС на 8,61% за счет периферической вазодилатации по сравнению с исходными величинами. Указанные изменения компенсировались умеренным увеличением ЧСС на 4,8%.

На этапе введения оксибутирата натрия и промедола наблюдались значительные изменения показателей гемодинамики. Так УИ, СДД и СИ увеличивались соответственно на 9,25%, 5,16% и 18,16%.

Незначительное возрастание по сравнению с этапом премедикации выявлено и в отношении таких показателей, как ЧСС и ФИ. В то же время УПС снижалось на 14,27%. Через 10 минут после интубации по сравнению с предыдущим этапом исследования отмечалось достоверное снижение СИ на 16,2% и повышение УПС на 28,75%. Остальные показатели незначительно изменялись, что носило недостоверный характер.

На этапе разреза кожи показатели гемодинамики незначительно отличались от таковых предыдущего периода. Только отмечалась тенденция к увеличению ЧСС на 3,49% и СДД на 4,12%.

Показатели гемодинамики оставались ста-

бильными на всех последующих этапах операции. Констатированные нами изменения изучаемых показателей на этапах операции носили недостоверный характер.

При проведении анестезии в 1 группе больных в послеоперационном периоде отмечалось недостоверное снижение ВГД на 13,43%, во 2 группе - 7,44%. При проведении анестезии в 3 группе больных в послеоперационном периоде наблюдалось повышение ВГД на 12,39% (P>0,05).

Выводы

1. Исследование реакции сердечно-сосудистой системы на различные варианты общей анестезии и операции у детей с офтальмологической патологией при интраокулярных операциях выявило незначительные и компенсированные изменения основных показателей гемодинамики, что свидетельствовало об эффективной анестезиологической защите детского организма от операционной травмы.

2. Проведение анестезии с использованием фентанила с севофлураном и фентанила с пропофолом сопровождается снижением ВГД, которое создает оптимальные условия проведению оперативных вмешательств у детей с повышенным внутриглазным давлением.

Литература

1. Аветисов С.Э. Мамиконян Э.Э. Казарян О.А. Результаты клинической оценки нового скрингингового метода определения индивидуальной нормы внутриглазного давления. Вестник офтальмологии. 2010; 2: 5-7.
2. Аксельрод Б.А., Толстова И.А., Пшеничный Т.А Время прохождения пульсовой волны: очередная попытка неинвазивного измерения сердечного выброса. Анестезиол. и реаниматол. 2016;61 (3):178-82.
3. Амелин А.В., Скоромец А.А., Кодзаев Ю.К. Актуальные проблемы лекарственного обезболивания: JI-2015.
4. Багаев В.Г., Арсеньева Е.Н., Лукьянов В.И., Быков М.В., Сабинина Т.С., Амчеславский В.Г., Пинелис В.Г. Изменения маркеров нейронального повреждения при анестезиях ксеноном и севофлураном у детей. Российский педиатрический журнал, 2015;1:25-29.
5. Горобец Е.С., Шин А.Р. Севофлуран или пропофол в качестве компонента мультимодальной комбинированной анестезии при операциях по поводу опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны? Вестник интенсивной терапии, 2012;1: 37-40.
6. Осипова Н.А., Петрова В.В., Береснев В.А., Митрофанов С.В. Современные средства и методы анестезии и аналгезии в большой хирургии. Регионарная анестезия и лечение боли: Тематический сборник. Москва - Тверь,2014;8:17.88.
7. Рудковская О.Д. Пишак, В.П. Офтальмогипертензия и глаукома: механизмы развития (теоретико – клиническое исследование). Вестник офтальмологии. 2010; 3: 40 – 43.
8. Шарипова В.Х. Оценка адекватности мультимодальной аналгезии в периоперационном периоде при длительных травматичных оперативных вмешательствах. Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. 2015; 3: 16–22.
9. ManworrenRC, McElligottCD, DeraskaPV, SantanelliJ, BlairS, RuscherKA, WeissR, RaderC, FinckC, BourqueM, CampbellB.Efficacy of Analgesic Treatments to Manage Children's Postoperative Pain After Laparoscopic Appendectomy: Retrospective Medical Record Review.AORN J. 2016 Mar;103(3):317.e1-11.
10. Waurick R., Van Aken H. Best Pract. Res. Clin. Anaesthesiol. 2005; 19(2): 201-203.

Агзамходжаев Т.С., Юсупов А.С., Маматкулов И.А., Файзиев О.Я., Эламонова Э.Э.

БОЛАЛАРДА ИНТРАОКУЛЯР ОПЕРАЦИЯЛАРДА СЕВОФЛУРАН БИЛАН ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ ШАРОИТИДА МАРКАЗИЙ ГЕМОДИНАМИКА ҲОЛАТИ

Калит сўзлар: болалар, интраокуляр операциялар, оғриксизлантириш, гемодинамика

Болаларда марказий гемодинамик кўрсаткичларни текшириб интраокуляр операцияларда севофлуран билан оғриксизлантиришнинг самарадорлигини баҳолаш. Офтальмохирургик операцияларда 64 та бемор болаларда анестезиологик ҳимояни таъминлаш учун қуйидаги комбинациялар ўтказилди: I гурух севофлуран билан фентанил - 32,8%, II гурух пропофол билан фентанил - 46,9%, III гурух натрий оксибутират билан премодол - 20,3%. Анестезиянинг самарасини баҳолашда клиник маълумотлар, асосий гемодинамик ва респиратор кўрсаткичлар мониторинг асосида ўтказилди. Эхокардиография усули билан марказий ва периферик гемодинамика кўрсаткичкичлари текширилди. Текширувлар шуни кўрсатдики, болалардаги офтальмологик операциялар ўтказилган комбинацияланган анестезия усули клиник жиҳатдан силлиқ кечди. Асосий гемодинамик кўрсаткичлар III гуруҳга қараганда I ва II гуруҳларда кўпроқ нисбий стабиллиги кузатилди.

Agzamhodjaev T.S.,Yusupov A.S., Mamatkulov I.A., Fayziev O.Ya., Elamonova E.E.

CENTRAL HEMODYNAMICS AT ANESTHESIA WITH SEVOFLURAN AT INTRAOURICULAR OPERATIONS IN CHILDREN

Key words: children, intraocular surgery, anesthesia, hemodynamics

The article deals with efficiency of combined method for anesthesia during intraouricular operations in children. 64 pediatric patients undergoing oftolmologic procedure were participaed. All patients were divided into three group. For maintance anesthesia combination fentanyl with sevoflurane, fenthanil with propofol and oxybutirate natrium with premedol respectively were used. Clinical data, basic hemodynamic and respiratory parametrs for estimation of efficiency were evaluated. Patients in group I and II showed favourable clinical signs and relatively stable hemodynamics being comparable with patients group III.

Буриев М.Н., Норбеков Х.М.

БОЛАЛАРДА БЦФ КАСАЛЛИГИНИНГ СПАСТИК ТУРИДА БЎҒИМЛАРДАГИ КОНТРАКТУРАЛАРНИ БОСҚИЧЛИ ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Тадқиқот мақсади. БЦФ билан касалланган болаларни чуқурлатирилган тўлиқ ташхислаш орқали, ҳамда оёқларига босқичли гипс боғламлар ва шиналар қўйиш услуби воситасида уларда мукобил харакат кўникмаларини шаклланишини таминлаш.

Материал ва услублар. Ушбу изланиш 2016- 2018 йилларда ТошПМИ клиникасида стационар ва амбулатор тарзда даволанган БЦФ нинг спастик тури билан касалланган 1 – 5 ёшгача бўлган 35 нафар бемор болаларни даволаш натижаларини ўрганиш асосида тузилган.

Натижалар. Бунда кўпроқ касаллик қишлоқ жойдаги ўғил болаларда учраши ва асосан спастик тури бўлиб, у болада ҳаракат фаолиятининг тўғри ривожланишига таъсир қилиши аниқланди. Шу сабабли оёқларига босқичли гипс боғламлар қўйиш услуби воситасида даволаш уларда мукобил харакат кўникмаларининг эрта шаклланишини таъминлайди.

Болалар церебрал фалажлиги (БЦФ) пренатал даврда бош миянинг ўткир зарарланиши туфайли юз берадиган ҳаракат фаолиятининг комплекс ўзгаришларидир. БЦФ билан касалланган болаларнинг 30-50% га якинида ақлий муоммолар ҳам намоён бўлади. Бош миянинг зарарланиши натижасида болада гапириш фаолиятини ўзлаштириш ва фикрлашда мураккаблик, маймоқланиб юриш, психологик ва физиологик ривожланишда оркада қолиш каби ҳолатлар кузатилади. Касаллик бир ёшгача бўлган болаларда ҳар 1000 тада 1.7-7 га якин ҳолатда учрайди.

Касалликнинг келиб чиқишини ўрганишлар шуни кўрсатадики, касалликнинг ривожланишига қайсидир бир сабабни аниқ айтиш мумкин эмас. Ушбу патологиянинг ривожланишига кўп ҳолларда ҳомиладорлик пайтида, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврда болага таъсир қиладиган турли салбий омиллар сабаб бўлади. Тадқиқотларга кўра, деярли 80% ҳолатларда касаллик ҳомиладорлик ривожланиш даврида, боланинг бош миясида рўй берадиган зарарланиш билан боғлиқ, аммо доим ҳам касалликнинг сабабини аниқлашга имкон бўлмайди.

Ушбу касалликни эрта ташхислаш жуда муҳим, чунки касаллик қанчалик эрта ташхисланса беморда кейинги ижтимоий мослашиш учун анча ижобий имкониятлар мавжуд бўлади. БЦФни батафсилроқ ташхислаш учун логопед, офтальмолог, ортопед, психолог, невропатолог, отоларинголог каби мутахассисларнинг ҳам кўриги талаб этилади. Шунингдек, БЦФни бошқа, клиник кўриниши ўхшаш бўлган касалликлардан фарқлаш учун ҳам пухта дифференциал ташхислаш муҳимдир.

Болалардаги церебрал фалажлик тўлиқ даволаб бўлмайдиган касаллик ҳисобланади, аммо агар ўз вақтида комплекс босқичли даво муолажалари бошланса, касалликнинг кейинги оғир ҳолатларининг олдини олиш мумкин. Босқичли даволаш суякларда юзага келиши мумкин бўлган деформацияларни камайтиришга, болаларда ўзини бошқариш кўникмаларини эгаллашга, неврологик етишмовчиликларни мувофиқлаштиришга имкон беради. Касалликни эрта ташхислаш босқичли даволашда ва реабилитация жараёнини режалаштиришда индувидуал ёндошишга имкон беради. Бунда бош миянинг зарарланиш даражаси, ақлий неврологик ўзгаришларнинг оғирлиги, эпелептик хуружларнинг мавжудлиги каби омиллар инобатга олинади, агарда бу ўзгаришлар кучли бўлса даволаш натижаси ижобий бўлмайди.

БЦФ билан оғриган беморларни босқичли даволашда асосий эътибор ҳаракат билан боғлиқ ўзгаришларни бартараф килишга ва меъёридаги вертикал тик ҳолатни шаклантиришга қаратилади. Бунинг учун укалаш, даволовчи гимнастикалар, ортопедик ва физиотерапевтик муолажалари қўлланилади, бола ҳоматининг меъёрий ҳолатини шакллантириш учун невролог, ортопед ва педагог - дефектолог унга энг оптимал мос бўлган ҳолатини танлаб оладилар. Бунда гавда, қўл-оёқдаги бўғимлар ва бармокларни махсус мосламалар ёрдамида ёзиб қўйилади. Масалан, бошни тўғри тутиш кўникмасини ривожлантириш учун боланинг бўйнига тақиладиган «валиклардан» фойдаланилади, оғир ҳолатларда эса гипсли боғламлардан фойдаланишга тавсия берилади.

Тадқиқот мақсади - БЦФ билан касалланган болаларни чукурлатирилган тўлиқ ташхислаш орқали, хамда оёкларига босқичли гипс боғламлар ва шиналар қўйиш услуби воситасида уларда мукобил харакат кўникмаларини шаклланишини таминлаш.

Материал ва услублари

Ушбу изланиш 2016- 2018 йилларда ТошПМИ клиникасида стационар ва амбулатор тарзда даволанган БЦФ нинг спастик тури билан касалланган 1 – 5 ёшгача бўлган 35 нафар бемор болаларни даволаш натижаларини ўрганиш асосида тузилган. Материлларни йиғишда биз қуйидаги текшириш услубларидан фойдаландик: беморларнинг шикоятлари ўрганиш, касаллик бошланиши ва ривожланиши анамнезини таҳлил қилиш, боланинг ҳаётий анамнезларини тўплаш ҳамда умумий клиник ортопедик кўрик ва электронейромиография (ЭНМГ) текширувини ўтказиш.

Натижалар ва муҳокама

БЦФ касаллиги бош миянинг ривожланиш вақтида унинг зарарланиши билан боғлиқ бўлган касалликлар гуруҳига киради ва кўпинча болада ҳаракат ҳамда ўқиш - ўрганиш фаолиятининг бузилиши вужудга келади. Шу сабабли ушбу касалликнинг даволаниши мураккаб бўлган беморларга доимий парвариш керак бўлади. Агарда даволаш муолажалари эрта бошланса ижобий натижалар олиш мумкин, аммо бунинг учун ота-оналардан сабр-тоқат талаб этилади. Даволаш стандартига кўра, даволашда асосан бош миянинг фаолиятини яхшилаб, ҳаракат фаолиятининг шаклланишида мушаклар ҳолатига доимий эътибор берилади, яъни даволаш комплексли бўлади. Дори воситалардан ташқари бунинг учун укалаш, даволовчи гимнастикалар, ортопедик ва физиотерапевтик муолажалар қўлланилади. Ортопедик муолажалардан асосан гипсли боғламлар ҳамда шиналар қўлланилади.

Тадқиқот материалларидан шуни кўриш мумкинки, БЦФ билан кўпинча қиз болаларга караганда ўғил болалар икки марта кўпроқ касалланади (1-жадвал). Асосан касаллик бола томонидан кам вазнлик, эрта туғилиш каби сабаблар туфайли юзага келса, она томонидан эса оғир туғрук жараёни бунга сабаб бўлиши мумкин.

1- жадвал

Бемор болаларнинг ёши ва жинси бўйича тақсимланиши

Жинси	Ёши				Жами	
	1-2 ёш		3-5 ёш			
	абс	%	абс	%	абс	%
Қизлар	6	17	7	20	13	37
Ўғил болалар	12	34	10	29	22	63
Жами	18	51	17	49	35	100

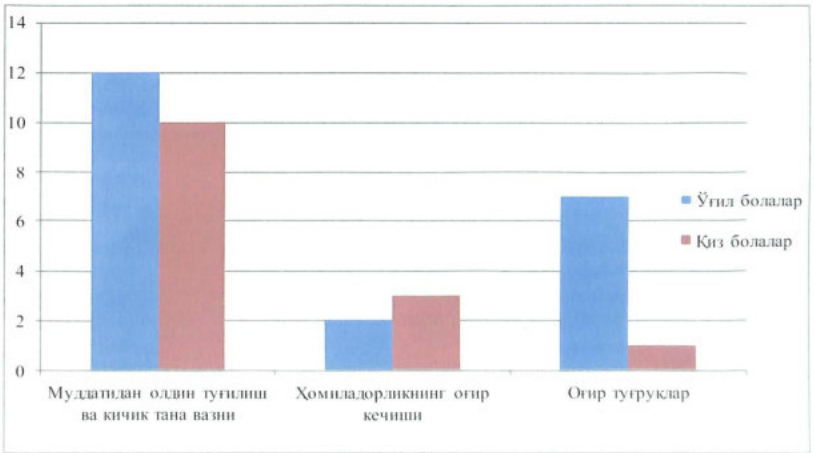
Республика бўйича бемор болаларни тақсимланиши текширилганда асосан вилоятдан, қишлоқ жойларидан болалар кўпроқ касалланган. Ўрганишда қишлоқ жойларда неврология ва ортопедия клиникаларининг узоқ жойлашуви ва махсус мутахассисларнинг етишмаслиги ҳам қайд қилинди (2-жадвал).

2-жадвал

Яшаш жойи бўйича тақсимланиши

Яшаш жойи	Қизлар		Ўғил болалар		Жами	
	абс	%	абс	%	абс	%
Шаҳар	1	3	4	12	5	15
Қишлоқ	12	34	18	51	30	85
Жами	13	37	22	63	35	100

Анамнезлар йиғилиши ва ота-оналарнинг сўровида маълум бўлишича, асосан касал болалар чала туғилган ва туғиш жараёни мураккаб бўлган - бундай ҳолатлар 54% гача учрайди (расмга қаранг). Диаграммадан кўриниб турибдики кўпинча касаллик бола томонидан кам вазнлик, эрта туғилиш (63%) каби сабаблар туфайли юзага келса, она томонидан эса оғир туғрук жараёни – 23%ни ташкил қилган.



БЦФ келиб чиқиши сабаблари бўйича тақсимланиш.

БЦФ касаллигида оёклардаги спастик жараённинг оғирлик даражасини аниқлашда [2, 4] адабиётлар маълумотларига асосан таҳлил ўтказдик (3-жадвал).

3-жадвал

БЦФ касаллигида спастик жараённи оёқ бўғимларида оғирлик даражасига қараб тақсимланиши

Соҳа / Оғирлик даражаси	Сон чаноқ бўғими	Тизза бўғими	Ошиқ-болдир бўғими
	абс	абс	абс
Енгил	4 (7*)	13 (14*)	13 (15*)
Ўрта оғир	10 (20*)	12 (24*)	12 (23*)
Оғир	9 (17*)	10 (19*)	9 (16*)

Жадвалдаги таҳлил бўйича кўпинча оғир спастик жараён оёқнинг пастки қисмларида учрайди (тизза ва ошиқ-болдир бўғими). БЦФда асосан спастик жараён қўл-оёқларнинг қуйи қисмида икки томонлама 60%, қўл-оёқларнинг тизза қисмида - 39%, сон қисмида эса 21% учрайди.

Юқорида айтиб ўтилган даволаш усуллари , асосан 2-3 ҳафталикдан 2 ёшгача бўлган болаларда ижобий натижа беради. Бу даврда 60-80% болаларда нутқий ва ҳаракат фаолиятлари тикланади, улар ўзларини эплай оладилар, кейинчалик таълим олишлари, ижтимоий ҳаётда иштирок этиб, оила қуришлари, насл қолдиришлари ҳам мумкин.

Гипсли боғламлар таянч-ҳаракат аппаратида, унинг юмшоқ тўқималарида дистрофик ўзгаришлар бўлмаган пайтда қўлланилади. Гипс ҳар 10 кунда, истисно ҳолатларда 12 кунда алмаштирилади. Умуман олганда, беморлар 2-3 ойдан ортиқ гипсли боғлам ҳолатида юриши мумкин эмас. Агар муолажанинг давомийлиги муҳим бўлса у ҳолда албатта, гипсли шиналар ёрдамида тўғриланади, бу эса массаж физиотерапия курсларини ўтказмай туришга кўрсатма бўлади. Гипсли боғлам тақилган боланинг гавда ва боши тўғри ҳолатда бўлиши аҳамиятлидир. Одатда гипс билан даволагандан кейин болалар туторда юришади, секин - аста фақат кечаси тақкан ҳолда туторсиз юришни ўрганади. Босқичли гипсли боғламлар ёрдамида даволаш тизза ва панжалар деформацияси патологиясида анча самаралидир, лекин тахминан ярим йилларда спастик контрактуралар қайталаниши мумкин. Шунинг учун ҳам қисқа такрорий гипсли курслар ўтказиш максадга мувофиқдир (3 босқичгача).

Хулосалар

1. Ушбу изланишда 1 ёшдан 5 гача бўлган болаларда БЦФ касаллигини тарқалиш холати ва даволашдаги йўналишлар ўрганилди.

2. Бунда кўпроқ касаллик қишлоқ жойдаги ўғил болаларда учраши ва асосан спастик тури бўлиб, у болада ҳаракат фаолиятининг тўғри ривожланишига таъсир қилиши аниқланди.

3. Шу сабабли оёкларига босқичли гипс боғламлар қўйиш услуби воситасида даволаш уларда мукобил ҳаракат кўникмаларининг эрта шаклланишини таъминлайди.

Адабиётлар

1. Бадалян Л. О. Журба Л. Т. Детские церебралные параличи. Киев, 1988.
2. Миронова С.П., Котелников Г.П. Национальное руководство по ортоедия . Геотар. 2008: 391-408.
3. Умнов В. В Комплексное ортопедо-нейрохирургическое лечение больных спастическими параличами. Автореферат диссертации на соискание ученой степени док. мед.наук. С-Пб. 2009: 28.
4. Шапошников Ю.Г. Травматология и ортопедия. Том 3. Моска "Медицина" 1997:461-473.
5. Canale & Beaty: Campbell's' Operative Orthopaedics, I I th ed. 2007.
6. Campbll's Operative Orthopaedics, I I th Edition 2007.

Буриев М.Н., Норбеков Х.М.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОНТРАКТУР ПРИ СПАСТИЧЕСКИХ ФОРМАХ ДЦП УДЕТЕЙ

Ключевые слова: дети, детский церебральный паралич, форма, лечение

Детский церебральный паралич (ДЦП) — комплекс двигательных расстройств, которые возникают вследствие повреждения мозга в перинатальном периоде. ДЦП это неизлечимое заболевание, однако если своевременно начать этапное комплексное лечение, можно предотвратить дальнейшее усугубление заболевания, а также улучшить интеллектуальные, моторные и речевые навыки малыша. Этапное лечение позволяет уменьшить вероятность скелетной деформации, способствует развитию у детей навыков самообслуживания, компенсирует неврологический дефицит. В данной работе были изучены распространённость и подходы к лечению ДЦП. Если лечение начато в возрасте до 2 лет, то у 41% детей удается получить хорошие результаты. С возрастом ребенка эти результаты снижаются. Лечение спастических форм ДЦП должно быть ранним, систематическим, дифференцированным и комплексным. Значимую роль при этом заболевании играет поэтапное гипсование. Необходимо соблюдать все правила лечения и реабилитации, чтобы в последующем добиться желаемых результатов.

Buriev M.N., Norbekov X.M.

IMPROVEMENT OF CONSEQUENT TREATMENT OF CONTRACTURES IN SPASTIC FORMS OF CEREBRAL PALSY IN CHILDREN

Key words: children, cerebral palsy, form, treatment

Cerebral palsy (cerebral palsy) — a complex of motor disorders that occur due to brain damage in the perinatal period. Cerebral palsy is an incurable disease, but if you start a stage of complex treatment in a timely manner, you can prevent further aggravation of the disease, as well as improve the intellectual, motor and speech skills of the baby. Stage treatment can reduce the likelihood of skeletal deformation, promotes the development of self-care skills in children, and compensates for neurological deficit. In this paper, we studied the prevalence and approaches to the treatment of cerebral palsy. If treatment is started before the age of 2 years, 41% of children manage to get good results. With the age of the child, these results are reduced. Treatment of spastic forms of cerebral palsy should be early, systematic, differentiated and complex. A gradual gypsum plays a significant role in this disease. It is necessary to follow all the rules of treatment and rehabilitation in order to achieve the desired results in the future.

Искандаров.А.И., Кулмирзаев Ш.Г., Кузиев О.Ж.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА АВТОМОБИЛЬНОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Изучить причины и характер травм у детей в дорожно-транспортных происшествиях в период с 2016 по 2017 гг.

Материалы и методы. За этот период в Научно исследовательский центр судебно-медицинской экспертизы РУз за амбулаторной помощью обращались 88 детей, пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях. В 2016 году на амбулаторном приеме находилось 40 больных – 19 девочек (47,5%) и 21 мальчик (52,5%), а в 2017 году – 48 детей. Из них 18 девочек (37,5%) и 30 мальчиков (62,5%).

Результаты. В зависимости от обстоятельств получения травмы как в 2016, так и 2017 году преобладали повреждения, полученные в результате наезда транспортных средств на детей в черте города. При этом по сравнению с 2016 годом в 2017 году количество изолированных травм существенно не изменилось, а удельный вес сочетанных травм увеличился на 47,4%.

Среди изолированных травм у амбулаторных больных наиболее часто встречались ушибы мягких тканей различной локализации, а в структуре сочетанных травм преобладали ушибы мягких тканей различных участков тела.

В настоящее время отмечается неуклонный рост дорожно-транспортных происшествий с участием детей [4,6]. Основными причинами дорожно-транспортных происшествий можно считать нарушение правил дорожного движения водителями транспортных средств, которые регистрируется в 85% случаев. Из них нарушение правил дорожного движения пешеходами встречается 20,15%, неудовлетворительные состояния улиц и дорог в 20,99%, эксплуатация технически неисправных транспортных средств в 0,57% [1.2] При этом характер полученных травм, главным образом, определяется механизмом возникновения дорожно–транспортного происшествия, наличием средств пассивной безопасности, местом расположения ребенка в салоне транспортного средства, а так же возрастом пострадавшего [3,5].

Цель работы - изучить причины и характер травм у детей в дорожно-транспортных происшествиях в период с 2016 по 2017 гг.

Материалы и методы

За этот период в Научно исследовательский центр судебно-медицинской экспертизы РУз за амбулаторной помощью обращались 88 детей, пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях.

В 2016 году на амбулаторном приеме находилось 40 больных – 19 девочек (47,5%) и 21 мальчик (52,5%), а в 2017 году – 48 детей. Из них 18 девочек (37,5%) и 30 мальчиков (62,5%). Распределение пациентов по возрастным группам выглядело следующим образом. Наиболее высокие показатели фиксировались в младшем школьном возрасте и подростковом периоде. В 2017 году отмечалось значительное возрастание количества пострадавших дошкольного возраста и снижение детей подросткового периода по сравнению с 2016 годом. Показатель количества пациентов младшего школьного возраста оставался на прежнем уровне.

Результаты и обсуждения

В зависимости от обстоятельств получения травмы распределение детей в 2016 году было следующим. Двадцать два ребенка были сбиты, из них 18 – легковым автомобилем, 3 – мотоциклом и 1 – автобусом. При этом только 1 случай ДТП был отмечен в сельской местности, остальные – в городе. В момент получения травмы 18 детей находились в транспортном средстве. Из них 2 являлись пассажирами общественного транспорта, 1 – водителем скутера, а остальные 15 – пассажирами автомобилей индивидуального пользования. В 4 случаях авария произошла в сельской местности, а остальные – в черте города.

В 2017 году механизм получения травмы выглядел следующим образом. Двадцать три ребенка были сбиты, из них 22 – легковым автомобилем и 1 – велосипедистом. При этом только 1 случай ДТП был зарегистрирован в сельской местности, остальные – в городе. Двадцать пять детей в момент получения травмы находились в транспортном средстве. Из них 2 являлись пассажирами общественного транспорта, а остальные 23 – пассажирами автомобилей индивидуального пользования. При этом в 11 случаях авария произошла в сельской местности, а остальные 14 – в черте города.

В 2016 году изолированные травмы были диагностированы у 30 детей (75%). При этом наибольший удельный вес составили ушибы мягких тканей различной локализации (65%). Ушиб мягких тканей нижних конечностей выявлялся у 12 пациентов (30%), ушиб мягких тканей головы – у 10 больных (25%), ушиб мягких тканей туловища – у 3 детей (7,5%), ушиб мягких тканей верхней конечности – у 1 ребенка (2,5%). В 2 случаях (5%) был диагностирован перелом костей нижних конечностей, по 1 случаю (2,5%) пришлось на перелом костей верхней конечности и сотрясение головного мозга. При этом наибольшее количество изолированных травм наблюдалось у детей младшего школьного и под- росткового периодов.

В 2016 году с сочетанными травмами обращались 10 человек (25%). У большинства из них отмечались ушибы мягких тканей различных участков тела, в 3 случаях (7,5%) дополнительно выявлялось сотрясение головного мозга. Как и в случае с изолированными травмами преобладали дети младшего школьного и подросткового возраста.

В 2017 году количество изолированных травм по сравнению с 2016 годом существенно не изменилось и составило 29 случаев (60,4%). Ушиб мягких тканей головы диагностировался у 12 человек (25%), нижних конечностей – у 10 детей (20,8%), шеи – в 2 случаях (4,2%). Переломы костей верхней конечности встретились у 3 пациентов (6,3%). По 1 наблюдению (2,1%) пришлось на сотрясение головного мозга и тупую травму живота. По сравнению с 2016 в 2017 году произошло смещение самого высокого показателя изолированных травм в возрастную группу от 3 до 7 лет.

Среди сочетанных травм наибольший удельный вес составили ушибы мягких тканей различных участков тела. Они отмечались у 9 больных (18,8%). Ушибы мягких тканей различных участков тела и сотрясение головного мозга было зафиксировано в 3 случаях (6,3%). У 2 детей (4,2%) диагностировались ушибы мягких тканей различных участков тела в сочетании с тупой травмой живота, у 2 (4,2%) – в сочетании с растяжением связок. По 1 случаю (2,1%) пришлось на ушиб мягких тканей различных участков тела в сочетании с переломом ключицы и тупой травмой живота, листозом III поясничного позвонка, переломом большеберцовой кости. В 2017 году наиболее часто с сочетанными травмами обращались дети младшего школьного возраста.

Таким образом, в зависимости от обстоятельств получения травмы как в 2016, так и 2017 году преобладали повреждения, полученные в результате наезда транспортных средств на детей в черте города. При этом по сравнению с 2016 годом в 2017 году количество изолированных травм существенно не изменилось, а удельный вес сочетанных травм увеличился на 47,4%. Среди изолированных травм у амбулаторных больных наиболее часто встречались ушибы мягких тканей различной локализации, а в структуре сочетанных травм преобладали ушибы мягких тканей различных участков тела.

Литература

1. Беляева М.Ю., Маркосьян С.А. Тактика ведения амбулаторных больных, пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях. IV Всероссийская конференция с международным участием «Неотложная детская хирургия и травматология». Москва, 2016.
2. Волошина Л.В., Плутницкий А.Н. Медико-организационные аспекты снижения предотвратимой смертности при ДТП в условиях муниципального район. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2010;5:13–17.
3. Гисак С.Н., Мякушев В.Л., Триф В.В. и др. Характеристика и структура сочетанной травмы у детей. Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии. СПБ, 2002:61-62.
4. Рыбакова М.Р., Лукьянов М.Н., Надеждин В.С. и др. Анализ причин и разработка мероприятий по снижению числа ДТП. Современная наука: актуальные проблемы и пути их решения. 2013;4:49-51.
5. Савенкова Е.Н., Ефимов А.А., Семижонова В.Н. и др. Особенности повреждений, возникающих у детей при некоторых видах автомобильной травмы со смертельным исходом. Проблемы экспертизы в медицине. 2017;1:47-49.
6. Турковский В.Б., Рузанов И.С., Лукьянов В.Ю. Характеристика травматических повреждений, полученных в ходе дорожно-транспортных происшествий у детей. Саратовский научно-медицинский журнал. 2007;2(3):18-20.

Искандаров.А.И., Кулмирзаев Ш.Г., Кўзиев О.Ж.

БОЛАЛАРДА АВТОМОБИЛ ШИКАСТЛАРИНИ СУД-ТИББИЙ БАҲОЛАШ

Калит сўзлар: болалар, йўл-харакати ҳодисаси, автомобил жароҳати.

Ушбу маколада 2016-2017 йилларда болаларга автомобил шикастларидан кейин амбулатор ёрдам кўрсатилиши таҳлил қилинди. Йил мавсумидан қаътий назар болаларнинг автомобил таъсиридаги шикастларини аксари шаҳар аҳолиси ташкил этди. Ушбу кўрсаткич кўш жароҳатларнинг 47,4% га ошишини кўрсатди.

Iskandarov.A.I., Kulmirzaev Sh.G., Kuziev.O.J.

FORENSIC MEDICAL ASSESSMENT OF CAR INJURY IN CHILDREN

Key words: children, traffic accident, automobile trauma.

The article analyzes the causes and nature of automobile trauma in children who rendered ambulatory care from 2016 to 2017. It was shown that irrespective of calendar year the damages dominated from collision of vehicles with children in the city. The number of associated injuries increased by 47.4%.

Исмаилов С.И., Урманова Ю.М., Мавлонов У.Х., Азизий А.А.

ВИДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ РОСТА И ПУБЕРТАТА

Ташкентский педиатрический педицинский пнститут;
Бухарский областной эндокринологический диспансер

Цель исследования. Изучить виды хирургического лечения при заболеваниях щитовидной железы у детей и подростков по данным обращаемости за период 2012-2016 гг.

Материал и методы. Нами ретроспективно изучены 213 детей и подростков с различными заболеваниями щитовидной железы, находившихся на стационарном лечении в отделе детской эндокринологии РСНПМЦ Эндокринологии МЗ РУз за период с 2012 по 2016 гг., из них мальчиков было – 67 (31,4%), девочек - 146 (68,5%). 20 здоровых детей и подростков соответствующего возраста составили группу контроля.

Результаты. Большую часть больных по обращаемости составили пациенты с врожденным гипотиреозом – 94 случая (44,1%), на втором месте – смешанный зоб – 35 наблюдений (16,4%), на третьем – диффузно-токсический зоб – 30 пациентов (14,0%), а также диффузный зоб 1-2 ст -19 (8,9%) , аутоиммунный тиреоидит - 14 (6,5%), многоузловой зоб - 15 (7,0%) , острый гнойный струмит - 2 (0,9 %), папиллярная аденокарцинома - 2 (1,0%).

Актуальность проблемы заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) у детей и подростков в Узбекистане существует на протяжении длительного времени. Это связано и с проблемой недостатка йода в окружающей среде, приводящего к развитию целого ряда заболеваний, и с проблемами качества йодизации пищевой соли [1-5].

В условиях йододефицита, по данным Исмаилова С.И., была выявлена прямая корелятивная связь между степенью задержки пубертата и роста у мальчиков и тиреоидным статусом обследуемых (степень увеличения щитовидной железы, степень гипотиреоза, уровень ТТГ, свободного тироксина) [7-11].

По данным исследований, проведенных РСНПМЦ Эндокринологии МЗ РУз совместно с ЮНИСЕФ, распространенность эндемического зоба в РУЗ в динамике у детей и подростков за период с 1998 по 2014 гг. снизилась в среднем с 68% до 54%, однако степень йододефицита остается высокой [8 -12].

Постоянно меняющаяся экологическая и радиологическая обстановка способствует росту частоты заболеваний ЩЖ и меняет структуру тиреоидной патологии [16-18]. По мнению экспертов ВОЗ, недостаточность йода является самой распространенной причиной умственной отсталости у детей, которую легко предупредить [20-22].

Профилактика дефицита йода и эндемического зоба позволяет без больших затрат в короткие сроки значительно оздоровить население и практически ликвидировать йоддефицитные заболевания и их осложнения [13-15]. Однако в литературе недостаточно внимания уделяется изучению медико-биологических и социально-гигиенических факторов, влияющих на формирование йододефицитных заболеваний у детей и подростков.

Особое место в хирургии щитовидной железы у детей, как и у взрослых, занимает значительная частота (до 75%) послеоперационного гипотиреоза (Мышкин К.И. с соавт., 2016,; Шевченко С.И., 2017; Okita N. с соавт., 2011) и послеоперационного рецидива различных форм зоба — до 15%. Раньше их связывали преимущественно с «техническим» мастерством хирурга, и лишь в последние годы стали придавать большое значение исходному состоянию системы гипоталамус-гипофиз-щитовидная железа и степени выраженности аутоиммунных процессов тиреоидной ткани. Все вышеуказанное послужило причиной для проведения настоящего исследования.

Цель работы – изучить виды хирургического лечения при заболеваниях щитовидной железы у детей и подростков по данным обращаемости за период 2012-2016 гг.

Материал и методы

Нами ретроспективно изучены 213 детей и подростков с различными заболеваниями щитовидной железы, находившихся на стационарном лечении в отделе детской эндокринологии РСНПМЦ Эндокринологии МЗ РУз за период с 2012 по 2016 гг., из них мальчиков было – 67 (31,4%), девочек - 146 (68,5%). 20 здоровых детей и подростков соответствующего возраста составили группу контроля.

Всем больным выполнялся комплекс исследований, включавший общеклинические, биохимические, гормональные (тиреотропный гормон (ТТГ), паратгормон (ПТГ), свободный тироксин (Т4), антитела к тиреопероксидазе (А-ТПО), пролактин и др.), ЭКГ, УЗИ щитовидной железы, внутренних, половых органов, рентгенография органов грудной клетки. У пациентов выполняли исследование функции паращитовидной железы - радиоизотопная сцинтиграфия. Всем пациентам выполнялись антропометрические исследования (целевой рост, центиль, скорость роста, SDS роста и веса и др.) на основе международной росто-весовой карты Таннера-Вайтхауза, оценки стадии полового развития по Таннеру.

Полученные данные обрабатывали с помощью компьютерных программ Microsoft Excel и STATISTICA_6. Вычислялись средние значения (M), стандартные отклонения средних (m). Достоверность различий в уровне между группами оценивалась по величине доверительного интервала и критерия Стьюдента (p). Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение

В табл. 1 представлено распределение больных по полу и возрасту.

Таблица 1

Распределение больных по возрасту и по группам (по ВОЗ)

Возраст, лет	Мальчики	Девочки
До 1 года	-	-
От 1 до 4 лет	2	4
5-10 лет	14	35
11-14 лет	28	56
15-17 лет	19	44
18 – 21 лет	4	7
Всего	67	146

Далее нами была изучена характеристика заболеваний щитовидной железы у больных (табл. 2).

Таблица 2

Характеристика заболеваний щитовидной железы у больных

Заболевания	Число больных		Всего
	мальчики	девочки	
Врожденный гипотиреоз	36	58	94 (44,1%)
Смешанный зоб	8	27	35 (16,4%)
Диффузно-токсический зоб	4	26	30 (14,0%)

Диффузный зоб 1-2 ст	8	11	19 (8,9%)
Аутоиммунный тиреоидит	4	10	14 (6,5%)
Многоузловой зоб	4	11	15 (7,0%)
Острый гнойный струмит	1	1	2 (0,9 %)
Узловой зоб	1	-	1 (0,5%)
Киста шеи	1	-	1 (0,5%)
Папиллярная аденокарцинома щитовидной железы	-	2	2 (1,0%)
	67	146	213

Нашим пациентам было выполнено хирургическое лечение в 41 (19,2%) случаях (проф. Исмаилов С.И.). Виды выполненного хирургического лечения представлено в табл. 3. На выбор объема операций оказывала влияние гистологическая структура опухолей.

Как видно из данных в таблице 3, пациентам был выполнен различный спектр хирургической помощи, при этом наиболее часто была выполнена тотальная тиреоидэктомия – 14 (34%) наблюдений, гемиструмэктомия – 10 (24%) случаев и расширенная резекция доли – 6 (14,5%).

Таблица 3

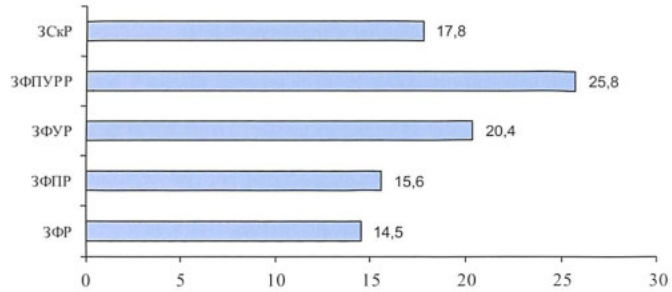
Виды выполненного хирургического лечения

Заболевания	Виды операций	Всего
Смешанный зоб	Гемиструмэктомия	9
	Тотальная тиреоидэктомия	2
	Экономная резекция щитовидной железы с узлом перешейка	3
	Удаление аденомы	1
	Расширенная резекция доли щитовидной железы	6
Диффузно-токсический зоб	Тотальная тиреоидэктомия	2
	Околототальная тиреоидэктомия	1
Аутоиммунный тиреоидит	Некрэктомия	1
Многоузловой зоб	Тотальная тиреоидэктомия	8
	Гемиструмэктомия	1
	Субтотальная тиреоидэктомия	2
Острый гнойный струмит	Вскрытие гнойника	2
Киста шеи	Удаление кисты шеи	1
Папиллярная аденокарцинома щитовидной железы	Тотальная тиреоидэктомия	2

Итак, из 41 выполненных операций – 27 (65,8%) явились органосберегательными.

На связь между заболеваниями щитовидной железы и задержкой общего развития у детей и подростков указывают исследования многих авторов [2-6]. По данным В.М.Краснова, дети и подростки, проживающие в йододефицитных регионах, имеют существенные отклонения в физическом развитии, особенно при наличии ЭЗ. При этом отмечаются снижение весо-ростовых соотношений, нарастание доли детей с дефицитом массы тела, сниженными величинами площади поверхности тела и т.д. [8].

Далее нами были изучены осложнения основного заболевания у детей и подростков (рис 1). По нашим данным, частота осложнений основных заболеваний у детей и подростков была следующей: задержка скелетного развития – 17,8%, задержка физического, полового, умственного, речевого развития – 25,8%, задержка физического, умственного развития – 20,4%, задержка физического, полового развития – 15,6%, задержка физического развития – 14,5%.



Развитие эндокринных осложнений при различных заболеваниях щитовидной железы у детей и подростков (в%). Примечание: ЗСкР – задержка скелетного развития, ЗФПУРР- задержка физического, полового, умственного, речевого развития, ЗФУР – задержка физического, умственного развития, ЗФПР – задержка физического, полового развития, ЗФР – задержка физического развития.

В табл. 4 даны средние значения гормонов щитовидной железы у больных.

Как видно из данных в таблице 4, у наших пациентов отмечался манифестный гипотиреоз, то есть наблюдалось достоверное повышение ТТГ на фоне достоверного снижения свободного тироксина крови по сравнению с группой контроля.

Таблица 4

Средние значения гормонов щитовидной железы у больных

Гормоны	Норма	Мальчики n=67	Девочки n=146
ТТГ	0,17-4,2 МЕ/ L	3, 42 *± 0,06	3,17* ± 0,08
		Контроль Мальчики	Контроль девочки
		1, 41 ± 0,03	1,13 ± 0,05
		P < 0,5	P < 0,5
Свободный тироксин	11,5 – 23 нмоль/л	9,4 *± 0,7	10,5 *± 0,4
		Контроль Мальчики	Контроль девочки
		17,9 ± 0,4	16,5 ± 0,6
		P < 0,5	P < 0,5

Примечание *- достоверная разница по сравнению с группой контроля

Итак, проведенные ранее исследования позволили оценить тяжесть зобной эндемии и выраженность проявлений нарушения полового и физического развития девочек школьного и подросткового возраста, проживающих в йододефицитных регионах [10].

Наше исследование также подтверждает литературные данные об этом. Таким образом, полученные нами результаты требуют дальнейшего длительного наблюдения и лечения пациентов.

Выводы

1. Большую часть больных по обращаемости составили пациенты с врожденным гипотиреозом – 94 случая (44,1%), на втором месте – смешанный зоб – 35 наблюдений (16,4%), на третьем – диффузно-токсический зоб – 30 пациентов (14,0%), а также диффузный зоб 1-2 ст -19 (8,9%) , аутоиммунный тиреоидит - 14 (6,5%), многоузловой зоб - 15 (7,0%) , острый гнойный струмит - 2 (0,9 %), папиллярная аденокарцинома - 2 (1,0%).

2. Частота осложнений основных заболеваний у детей и подростков была следующей: задержка скелетного развития – 17,8%, задержка физического, полового, умственного, речевого развития – 25,8%, задержка физического, умственного развития – 20,4%, задержка физического, полового развития – 15,6%, задержка физического развития – 14,5%.

3. Пациентам был выполнен различный спектр хирургической помощи, при этом наиболее часто была выполнена тотальная тиреоидэктомия – 14 (34%) наблюдений, гемиструмэктомия – 10 (24%) случаев, расширенная резекция доли – 6 (14,5%) и др.

Литература

1. Бузиашвили И.И. Фадеев В.В. Щитовидная железа и ее заболевания. Всё о щитовидной железе [Электронный ресурс]. - 2011. - Режим доступа: http://www.rusmedserv.com/thyronet/th_pati/index.html. - Дата доступа: 17.04.2011.
2. Берстнева С.В. Комплексное клинико-социальное исследование эндемического зоба у детей препубертатного возраста. автореф. дисс. на соиск. уч.степ. к.м.н. по спец. 14.00.09 – Педиатрия. – Москва, 2007.
3. Велданова М.В., Анциферов М.Б. Клинические аспекты увеличения щитовидной железы у детей. Русский медицинский журнал. 1999;7:(4):163-167.
4. Гайтан Э. Зобогенные факторы окружающей среды. Болезни щитовидной железы. М.: Медицина, 2000:359-377.
5. Година Е.З., Задорожная Л.В., Хомякова И.А. и др. Особенности соматического развития детей и подростков в условиях йодного дефицита (по материалам обследования населения Саратовской области). Физиология роста и развития детей и подростков. Т. 1. Под ред. А.А. Баранова, Л.А.Щеплягиной. М.: ГЭОТАР–Медиа, 2006: 181–231.
6. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Трошина Е.А. и др. Дефицит йода – угроза здоровью и развитию детей России. Пути решения проблемы: Национальный доклад. М.: Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) в РФ. 2006.
7. Исмаилов С.И., Урманова Ю.М., Мавлянов У.Х. Роль йододефицитных состоянний в развитии задержки пубертата у мальчиков. Методические рекомендации, г Ташкент, 2010.
8. Исмаилов С.И., Нугманова Л.Б., Рашитов М.М. и др. Динамика йододефицитных состояний в Узбекистане. Международный эндокринологический журнал [Электронный ресурс]. - 2008. - Режим доступа: http://endocrinology.mif-ua.com/archive/issue-7057/article-7084.html. - Дата доступа: 09.03.2011.
9. Исмаилов С.И., Каримова М.М., Рашитов М.М. и др. Результаты эпидемиологических исследований, распространенность. Йододефицитных заболеваний в Ферганской области РУз. Международный эндокринологический журнал, Украина, г. Киев, 1(41) 2012 г. стр 10-14.
10. Исмаилов С.И., Нугманова Л.Б., Рашитов М.М., и др. Ситуационный анализ рынка соли по данным предприятий, производящих йодированную соль в Узбекистане. Журнал теоретической и клинической медицины, Ташкент, 2012;6:16-24.
11. Исмаилов С.И. , Л.Б. Нугманова, М.М. Рашитов, и др. Результаты мониторинга по реализации закона РУз «О профилактике йододефицитных заболеваний» в регионах в 2008 году. Журнал Проблемы биологии и медицины, г Ташкент, 2010;1 (60):109-113.

12. Краснов В.М. Здоровье и развитие детей, проживающих в йоддефицитном регионе с разной антропогенной нагрузкой. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 2001.
13. Олейник, В.А., Беникова Е.А. Гиперплазия щитовидной железы норма или патология? Проблемы эндокринологии. 1992;(38)4:13-14.
14. Метревели, Д.С., К.Р. Микадзе, М.О. Гвахария. Состояние щитовидной железы у детей и подростков в различных районах Республики Грузия. Проблемы эндокринологии. 1992;4: 25-26.
15. Burgi, H., T. Schaffner, J. P. Seiler. The toxicology of iodate: a review of the literature. Thyroid. 2001;11:449-456
16. K.A. Hansen, S.P. Tho, M. Hanly et al. Massive ovarian enlargement in primary hypothyroidism. Fertility and sterility. 1997; 67; 1: 169171.
17. Delange F. Iodine deficiency as a cause of brain damage. Postgrad Med J 2001; 77: 217–20.
18. Salarkia N, Mirmiran P, Azizi F. Timing of the effect of iodine supplementation on intelligence quotients of schoolchildren. Int J Endocrinol Metab 2004; 2: 95-102.
19. Delange F. Iodine deficiency as a cause of brain damage. Postgrad Med J 2001; 77: 217–20.
20. WHO, UNICEF and ICCIDD. Indicators for assessing Iodine Deficiency Disorders and their control through salt iodization. Geneva: WHO, WHO/ Euro/ NUT/ 1994.
21. WHO, UNICEF and ICCIDD. Progress towards the elimination if Iodine Deficiency Disorders (IDD). WHO/Euro/NUT/ 1999.
22. WHO, UNICEF and ICCIDD. Assessment of Iodine Deficiency Disorders and Monitoring their Elimination. Second edition 2001:1-103.

Исмаилов С.И., Урманова Ю.М., Мавлонов У.Х., Азизий А.А.

ЎСИШ ВА ПУБЕРТАТ БУЗИЛИШЛАРИ КУЗАТИЛГАН БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАР ҚАЛҚОНИМОН БЕЗ КАСАЛЛИКЛАРИДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШ ТУРЛАРИ

Калит сўзлар: болалар, ўсмирлар, тиреоидология, хирургик даволаш

ЎзР ССВ академик Ё.Х. Тўрақулов номли эндокринология РИИАТ марказининг болалар бўлимига 2012 йилдан 2016 йилгача турли тиреоид касалликлар билан болалар ва ўсмирлар мурожаат килишган. 213 нафар болалар ва ўсмирлар шифохонага ётқизилган бўлиб уларнинг 67 нафари ўғил болалар (31,4%), 146 нафари эса кизлар (5%) эди. Тегишли ёшдаги 20 соғлом болалар ва усмирлар назорат гуруҳини ташкил этди. Беморларнинг кўпчилигини ўсмирлик давридаги яъни 11 дан 17 ёшгача - 147 бемор (69,1%) бўлиб, кўпинча кизлар касалланган 147 (68,0%) дан 100 таси. Марказга келган тугма гипотиреоз билан огриган беморларнинг сони - 94 га етган (44,1%), ундан кейин аралаш бўкоқ - 35 кузатув (16,4%), 3- ўринда- диффуз токсик бўкоқ – 30 беморлар (14,0%), шунингдек, 1-2 даражали диффуз бўкоқ (1-2%), септик (18%), sintez – 18 (8%), аутоиммун тироидит - 14 (6.5%), 9%), папилляр аденокарцинома- 2 (1,0%) кузатилди. Беморларга турли хил жарроҳлик ёрдами кўрсатилди, тотал тиреоидэктомия – 14 (34%), 10 та гемитиреоидектомия (24%). Беморларда турли хил жарроҳлик ёрдами кўрсатилди, умумий тиреоидэктомия кўп бажарилди - 14 (34%), 10 сида гемиструлэ (24%), кенгайтирилган бўлак резекцияси - 6 (14,5%) ва бошк.

Ismailov S.I., Urmanova Yu.M., Mavlonov U.X., Aziziy A.A.

KINDS OF SURGICAL TREATMENT DISEASES OF THYROID AT CHILDREN AND TEENAGES WITH DISORDER OF GROWTH AND PUBERTY

Key words: children, teenagers, thyroidology, surgery

Under supervision of the employees of the department of children's the Center of Endocrinology of PH of RUz during from 2012 on 2016 years was hospitalized 213 children and teenagers with various diseases of thyroid gland, from them of the boys was - 67 (31,4%), girls -146

(68,5%). 20 sound children and the teenagers of the appropriate age made the group of the control. The most of patients were in teenage age, namely from 11 to 17 years - 147 patients (69,1%), were at the same time mostly sick girl - 100 from 147 (68,0%). Greater part of patients on turned was made by patients with congenital hypothyroidism- are 94 cases (44,1%), on the second place - the mixed goiter is 35 supervisions (16,4%), on the third - a diffusely-toxic goiter is 30 patients (14,0%), and also diffuse goiter of 1-2 degree - 19 (8,9%), autoimmune thyroiditis - 14 (6,5%), multinodular goiter - 15 (7,0%), sharp festering strumitis - 2 (0,9 %), papilliferous adenocarcinoma - 2 (1,0%).To the patients the different spectrum of surgical help was executed, a total thyroidectomy - 14 (34%) supervisions, hemistrumectomy was most often executed here - 10 (24%) cases, large resection of lobuli - 6 (14,5%), etc.

Қўзиев О.Ж., Мамадалиев К.М.

СУД ТИББИЁТИ АМАЛИЁТИДА ҚЎЛ БАРМОҚ АНДОЗАЛАРИНИНГ ТУҒМА ЎЗГАРМАС БЕЛГИЛАРИ АСОСИДА ТАНА УЗУНЛИГИНИ АНИҚЛАШ

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Тадқиқот мақсади. Суд тиббиёти амалиётида бармоқларнинг туғма ўзгармайдиган белгиларини дерматоглифик таҳлили асосида тана узунлигини аниқлаш имкониятларини ўрганиш.

Материаллар ва услублар.Текширув обекти бўлиб Тошкент педиатрия тиббиёт институти 4-курсида таҳсил олаётган ўзбек популяциясига мансуб 620 нафар кўнгилли талабалар бармоқ андозалари таҳлил қилинди. Текширилувчиларнинг 289 таси эркак жинсига, 331 нафари аёл жинсига мансуб.

Натижалар. Эркакларда ҳар бир бармоқ бўйича аломатлар частотаси, яъни тез-тез учраб турувчанлиги таҳлил қилинганида, "баланд бўйлилик"ка энг характерли бўлган аломатлар: I–I, IV, V, IX ва X бармоқларда; III–III бармоқда; "паст бўйлилик" аломатлари эса: IV – IX бармоқда; V–V эканлиги аниқланди. Баланд бўйли аёлларда энг характерли бўлган локал аломатлар қуйидагилар: V – I, III, V ва VI бармоқларда, II – VIII бармоқда; "паст бўйлилик"нинг энг характерли локал аломатлари эса: III – IX бармоғида; V – VIII бармоғида эканлиги аниқланди.

Суд-тиббиёт соҳасида тана бўйи инсонни таърифлаб берадиган энг муҳим жиҳатлардан бири ҳисобланади. Мазкур кўрсаткичнинг вариацион доираси бошқа аломатларга қараганда, масалан, иркий ва жинсий мансубликка нисбатан анча кенгдир. Тана бўйига оид тадқиқот объектларини гуруҳий дифференциация қилиш, уларни дастлабки саралаш ишларини олиб бориш, шунингдек, бошқа аломатлар билан бирга жамлаб, айнан ўхшатишни индивидуаллаштириш даражасигача етказиб, зарур натижаларга эришиш мумкин [1,4,8].

Бутун тана авиаҳалокатлар ёки портлашлардан жароҳат олиш, яраланиш окибатида парчаланиб кетганида, керакли анатомик ориентирлар йўқолганида , тананинг бўйини аниқлайдиган анъанавий усуллар: антропо, сомато ва остеометриялардан фойдаланиб бўлмайди ёки бу усулларнинг самарадорлиги кескин пасайиб кетади. Муаммо қисман текширув объектларининг бўй гуруҳини аниқлашга ёрдам берадиган спектраль таҳлил ёрдамида ҳал қилиниши мумкин [4].

Бугунга келиб, жароҳатловчи омиллар, жумладан, катта куч таъсири натижасида ҳам кўпинча сакланиб колинадиган юмшоқ тўқималардан тана бўйини аниқлаш усуллари деярли ишлаб чиқилмаган. Ҳолбуки антропогенетика ва криминалистикага оид илмий адабиётларда келтирилган маълумотлар бундай имкониятни истисно қилмайди.

Тадқиқот мақсади. Суд тиббиёти амалиётида бармоқларнинг туғма ўзгармайдиган белгиларини дерматоглифик таҳлили асосида тана узунлигини аниқлаш имкониятларини ўрганиш.

Материаллар ва услублар

Текширув обекти бўлиб Тошкент педиатрия тиббиёт институти 4-курсида таҳсил олаётган ўзбек популяциясига мансуб 620 нафар кўнгилли талабалар бармоқ андозалари таҳлил қилинди. Текширилувчиларнинг 289 таси эркак жинсига, 331 нафари аёл жинсига мансуб. Бармоқ андозаларини солиштириш максадида О.Ж.Қўзиев томонидан ишлаб чиқилган бўёксиз усуллардан фойдаланилди [2,3]. Бармоқ андозаларини таҳлили "Қўзиев"дастурида амалга оширилди.

Натижалар ва муҳокама

Деярли барча тадқиқотчилар, эҳтимолий таҳлил қилинажак танлаб олишлар сифати билан боғлиқ мавжуд маълумотларнинг бир-бирига зидлигига қарамасдан (бир хиллиги ва ҳажмига кўра), баланд бўйлилар ва паст бўйлилардаги дерматоглифлар фарқланишлар табиати, инсоннинг конституционал хусусиятларига ўзаро боғлиқдир, деган фикрда якдил бўлдилар. Негизий аслида бўлган бундай хусусиятлар кўплаб генлар комплекслари, жумладан, тожсимон тери ва нақш пайдо бўлиши, шунингдек, умумий бўй ўсиши ва энергия алмашинуви эффектига таъсир кўрсатади. Бунинг оқибатида, бир-бирига мувофиқ келадиган генлар – конституционал хусусиятлар, тананинг бўйи ва дерматоглифик аломатлар ўртасида нотўғри, лекин статистик аҳамиятга эга бўлган алоқа юзага келади. Ҳомила даври ва ундан кейинги даврдаги ўсиш ва ривожланиш суръати бир-бирига изчил боғлиқ эканлиги ўта муҳим аҳамит касб этади, бу эса онтогенезнинг асосий хронологик тамойилларидан бири ҳисобланади [2]. Бунда умумий ўсиш хусусиятлари маркерлари сифатида папиллярнақшларни кўриб чиқиш учун асос яратилади.

Қўлларга қараб, баланд бўйлилар ва паст бўйлилар танлаб олинишида қўлларнинг *X* бармоқларидаги локал дерматоглифик аломатларининг асосий статистик параметрлари (*N* частота, *P* тез-тез учраб турувчанлик, частотаси, ўртача хатолик *m*), улар орасидаги фарқланишни баҳолаш (Стьюдентнинг *t*-мезони бўйича) 1- жадвалда келтирилган.

Нақш турларининг бўй билан боғлиқ полиморфизмини ўрганишда баланд бўйли эркаклар учун (177 *см* дан узун) умуман, гажак ва равоклар, паст бўйлилар учун эса радиал гажаклар ва мураккаб нақшлар хос хусусият ҳисобланади. Демак, баланд бўйлиларда *A*-нақшлар 5,0%; паст бўйлиларда - 4,1%; *Lr* – баланд бўйлиларда 4,0% ва паст бўйлиларда - 5,9%; *Lu* – баланд бўйлиларда - 58,8% ва паст бўйлиларда 58,7 %; *LW* – баланд бўйлиларда 2,4 % ва паст бўйлиларда - 4,9%; *W* – баланд бўйлиларда 30,1 % ва паст бўйлиларда 26,4 % ҳолатларда учрайди (катта ёшдаги баланд бўйли эркакларда *Lu* частотаси паст бўйлиларга нисбатан анча паст). Унисида ҳам, бунисида ҳам *A*, *Lu* кўпинча чап қўл бармокларида; *W* эса ўнг қўл бармокларида; *Lr* баланд бўйлиларнинг чап қўл бармокларида; паст бўйлиларнинг ўнг қўл бармокларида учрайди. Экакларнинг "баланд бўйлилиги" учун энг характерли аломатлар қуйидаги тарзда учрайди: *W* – II ва VII; *A* – V ва X бармокларда. Эркакларнинг "паст бўйлиги" нинг энг характерли аломатлари эса қуйидагилар: *Lr* – II ва III; *LW* – II, III, IV ва VI бармокларида.

Умуман олганда, баланд бўйли аёллар учун гажаклар ва мураккаб нақшлар, паст бўйли аёллар учун эса ульнар сиртмоклар ва равоклар хос хусусият ҳисобланади (*Г илова*). Демак, баланд бўйли аёлларда *A* 5,7 %; паст бўйли аёлларда эса - 8,9 %; *Lr* – баланд бўйлиларда 3,9 % ва паст бўйлиларда - 3,4%; *Lu* – баланд бўйлиларда 59,7 % ва паст бўйлиларда - 63,8 %; *LW* – баланд бўйлиларда 3,7 % ва паст бўйлиларда - 2,4%; *W* – баланд бўйлиларда 27,0 % ва паст бўйлиларда 21,5 % ҳолатларда учрайди.

Нақшларнинг ички симметриклигини (ориентациясини) таҳлил қила туриб, *R*-нақшлар баланд бўйли эркакларда 8,8% ва паст бўйлиларда 9,0%; *S* – баланд бўйлиларда 15,2% ва паст бўйлиларда 15,2%, *U* – баланд бўйлиларда 13,7% ва паст бўйлиларда 9,3%; U_1 – баланд бўйлиларда 20,3% ва паст бўйлиларда 21,9%; U_2 – баланд бўйлиларда 41,9% ва паст бўйлиларда 46,6% ҳолатларда учрайди. Унисида ҳам, бунисида ҳам *R,S* кўпинча чап қўл бармокларида, U_2 эса ўнг қўл бармокларида кузатилади. Аммо паст бўйлиларда фарк (асимметрия) кучлирок ифодаланган бўлади. Ҳар бир бармоқда частота, тез-тез учраб турувчанлик таҳлил қилинганида "баланд бўйлилик"ка қуйидаги аломатлар энг характерли эканлиги аниқланди: *R* – I ва IX; *S* – V, IX ва X бармокларда; *U* – III, V, VII, VIII ва IX бармокларда; U_2 – IV ва IX бармокларда.

Баланд бўйли аёлларда *R*-нақшлар 9,1% ва паст бўйлиларда 6,8%, *S* – баланд бўйлиларда 14,3 % ва паст бўйлиларда 14,9 %; *U* – баланд бўйлиларда 13,1 % ва паст бўйлиларда 12,3 %; U_1 – баланд бўйлиларда 22,3% ва паст бўйлиларда 19,5%; U_2 – баланд бўйлиларда 41,2 % ва паст бўйлиларда 46,6% учрайди. Ҳар бир бармоқдаги аломатлар частотаси, яъни учраш суръати таҳлил қилинганида, аёлларнинг "баланд бўйлилиги"га энг характерли бўлган аломатлар қуйидагича эканлиги маълум бўлди: *R* – VIII бармоқда; U_1 – IV бармоқда. "Паст бўйлилик" аломатлари эса қуйидагилардир: U_2 – II, IV ва VIII бармокларда.

1- жадвал

Нақшларнинг танани бўйига боғлиқлигининг асосий статистик параметрлари (1 – баланд бўйлилар, 149 та кузатув; 2 – паст бўйлилар, 140 та кузатув)*

Бармоқ	X	Ўнг қўл							Чап қўл						
		N_1	N_2	P_1	P_2	m_1	m_2	$t_{1/2}$	N_1	N_2	P_1	P_2	m_1	m_2	$t_{1/2}$
1	*A*	2	1	1,3	0,7	0,9	0,7	0,53	5	5	3,4	3,6	1,5	1,6	0,10
	Lr	1	1	0,7	0,7	0,8	0,8	0,04	1	1	0,7	0,7	0,7	0,7	0,04
	Lu	79	63	53,0	45,0	4,1	4,2	1,37	99	90	66,4	64,3	3,9	4,0	0,39
	LW	3	6	2,0	4,3	1,2	1,7	1,10	5	11	3,4	7,9	1,5	2,3	1,66
	W	65	70	43,6	50,0	4,1	4,2	1,09	39	33	26,2	23,6	3,6	3,6	0,51
2	*A*	18	11	12,1	7,9	2,7	2,3	1,20	15	17	10,1	12,1	2,5	2,8	0,56
	Lr	26	38	17,4	27,1	3,1	3,8	1,99	20	28	13,4	20,0	2,8	3,4	1,50
	Lu	52	50	34,9	35,7	3,9	4,0	0,14	59	53	39,6	37,9	4,0	4,1	0,30
	LW	1	6	0,7	4,3	0,8	1,7	1,93	7	7	4,7	5,0	1,7	1,8	0,12
	W	53	35	35,6	25,0	3,9	3,7	1,97	48	35	32,2	25,0	3,8	3,7	1,36
3	*A*	8	11	5,4	7,9	1,8	2,3	0,85	7	8	4,7	5,7	1,7	2,0	0,39
	Lr	1	5	0,7	3,6	0,7	1,6	1,70	4	3	2,7	2,1	1,3	1,2	0,30
	Lu	108	97	72,5	69,3	3,7	3,9	0,60	103	99	69,1	70,7	3,8	3,8	0,29
	LW	1	5	0,7	3,6	0,7	1,6	1,70	3	6	2,0	4,3	1,2	1,7	1,10
	W	31	22	20,8	15,7	3,3	3,1	1,12	32	24	21,5	17,1	3,4	3,2	0,94
4	*A*	6	3	4,0	2,1	1,6	1,2	0,93	4	1	2,7	0,7	1,3	0,7	1,31
	Lr	2	3	1,3	2,1	0,9	1,2	0,52	4	1	2,7	0,7	1,3	0,8	1,27
	Lu	67	63	45,0	45,0	4,1	4,2	0,01	80	88	53,7	62,9	4,1	4,1	1,59
	LW	2	12	1,3	8,6	0,9	2,4	2,84	5	4	3,4	2,9	1,5	1,4	0,24
	W	72	59	48,3	42,1	4,1	4,2	1,06	56	47	37,6	33,6	4,0	4,0	0,71
5	*A*	4	1	2,7	0,7	1,3	0,7	1,31	6	1	4,0	0,7	1,6	0,8	1,83
	Lr	1	1	0,7	0,7	0,8	0,7	0,05	2	4	1,1	2,9	0,9	1,4	0,89
	Lu	109	108	73,2	77,1	3,6	3,5	0,79	105	101	77,2	79,3	3,4	3,4	0,43
	LW	5	7	3,4	5,0	1,5	1,8	0,70	5	4	3,4	2,9	1,5	1,4	0,24
	W	31	23	20,8	16,4	3,3	3,1	0,96	21	21	14,1	15,0	2,9	3,0	0,22
Қўллар бўйича	*A*	38	27	5,1	3,9	0,8	0,7	1,15	37	31	5,0	4,4	0,8	0,8	0,48
	Lr	29	47	3,9	6,7	0,7	0,9	2,39	31	36	4,2	5,1	0,7	0,8	0,88
	Lu	115	111	55,7	54,4	1,8	1,9	0,49	101	98	61,2	63,0	1,8	1,8	0,76
	LW	11	36	1,5	5,1	0,4	0,8	3,88	25	32	3,4	4,6	0,7	0,8	1,18
	W	122	109	33,8	29,9	1,7	1,7	1,62	80	70	26,3	22,9	1,6	1,6	1,53

*Эслатма: * турли ёш гуруҳларидаги эркаклар.

Баланд бўйли эркакларда 15 та дан ортик бўлган ульнар тожсимон кирралар сонига эга накшлар устун келиши тенденцияси, паст бўйли эркакларда эса 10 ва ундан кам тожсимон кирралар и бўлган накшлар кайд килинади. Унисида хам, бунисида хам *yTKC* нинг кичик кийматлари (3 ва ундан кам) чап кўл бармокларида, катта кийматлари эса (15 дан кўп) ўнг кўл бармокларида кузатилади. Аломатларнинг частотаси, тез-тез учраб турувчанлиги хар бир бармок бўйича тахлил килинганда, "баланд бўйлилик"ка энг характерли бўлган аломатлар куйидагича эканлиги аникланди: I –I бармокда; IV – VIII бармокда. "Паст бўйлилик"ка хос бўлган алохида хусусиятга эга аломатлар куйидагилар: II – I ва III бармокларда; III – IV бармокда.

Баланд бўйли аёлларда баланд бўйли эркаклардаги каби 15 тадан зиёд бўлган ульнар тожсимон кирралар сонига эга накшлар устунлиги тенденцияси, паст бўйлиларда 10 ва ундан кам бўлган ульнар тожсимон кирралар сонига эга накшлар устунлиги тенденцияси кайд килинади. Аёлларда "баланд бўйлилик"нинг энг характерли локал аломатлари куйидагилар хисобланади: V – I, III ва VIII бармокларда; IV – IV, VI, VII ва IX бармокларда; III – I, II ва VI бармокларда. "Паст бўйлилик"нинг аломатлари куйидагилар: I – I, II, VI ва VIII бармокларда; II – V бармокда; III – VII бармокда.

Текширувлар натижасида баланд бўйли эркакларда радиал тожсимон кирралар сони кичик (10-15 тадан кам) накшлар устун келиши тенденцияси, паст бўйли эркакларда эса радиал тожсимон кирралар сони кўп (15 та дан ортик) накшлар устун келиши тенденцияси кайд килинади. Аммо бу ёшларга хос хусусият бўлиб, чунки катта ёшдаги эркаклар танлаб олинишида тенденция аксинча бўлади.

Аёллар танлови ва бирлашиб танлаб олишларда (177 нафар баланд бўйлилар ва 154 нафар паст бўйлилар), гарчи аёлларда мазкур аломат нисбатан кам учраши окибати ўлароқ, ёркинроқ бўлмаса-да, кўрсатилган конуният сакланиб колади.

Хулосалар

1. Эркакларда хар бир бармок бўйича аломатлар частотаси, яъни тез-тез учраб турувчанлиги тахлил килинганида, "баланд бўйлилик"ка энг характерли бўлган аломатлар: I–I, IV, V, IX ва X бармокларда; III–III бармокда; "паст бўйлилик" аломатлари эса: IV – IX бармокда; V–V эканлиги аникланди.

2. Баланд бўйли аёлларда энг характерли бўлган локал аломатлар куйидагилар: V – I, III, V ва VI бармокларда, II – VIII бармокда; "паст бўйлилик"нинг энг характерли локал аломатлари эса: III – IX бармогида; V – VIII бармогида эканлиги аникланди.

Адабиётлар

1. Колкутин В.В., Томилин В.В., Быков И.Ю. Руководство по установлению личности неопознанных погибших при их массовом поступлении. М., 2001.
2. Свидетельство об официальной регистрации программы для электронно-вычислительных машин «Программа "Кузиев" для анализа отпечатков пальцев». № FAR 00802 Патентообладатель Кузиев О.Ж. Дата приоритета: 12.03.2018. Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан – Ташкент, 2018.
3. Патент № FAR 00802 на полезную модель «Устройство, для получения отпечатка опорной части конечности». Патентообладатель Кузиев О.Ж. Авторы: Искандаров А.И., Кузиев О.Ж., Хамдамов А.М., Рузиев Ш.И., Шаробитдинов З.Г., Абдазов Б.Б. Дата приоритета: 25.03.2012 /Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан – Ташкент, 2013.
4. Томилин В.В., Звягин В.Н., Мордасов В.Ф., Щербаков В.В. Идентификация неопознанных трупов применительно к ситуации. «Медицина катастроф». Матер. IV Всероссийского съезда судебных медиков, Москва —Владимир, 1996:36-37б.
5. Шпак Л.Ю. Дерматоглифика фаланг пальцев кисти (антропологические и судебно-медицинские аспекты). - Автореф. на соиск. уч. ст. к.м.н. М, Мос. Гос. Ун-т им. М.В. Ломоносова, 2003.
6. Юнусова-Фандеева О.М. Комбинации типов узоров дерматогли фических характеристик пальцев ног. Теория и практика судебной медицины. Труды Петербургского научного общества судебных медиков. Вып. 5. СПб, 2001:118-120.
7. Cohen M.M., Jr: The Child With Multiple Birth Defects. Second edi-tion. New York: Oxford University Press, 1997.
8. David T.J. Ridges-of-the-end syndrome in two families, and a third family with a new syndrome. Hum Hered 1971:23:32.
9. Elderton E.M. On the inheritance of the finger prints. Biometrika. 1920;12:57-91.

Кўзиев О.Ж., Мамадалиев.К.М.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДЛИНЫ ТЕЛА НА ОСНОВЕ НЕ ИЗМЕНЯЮЩИХСЯ ОТПЕЧАТКОВ ПАЛЬЦЕВ РУК В СУДЕБНО МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ключевые слова: дерматоглифика, отпечатки, анализ.

В целях изучения возможностей определения длины тела на основе анализа рожденных неизменяющихся дерматоглифических признаков 620 студентов добровольцев относящихся к Узбекской популяции раскрыли результатов отпечатков пальцев в судебной медицинской практике.

Kuziev O.J., Mamadaliyev K.M.

DETERMINATION OF BODY LENGTH IS BASED ON UNCHANGING FINGERPRINTS IN FORENSIC MEDICAL PRACTICE

Key words: dermatoglyphic, fingerprints, analysis.

The article deals with study possibilities of determination length of body being based on the analysis of born unchanged dermatoglyphic signs of 620 students of volunteers belonging to the Uzbek population and revealed the results of fingerprints in forensic medical practice.

Карабаев Х.Э., Шоазизов Н.Н.

ОТОГЕННЫЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ (ВОПРОСЫ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА, ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ)

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования - повышение качества диагностикии эффективностикомплексного лечения отогенныхвнутричерепныхосложнений.

Материалы и методы. За период с 2012 по 2015 гг. в клинике ТашПМИ были обследованы и пролечены 463 (8,1%) больных детей с диагнозом острый и хронический гнойным средним отитом, в возрасте от 6 до 18 лет. Мастоидит наблюдался у 109 пациентов, летальность составило одного случаи.

Результаты. Острая респираторная инфекция приводит к воспалению околоносовых пазух носа и среднего уха, с последующим развитием внутричерепных осложнений. Характерным для отогенных внутричерепных осложнений в детском возрасте является быстрое развитие клинической картины заболевания. Компьютерная томография, выполненная в коронарной и аксиальной проекциях, играет решающую роль в определении распространенности и характера поражения височной кости и структур полости черепа. Необходимо проведение КТ-исследований околоносовых пазух, височных костей и полости черепа в динамике у больных с отогенными внутричерепными осложнениями.

Благодаря значительным успехам в области клинической медицины (внедрение компьютерной томографии, ультразвукового исследования, широкое применение антибиотиков нового поколения, использование иммунотропных методов лечения, достижения в области реанимации и интенсивной терапии др.), за последнее время значительно снизилась частота отогенных внутричерепных осложнений (ОВО), улучшилась их диагностика и уменьшилась летальность.

Частота выявления различных форм ОВО у больных с воспалительными поражениями уха колеблется от 1 до 5 %.при этом отмечается тенденция к ее снижению благодаря улучшению методов ранней диагностики и рациональной терапии острого и хронического гнойного среднего отита [5]. Отогенные внутричерепные процессы наиболее часто возникают при хроническом гнойном среднем отите, реже - при остром. В развитии отогенных внутричерепных осложнений большое значение имеют патогенные и ферментативные свойства бактерий. У больных с данной патологией нередко обнаруживают условно-патогенные микроорганизмы и сапрофиты кишечника, слизистых оболочек верхних дыхательных путей и кожи [3,11,14]. Однако основную роль в возникновении отогенных внутричерепных осложнений играют стрептококк и стафилококк. Воспалительный процесс может развиться при остром гриппозном среднем отите. Интракраниальные процессы, формирующиеся на фоне острого гриппозного среднего отита, в некоторой степени относятся к компетенции невропатологов и инфекционистов [1,5].

Анатомо-топографические предпосылки к переходу воспалительного процесса из височной кости в полость черепа играют существенную роль в возникновении воспалительной интракраниальной патологии.

Наиболее часто инфекция из среднего уха распространяется в полость черепа контактным путем через верхние стенки барабанной полости и пещеры сосцевидного отростка, которые являются стенками черепных ямок. У новорожденных в кости крыши барабанной полости имеется щель, которая в более позднем возрасте закрывается.

Распространение воспаления из уха на мозговые оболочки, вещество мозга и в венозные пазухи происходит большей частью не через здоровую кость, а через пораженную кариесом [7,8]. Большое значение в распространении инфекции в заднюю и среднюю черепные ямки имеют так называемые угловые клетки, располагающиеся между средней черепной ямкой и сигмовидной бороздой. В связи с тем, что значительная часть ушного лабиринта и стенка костного канала лицевого нерва прилежат к барабанной полости, воспалительный процесс из нее может перейти на лабиринт и лицевой нерв. Из лабиринта инфекция проникает вдоль слухового нерва и сопровождающих его сосудов через внутренний слуховой проход в заднюю черепную ямку. Кроме того, возможно распространение гноя через водопровод преддверия, заканчивающийся эндолимфатическим мешком, при нагноении которого может образоваться экстрадуральный абсцесс. Наконец, инфекция может попасть в полость черепа через водопровод улитки, который оканчивается на нижней грани пирамиды непосредственно у ее заднежнего края и сообщается с субарахноидальным пространством. Распространение воспалительного процесса в полости черепа связано в определенной мере с анатомическим строением мозговых оболочек, их васкуляризацией и иннервацией [4,13].

Распространение инфекции из среднего и внутреннего уха в полость черепа происходит по следующим основным путям: 1) контактному (по продолжению); 2) сосудистому (гематогенному); 3) преформированному. Особенностями этих путей объясняются сочетанные внутричерепные осложнения, возникновение воспалительных очагов на противоположной от первичного воспаления стороне и т.д. [11,15].

Контактный путь обнаруживается преимущественно у больных с хроническим гнойным средним отитом. Этот путь наиболее частый; в большинстве случаев инфекция проникает в полость черепа через кариозно-измененные крышу среднего уха (антрума и барабанной полости), а также заднюю стенку, граничащую с сигмовидным синусом.

Гематогенный путь (диагностируется редко) мы можем регистрировать при возникновении интракраниальных осложнений у больных с острым средним отитом, при фурункулах в области наружного уха или при локализации абсцесса на контралатеральной стороне во время обострения (или острого) среднего отита. При сосудистом пути распространения гнойный очаг находится чаще всего на значительном расстоянии от первичного очага [2,12]. В ряде случаев происходит распространение инфекции по преформированным путям. К последним относятся костные канальцы кровеносных и лимфатических сосудов, периваскулярные пространства внутреннего слухового прохода, водопровод улитки и водопровод преддверия.

Цель работы - повышение качества диагностикии эффективностикомплексного лечения отогенныхвнутричерепныхосложнений.

Материалы и методы

За период с 2012 по 2015 гг. в клинике ТашПМИ были обследованы и пролечены 463(8,1%) больных детей с диагнозом острый и хронический гнойным средним отитом, в возрасте от 6 до 18 лет. Мастоидит наблюдался у 109пациентов, летальность составило од-

ного случаи. В связи с развитием компьютерной томографии и внедрением их в практику (томография височных костей, магниторезонансная томография головного мозга) количество отогенных внутричерепных осложнений за последние годы значительно уменьшилось. Среди отогенных внутричерепных осложнений: синустромбозы – 38,4%, менингоэнцефалиты – 35,4%, абсцессы мозга – 13,20%, субдуральный абсцесс - 8,70% и абсцесс мозжечка – 4,3%.

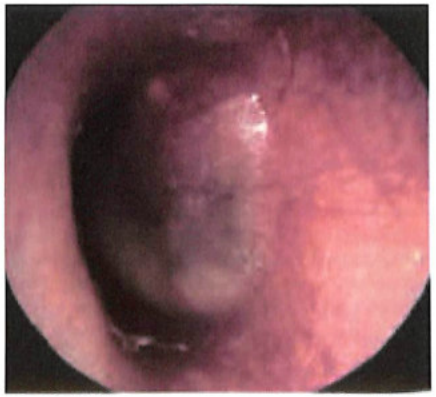
Всем больным было проведено клиническое исследование, они проконсультированы невропатологами, нейрохирургами и инфекционистами, а также педиатром и другими специалистами. Кроме лабораторных исследований проводились рентгенограмма придаточных пазух носа и височных костей по Шумскому, компьютерная томография височных костей магниторезонансная томография головного мозга, аудиограмма и тимпанограмма.

Результаты и обсуждение

Представленная работаоснована на результатах анализа обследованных и пролеченных 463 пациентов с воспалением среднего уха за период с 2012 по 2015 гг. в клинике ТашПМИ. Из них острый средний отит составило 206, хронический средний отит -148 пациентов. С мастоидитом пролечены 109 больных, из которых у 2 наблюдался атипичный мастоидит. При атипичной форме мастоидита имели бурное развитие клинических проявлений, повышения температуры тела, яркие симптомы интоксикации, но скудная клиника мастоидита. Пальпация сосцевидного отростка безболезненна, втянутость и стертость отоскопической картины.

Приведем иллюстрацию.БольнаяА. 4 года, обратилась в приёмное отделение 8 октября 2015 года. Со слов матери ребенок жалуется на боль в левом ухе, головные боли, нарушения носового дыхания, тошноту, рвоту, повышение температуры тела и потерю сознание. Из анамнеза больна в течение месяца. Последние 15 дней периодически поднималась температура тела до 38-39°С. Обратилась к врачу по месту жительства, получив амбулаторное лечение состояние не улучшилось и обратилась в нашу клинику. Состояние больной тяжелое, сознание сопорозное, на вопросы не отвечает. Со стороны легких, сердца, внутренних органов патологии не выявлено. Неврологический статус: состояние ребенка тяжелое, сознания сопорозное, реакция на окружающие снижена. Лицо симметричное, зрачки равновеликие, несколько расширены, реакция зрачков на свет сопряжена, светобоязнь, активные движения ограничены в правых конечностях, мышечный тонус снижен S>D, сухожильная реакция BR - оживлены, PR - заторможены. AR- повышен D. Вызываются патологический рефлекс Бабинского справа. Брюшинные рефлексы не вызываются. Чувствительная сфера - на тактильные раздражения правую ногу не отдергивает. Менингеальные симптомы: Данцин-Кулакова, Брудзинского, Кернинга, ригидность затылочных мышц положительные, общая гиперестезия, светобоязнь. Заключения офтальмолога: ангиопатия сетчатки глаза.

При риноскопии: нарушение носого дыхания, слизистая гиперемирована, в носовых ходах определяется слизистое выделение, перегородка носа слегка искрывлена вправо. Пальпация в области обеих сосцевидных отростков безболезненна, кожа обычной окраски, AS/AD –ушная раковина биз патологических изменений, наружный слуховой проход широкий и чистый, без выделения. Барабанная перепонка справа без патологии, но слева втянута и слегка покраснена.



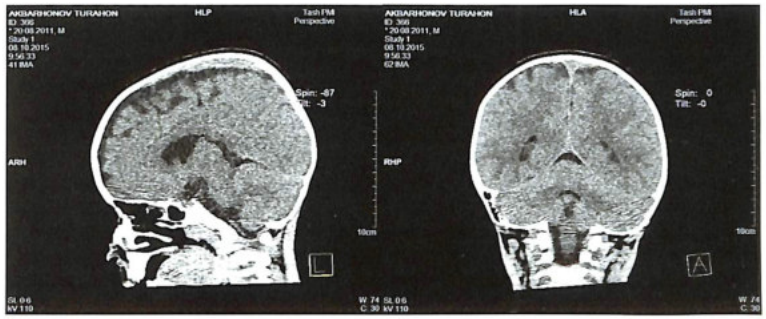
Изменения со состороны анализа крови подверждали наличие воспалительного процесса в организме: Hb-94 г/л; эр-3,10; лей-ты – 14,4 х 10^9/л; СОЭ –25 мм/сек. Биохимический анализ крови: АлТ - 0,40 ммоль/л, HbAg – отр. Об.белок - 56г/л, мочевина - 4,2 ммоль/л, креатинин-56 ммоль/л, кальций - 1,9 ммоль/л, глюкоза - 5,6 ммоль/л, об.билурубин - 13,2 ммоль/л, прямой билирубин - 2,2; непрямой - 11,0ммоль/л.

Одним из наиболее значимых и объективных признаков отогенных внутричерепных осложнений является спинномозговая пункция и состав полученной жидкости: давление составило 245 мм вод.ст., цвет серо - желтоватый, плеоцитоз доходило до 16 тыс. клеток в 1 мкл, причём характер его нейтрофильный, содержание белка свыше 0,66 г/л, концентрация глюкозы снижена - 1,6 ммоль/л (норма 2,5-4,2), хлориды 107 ммоль/л (118-132 ммоль/л). Бактериологическое исследование выделило культуру: Stafilac.peagenus и наиболымую чувствительность на меркацин (13.10.15г.), в крови была обнаружена Stafilac. Aureus с чувствительностью к ампициду и цефуроксиму, которые были использованы при медикаментозном лечении. Проведено ИФА исследование крови: повышение титра антител на цитомегалавирус и токсоплазмоз (12.10.15г.).

Аудиограмма показывает левостороннее снижение слуха по кондуктивному типу.

Для выяснения причин тяжести состояния ребенка было проведено МСКТ исследование височных костей и околоносовых пазух носа.

Вывод: Данных за образования головного мозга не выявлено. Сообщающаясядилятацияликворных путей. Гиперплазия слизистой в гайморовых пазухах, в основной пазухе справа. Средний отит слева.



Под общим обезболиванием больной была проведена пункция верхней челюстной пазухи справа, левостороннийпарацентез барабанной перепонки с эвакуацией экссудата. Лечение проведено в реанимационном отделении, антибиотико терапия (после определенись чувствительности), инфузионная терапия, симптоматическое лечение, противовирусные препараты. После соответствующей терапии на пятые сутки больная пришла в сознание, жалобы прекратились, нормализовалась температура тела, выделения из уха прекратились. Через неделю в удовлетворительном состоянии и с диагнозом «*Острая респираторная инфекция, левосторонний катаральный гайморит, левосторонний острый гнойный не перфоративный средний отит, с осложнением - вторичный менингоэнцефалит*» была выписана из больницы для дальнейшего лечения у невропатолога.

Выводы

1. Острая респираторная инфекция приводит к воспалению околоносовых пазух носа и среднего уха, с последующим развитием внутричерепных осложнений.

2. Характерным для отогенныхвнутричерепных осложнений в детском возрасте является быстрое развитие клинической картины заболевания.

3. Компьютерная томография, выполненная в коронарной и аксиальной проекциях, играет решающую роль в определении распространенности и характера поражения височной кости и структур полости черепа. Необходимо проведение КТ-исследований околоносовых пазух, височных костей и полости черепа в динамике у больных с отогенными внутричерепными осложнениями.

Литература

1. Анализ некоторых причин рецидива хронического гнойного среднего отита в послеоперационномпериоде /Ф. В. Семенов [и др.]. Вестник оториноларингологии. 2005; 3: 48–49.
2. Белобородов Н.В.Иммунология послеоперационного сепсиса. Анестезиология и реаниматология. 2000; 1: 7-11.
3. Бобров В. М. Разнообразие находок на ухе после ранее проведенной радикальной операции: хирургическаятактика. Российская оториноларингология. 2006; 6 (25): 38–42.
4. Болезнь оперированного уха: клиническая характеристика и патоморфологическое обоснование / Ю. К. Янов[и др.]. Российская оториноларингология. 2005; 4 (17): 149–154.
5. Гван Г.В., Сергеева А.П., Еременко В.Г. Алгоритм интенсивной терапии отогенных интракраниальных осложнений у детей. Новости оториноларингологии и логопатологии. 2000; 1: 33-35.
6. Гельфанд Е.Б., Гологорский В.А., Гельфанд Б.Р. Абдоминальный сепсис: интегральная оценка тяжести состояния больных и полиорганной дисфункции. Анестезиология и реаниматология. 2000; 3: 29-33.
7. Гуров А. В., Гусева А. Л. Особенности микробной контаминации трепанационной полости после санирующихопераций на среднем ухе. Российская оториноларингология. 2010; 5: 71–72.
8. Еремеева К. В., Кулакова Л. А., Лопатин А. С. Особенности санирующихреопераций на среднем ухе. Российская оториноларингология. 2009; 4:–47.
9. К вопросу о «Болезни оперированного уха» /В.П.Ситников [и др.]. Мат. VII съезда оториноларингология Украины, Киев. 1995: 293.
10. Мастоидопластика биокомпозиционными материалами при операциях у больных хроническим среднимотитом / М. П. Николаев [и др.]. Современные вопросы клинической отиатрии: тез.докл. М., 2002: 103–105.
11. Мишенькин Н. В. Остеопластическая реконструкция при тимпанопластике. Вестник оториноларингологии. 1975; 4: 33–37.
12. Мишенькин Н. В., Ситников В. П. Новый вид трансплантации слуховых косточек у больных хроническимгнойным отитом: метод.рекомендации. Омск, 1975.
13. Николаев М. П., Пурясев А. С. Биокомпозиционные материалы для мастоидопластики послеоперационной полости при хроническом деструктивном среднем отите. Российская оториноларингология. 2006; 2 (21): 63–65.
14. 15.Толстов Ю. П., Аникин И. А. О клиническом значении состояния трепанационной полости у больных, перенесших радикальную операцию на среднем ухе. Вестник оториноларингологии. 1999; 1:44–46.
15. 18. EPзOS Primary Care Guidelines: European Position Paper on the Primary Care Diagnosis and Management of Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2007 – a summary. Prim Care Resp J. 2008; 17(2): 79–89.
16. Infektionsrhinosinusitis in adults: classifications, ethiology, and management / V. Lund [et al.] // J. Ear, Nose and Throat. 1997; 76: 22.
17. Kennedy D. W. Pathogenic factors in chronic rhinosinusitis. Amer. J. of Rhinology special issue September. 2000; 2: 110.

Карабаев Х.Э., Шоазизов Н.Н.

ОТОГЕНИАЛ ИНТРАКРАНИАЛ АСОРАТЛАР (ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, ЖАРРОХЛИК ВА КОНСЕРВАТИВ ДАВО МАСАЛАЛАРИ)

Калит сўзлар: отоженик интракраниял компликацонлар, курс, даволаш

Макола Тошкент педиатрия тиббиёт институти клиникасида 2012-2015 йиллар мобайнида ўрганилган ва даволанган 5694 (4 дан 18 ёш) беморларни таҳлил қилиш натижаларига асосланган. Уларнинг 463 таси (8,1%) ўрта қулокнинг яллигланиши учун даволанган. 109 та бемор мастоидит билан даволанган, улар орасида отозоген интракраниял асоратлар: синус тромбози - 38,4%, менингоансифалит - 35,4%, мия абсеси - 13,20%, субдурал хўппоз - 8,70%, серебеллар хўппози - 4,3%. Коронар ва ексенал проектсияларда ўтказилган вақтинчалик суякларнинг компютер томографияси суякнинг зарарланишининг тарқалишини ва табиатини ва краниял бўшлиқнинг тузилишини аниқлашда ҳал қилувчи рўл ўйнайди.

Karabaev Kh.E., Shoazizov N.N.

OTOGENIC INTRACRANIAL COMPLICATIONS (ETHYPHATOGENESIS, SURGICAL AND CONSERVATIVE TREATMENT)

Key words: otogenic intracranial complications during treatment.

This work is based on an analysis of the survey and 5694 treated patients (4 to 18 years) with an average otit for the period from 2012 to 2015 years in theclinic Tashkent Pediatric Medical Institute. Of these, 463 (8.1%) patients treated for otitis media. With mastoiditis treated - 109 patients, including intracranial complications was otgennyh: sinustrombozy - 38.4%, meningoencephalitis - 35.4%, brain abscesses - 13.20%, subdural abscess - 8.70%, and abscess of the cerebellum - 4.3 %.Computed tomography of the temporal bones made in the coronary and axial projections, plays a crucial role in determining the extent and nature of the lesion and bone structures of the skull cavity.

Карабаев Х.Э., Шоазизов Н.Н.

РИНОСИНУСОГЕННЫЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: ВОПРОСЫ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА, ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

По данным М.Р.Богомильского (2003) заболевания носа и околоносовых пазух воспалительного характера составляют в структуре ЛОР-патологии около 17-25%, а по данным С.А.Хасанова (2004) более чем 70% страдают хроническими синуситами,которые занимают первое место в структуре ЛОР-заболеваний. Заболеваемость хроническимриносинуситом за последние 8 лет увеличилась в 2 раза (Пискунов С.З., Пискунов Г.З., 2003) и отмечается тенденция к увеличению их частоты.

До сих пор в патогенезе хронического риносинусита дискуссионным остается вопрос о характере и роли различных микроорганизмов. Известно, что микрофлора полости носа и околоносовых пазух является важным фактором в этиологии и патогенезе этого заболевания (Елагина И.Е., Богомильский М.П. 2004; Морозова С.В., 2003; Хасанов С.А., 2005; AadinK., 2003; Jacquir A., 2003). Если одни исследователи отводят ведущую роль в патогенезе синусита стафилококковой и стрептококковой инфекции, то другие отмечают высокий процент обнаружения неклостридиальнойанаэробной флоры (ЗибироваН.В.,2001;BoltR.J., 1995). В то же время роль грибкового поражения околоносовых пазух не теряется из виду (Дайхес И.А.,1983; BaydalaZ.F. etal., 1988). В последнее время многие придают большое значение роли аллергии в этиологии и патогенезе риносинуситов.

В настоящее время признается существенная роль измененной иммунологической реактивности организма больного в патогенезе различных форм синуситов. Нарушения в иммунной системе приводят к снижению защитных сил организма, что, в свою очередь, повышает вероятность возникновения различных заболеваний, в том числе и риносинуситов, способствует развитию осложнений как: заболевания среднего уха, парафаренгиальных и заглоточных абсцессов,внутриглазничные и внутричерепные осложнения [2,4,5,11,17].

Что провоцирует риносинусогенныхвнутричерепных осложнения? Пути распространения инфекции в значительной мере предопределяются тесной топографической близостью полости носа, околоносовых пазух и черепно-мозговых пространств, общностью кровеносной и лимфатической систем, тесными перинервальными связями с головным мозгом, тонкостью костных стенок, формирующих основание передней черепной ямки, с многочисленными отверстиями для кровеноc-

ных сосудов и нервов [7,8,12,17,31].

Инфекция проникает в полость черепа чаще всего контактным путем вследствие деструкции костных стенок, через фистулы, при переломах основания черепа, после операций в носовой полости - через решетчатую пластинку. Реже наблюдаются гематогенный, лимфогенный, периневральный (по лимфатическим щелям по ходу обонятельного нерва) и периваскулярный путь распространения инфекции. Гематогенному распространению инфекции способствуют стаз и застойные явления, обусловленные воспалительным процессом в полости носа и околоносовых пазухах, возможна комбинация различных путей распространения инфекции.Возникновение внутричерепных осложнений в детском возрасте связывают с повышенной проницаемостью сосудов и оболочек мозга, а также с несовершенством барьерных функций. Менингит и абсцесс мозга чаше наблюдаются при воспалении лобных и решетчатых пазух, флебит кавернозного синуса - при сфеноидите и воспалении задних клеток решетчатого лабиринта.Внутричерепные риногенные осложнения у детей раннего возраста чаше бывают следствием острого синусита на фоне респираторно-вирусных заболеваний, у детей старшего возраста - хронического синусита в стадии обострения. При воспалении решетчатых и верхнечелюстных пазух внутричерепные осложнения возникают обычно на фоне орбитального поражения, а при очагах инфекции в лобной или клиновидной пазухе могут развиваться сразу.

Риносинусогенныевнутричерепные осложнения будут всегда привлекать внимание клиницистовиз-за тяжести патологии, трудности диагностикии не всегда успешного лечения (Волошина, И.А. 2008; ДерюгинаО.В. 2002). Особенности строения полостиноса и околоносовых пазух, их анатомо-топографическая связь со структурами полостичерепапредрасполагают к развитию внутричерепных осложнений (Пискунов В.С. 2002).

Несмотря на внедрение в практику новых методов диагностики и лечения воспалительных заболеваний околоносовых пазух, частота развитиявнутричерепныхосложнений остается относительно высокой и составляет, по данным литературы, от 0,1 до 0,43% от общего количества больных с патологией ЛОР-органов и от 4 до 8% от общего количества больных ссинуситами (Волошина И.А.2009; Бокштейн Ф.С.1956).

Цель исследования: повышение качества диагностикии эффективностикомплексного лечения внутричерепныхриносинусогенных осложнений.

Материалы и методы

За период с 2012 по 2015гг. в клинике ТашПМИ были обследованы и пролечены 1199(21%)больных детей с диагнозом острый и хронический синусит и фурункул носа в возрасте от 6 до 18 лет, летальность составило одного случаи. В связи с развитием компьютерной томографии и внедрением их в практику (томография околоносовых пазух носа,-магниторезонансная томография головного мозга) количество риносинусогенныхвнутричерепных осложнений за последние годы значительно уменьшилось. Среди риногенныхосложнений (95 пациентов): глазничные осложнения – 91,5%, синустромбозы – 2,1%, менингоэнцефалиты – 4,2%, абсцессы мозга – 2,1%.Кроме лабораторных исследований проводились рентгенограмма придаточных пазух носа, компьютерная томография околоносовых пазух носа и магниторезонансная томография головного мозга.

Результаты и обсуждение

Риногенныеосложнения составили: глазничное осложнение – 87(7,25%), тромбоз кавернозного синуса – 2(0,16%), менингоэнцефалиты – 6(0,5%), абсцессы мозга –3(0,25%).

Приводим пример клинического наблюдения пациента А. 11 лет. Поступил в приёмное отделение с жалобами: на заложенность носа и нарушение носового дыхания, выделения из носа, боль области лба, темени и затылочной области головы, повышение температуры тела до 41^{0}С, головная боль сприступом судороги, рвоту,отсутствие речи, общую слабость и кашель.

Из анамнеза болен с 28.09.15 года, заболевание связывает с легкими простудными явлениями, покашливанием, после чего появилось повышения температуры тела до высоких цифр, боль области лба и вокруг глаз. После чего неоднократно обращалась врачу по месту жительства, получил амбулаторное лечение, но состояние усугублялось с 4.10.15 – 5.10.15 года, присоединилась рвота - несколько раз. Утром рвота повторялась, пропала речь, повысилась температура тела и обратился в клинику ТашПМИ.

Объективно - состояние больного тяжелое. Сознание заторможено, к контакту недоступен, на вопросы не отвечает, афазия. На обращённую к нему речь не реагирует, кожные покровы суховаты, на ощупь элементов сыпи нет. Тургор сохранен. Периферические лимфо узлы с размером «фасоль», не спаяны с окружающими тканями. Губы сухие, язык обложен беловатым налетом. Дыхание через рот, зев розовый. Над легкими жесткое дыхание. Тони сердца приглушены. Пульс среднего накопления, 89 удар в мин. Живот мягкий, на пальпацию не реагирует. Стула не было.

ЛОР статус:при пальпации области лба, проекции верхней челюстной пазухи и решетчатого лабиринта отмечается болезненность. Носовое дыхание нарушено за счет отёка слизистой оболочки. В носовых ходах определяется слизисто-гнойное отделяемое, перегородка носа искривлена направо. Ротовая полость и слизистая глотки обычной окраски, нёбные миндалины находя между дужками, лакуны чисты. По задней стенкеглотки определяется затеканиеслизисто-гнойного отделяемого. Отоскопия с двух сторон без особенностей.

Неврологический статус: реакция зрачки на свет вялая, зрачок сужены, наблюдается периодический горизонтальный нистагм. Сглаженность н/г складки с двух сторон. Двигательная сфера: пассивные, движения не ограниченные. Мышечная гипотония. Сухожильные рефлексы выдаётся верхний, средний, нижний, D=S выдаётся, Наблюдаются патологические рефлексы -Бабинского, Жуковского и Россолимо. Менингеальные симптомы Кернинга, Брудзенского верхний, средний, нижний положительное. Наблюдается ригидность мышц затылка, светобоязнь, поза Ляговой собаки «+». Заключение: Вторичныйминингоэнцефалитриногенной этиологии.

Диагностическое значение имеет исследование глазного дна-явления застоя дисков зрительных нервов (ангиопатия сосудов сетчатки с венозном застоем).

Лабораторные данные:обший анализ крови : Hb-110 г/л; эр-3,62;лей-16,8х 10^9/л; СОЭ –21 мм/сек., сегментоядерные-70%, палочкоядерные-1, эозинофилы-1%, лимфоциты-26% и моноциты-2%.

Биохимический анализ крови: АлТ -0,40ммоль/л, HbAg– отр. Об.белок-56г/л, мочевина-4,2 ммоль/л, креатинин-56ммоль/л, кальций-1,9ммоль/л, глюкоза-5,6 ммоль/л, об. билурубин-13,2 ммоль/л, прямой - 2,2; непрямой - 11,0ммоль/л.

Один из наиболее значимых и объективных признаков риносинусогенных внутричерепныхосложнений является спинномозговая пункция и состав полученной жидкости: давление составило265 мм вод.ст., цвет желтоватый, плеоцитоз доходило до 16 тыс. клеток в 1 мкл, причём характер его нейтрофильный, содержание белка свыше 0,66 г/л, концентрация глюкозы снижена до 1,6 ммоль/л (норма 2,5-4,2), хлориды107 ммоль/л (118-132 ммоль/л).

УЗИ печени: эхопризнаки реактивного состояния печени. Почки с обеих сторон без изменений.

МСКТ исследования придаточных пазух носа и головного мозга: МСКТ признаки пансинусита, больше слева. Менингоэнцефалит.



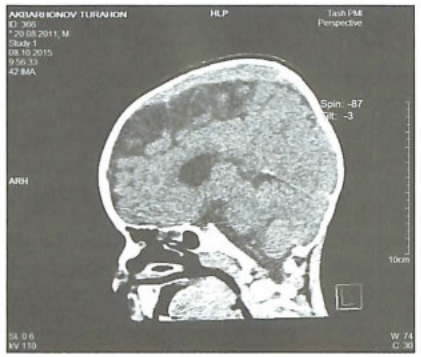
Больному был выставлен диагноз: *Острый гнойный пансинусит, осложненный менингоэнцефалитом.*

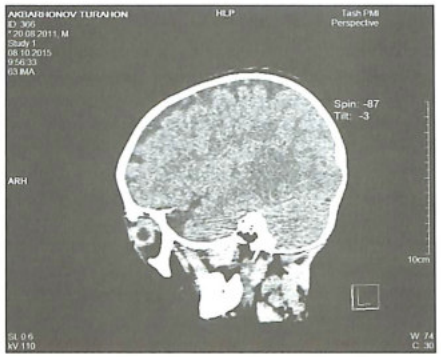
Как показывает МСКТ исследование у больного поражены все придаточные пазухи носа, соответственно было решено санация всех пораженных пазух носа, 05.10.2015 под общим обезболиванием была произведена левосторонняя гайморотомия, этмоидотомия и фронтотомия (с дренированием лобной пазухи), пункция верхней челюстной пазухи справа. Операционная находка: выделенное гнойное отделяемое сзловонным запахом, задняя стенка лобной пазухи слева - деструкция не определялась.

После операции больной находился в реанимационном отделении и получил массивное антибактериальное лечение (пооценке бактериологического анализа), инфузионную и симптоматическую терапию.

На пятой и десятой сутке после операции больному проведено контрольноеМСКТ обследованиепридаточных пазух носа и головного мозга.

Вывод: СПО. МСКТ - дополнительное образование в левой лобно-теменно-височно-затылочной области (эпидуральная эмпиема, абсцесс).





Больной находился в динамическом наблюдении у нейрохирурга диагнозом «Вторичный менингоэнцефалит, эмпиема левой лобной и теменной области, судорожный синдром». Был подготовлен и переведен в нейрохирургическое отделение к оперативному лечению на головном мозге.

Больной былблагополучно прооперирован и выписан в удовлетворительном состоянии.

Выводы

1. Причиной риносинусогенных внутричерепных осложнений является острый гнойный синусит. Острое ихроническое гнойное воспаление околоносовых пазух, приводящее к внутричерепным осложнениям в большинстве случаев носит разлитой характер, захватывающий три и болеепазухи.

2. Объемныевоспалительныевнутричерепные осложнения возникают при обязательном вовлечении ввоспалениелобной пазухи.

3. Характерным для риносинусогенных внутричерепных осложнений в детском возрасте является быстрое развитие клинической картины заболевания.

4. Компьютерная томография, выполненная в коронарной и аксиальной проекциях играет решающую роль в определении распространенности и характера поражения околоносовых пазух структур полости черепа. Необходимо проведение КТ-исследований околоносовых пазух и полости черепа в динамике у больных сриносинусогенным и внутричерепными осложнениями.

5. Придеструктивных поражениях костных стенок лобных и верхнечелюстных пазух, выявленных по данным КТ, необходимо выполнение экстраназальных и эндоназальных хирургических вмешательств на пораженных синусах.

Литература

1. Алгоритм интенсивной терапии отогенныхинтракраниальных осложнений у детей. Г.В. Гвак, А.П. Сергеева, Е.Г. Еременко, С.П. Шамрай. Новости оториноларингологии и логопатологии. 2002;1:33-35.

2. Антонив В.Ф., Рабкин И.Х., Машарипов Р.Р. Компьютерная томография при заболеваниях лобных пазух. Вестн. оториноларингол. 1990;3:7-11.
3.Бактерио-иммунологическая характеристика больных тромбозом пещеристого синуса И.А. Шульга, В.Н. Щетинин, М.В. Адамия и др. Рос. ринология. 1998;2:17.
4. Бобров, В.М. КашниковаО.П., Кузнецова И.Н. Риносинусогенные абсцессы мозга. Рос.ринология. 2003;1:56-57.
5. Борзов А.В.,Николаев М.П. Трудности диагностики и врачебной тактики при сочетании гнойных внутричерепных процессов с ЛОР-заболеваниями.Вестн. оториноларингологии. 2002;5:22-24.
6. Вирусные заболевания как предрасполагающий фактор развития вторичных ото- и риногенных бактериальных менингитов. В.Ф. Антонив, Н.А. Мальгинова, Е.В. Коваленко, Ю.А. Лебедева. Вестн. оториноларингологии. 2005;6:10-13.
7. Внутричерепные осложнения гнойных синуситов у детей. Е.П. Меркулова, Е.Н. Гусакова, Е.В. Гейно и др. Педиатрия. 2001; 6: 53-56.
8. Волошина И.А. Некоторые меры профилактики осложненного течения гнойно-воспалительной патологии ЛОР-органов, приводящей к летальному исходу. Рос.оториноларинол. 2008;1 (прил.):65-68.
9.Воронкин, В.Ф.,СергеевМ.М., Перехода Д.Л. Орбитальные и внутричерепные осложнения воспалительных заболеваний околоносовых пазух. Рос.ринология. 1998;2:37-38.
10. Гущин, А.Н. Клинические особенности риносинусогенного диффузного церебрального арахноидита с преимущественной локализацией в передней черепной ямке. Журн. невропатол и психиатрии им. Корсакова. 1995;2:23-26.
11. Дерюгина, О.В., КачковИ.А., Благовещенский С.В. О тактике лечения больных с гнойными ото- и риноген-ными внутричерепными осложнениями. Вестн. оториноларингологии. 2002;5:57-59.
12. Диагностика и лечение риносинусогенных орбитальных осложнений. И.С. Пискунов И.С., Ф.Н. Завьялов, В.С. Пискунов и др.; Курский государственный медицинский университет. Курск, 2004.
13. Долгов А.М. Критерии неблагоприятного течения менингоэнцефалитовриногенной природы. Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2000;8:49-50.
14. Заболевание носа и околоносовых пазух. Эндомикрохирургия. Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов, В.С. Козлов, А.С. Лопатин. М.: Коллекция совершенно секретно.- 2003.
15. Зинкин А.Н.,Сергеев М.М. Риносинусогеннаясубдуральная эмпиема у детей. Вестн. оториноларинол. 2005;5:28-32.
16. Зинкин А.Н.,Семенов Ф.В. Современный взгляд на проблему риносинусогенного сепсиса у детей. Рос.ринология. 2002;2:177-179.
17. Интенсивная терапия риногенных внутричерепных осложнений / В.И. Линьков, Л.Г. Гренкова, Э.Г. Беличева, А.Г. Долинин. Рос.ринология. 1998;2:36
18. Киселев А.С.,Лушникова Т.А. Патология глубоких околоносовых пазух в генезе зрительных нарушений. Новости оториноларингологии и логопатологии. 1995;3;(4):132.
19. Куранов, Н.И. Орбитальные и внутричерепные осложнения риносинуси-та. Вестн. оториноларингологии. 2001;4:46-47.
20. Лебедева М.А.,КапитановД.Н., Лопатин А.С. Риносинусогенные орбитальные и внутричерепные осложнения. CONSILIUM MEDICUM. 2005;7:812-815.
21. Лопатин, А.С. Минимально инвазивная эндоскопическая хирургия заболеваний полости носа, околоносовых пазух и носоглотки: автореф. дис. … докт. мед. наук М., 1998.
22. Лопатин, А.С. Современные методы эндоскопической хирургии не опухолевых заболеваний носа и околоносовых пазух. М., 1998:48.
23. Пальчун, В.Т. Врачебные ошибки в отриноларингологии. Вестн. оториноларингологии. 2008;1:2-5.
24. Пискунов, И.С. Компьютерная томография в диагностике заболеваний полости носа и околоносовых пазух. Курск, 2002:191.

42. Lance, A. McClayJ.Complication of Acute Sinusitis in children. Otolaringol. Head.Neck. Surg. 2004; 133: 32-37.
43. Sinusitis complicated by meningitis: current management / R.T. Younis, V.K. Anand, C. Childress et al. Laryngoscope. 2001; 111(8): 1338-1342.
46. Spectrum of complications and mortality of bacterial meningitis: an experience from a developing country / M.A. Rabbani, A.A. Khan, S.S. Ali et al. J. Pak. Med. Assoc. 2003; 53(12): 580-583.

Карабаев Х.Э., Шоазизов Н.Н.

РИНОСИНУСОГЕН ИНТРАКРАНИАЛ АСОРАТЛАР (ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, ХИРУРГИК ВА КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛАШ МАСАЛАЛАРИ)

Калит сўзлар: даволаниш вақтида интракраниал асоратлари, курс, даволаш

Мақола Тошкент педиатрия тиббиёт институти клиникасида КБТ бўлимида (2012 йилдан 2015 йилгача) жами 5694 бемордан (4 ёшдан 18 ёшгача) ўтказилган текшириш ва даволаш натижаларига асосланган. Улардан 1,199 нафари (ўткир ва сурункали рыно синусит - 1013, бурун фурункули - 186) параназал синус ва бурунниг яллиғланиши учун даволанди. Риногеи асоратлар компонентлари - 87 (7,25%), каверноз синус тромбози - 2 (0,16%), менингоэнцефалит - 6 (0,5%), мия абсцесси -3 (0,25%).

Karabaev X.E., Shoazizov N.N.

RHYNOSINUSOGENIC INTRACRANIAL COMPLICATIONS QUESTIONS ON ETIOPATHOGENESIS, SURGICAL AND CONSERVATIVE TREATMENT

Key words: rinosinusogennye intracranial complications during treatment.

The article deals with results of survey and analysis of general treated 5694 patients (from 4 to 18 years) in the clinic of Tashkent Pediatric Medical Institute ENT department (from 2012 to 2015.). Of these 1199 (acute and chronic purulent sinusitis were 1013, furuncle of the nose were 186 respectively) patients were treated inflammation of paranasal sinuses and nose. Among them were rhinogenous complications: orbital complication were 87 (7.25%), cavernous sinus thrombosis were 2 (0.16%), meningoencephalitis were 6 (0.5%), brain abscess were 3 (0.25%).

Кодиров М.А., Джалилов Д.А., Салиева А.А.

ЗНАЧЕНИЕ КИСЛОТНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ СТЕПЕНИ РАЗВИТИЯ ГИПОКСИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исслдеования. Изучить кислотную резистентность эритроцитов у доношенных новорожденных с тяжелым респираторным дистресс синдромом.

Материал и методы. Были обследованы 85 доношенных новорожденных, поступившие в отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии Андижанского областного детского многопрофильного медицинского центра с ноября 2016 по декабрь 2017 г., у которых в раннем неонатальном периоде развился тяжелый РДС.

Результаты. У новорожденных с тяжелым РДС повышается кислотная резистентность, что свидетельствует о нарушении функциональной активности эритроцитов и сопровождается интенсификацией эритропоэза. Нарушение функциональной активности эритроцитов является одним из звеньев патогенеза тяжелого РДС у новорожденных. Перспективным направлением по улучшению газообмена у новорожденных детей с тяжелым РДС является поиск, разработка и внедрение лекарственных средств, улучшающих энергетический метаболизм в эритроцитах и стабилизирующие их мембраны.

ПЕДИАТРИЯ 2/2019

Материалы Первой Центрально-Азиатской студенческой научно-практической конференции «Актуальные проблемы детской хирургии»

Респираторный дистресс-синдром новорожденных (РДСН) заболевание, проявляющееся развитием дыхательной недостаточности непосредственно или в течение нескольких часов после родов, нарастающее по тяжести до постепенного выздоровления выживших, как правило, между 2 и 4 днями жизни. Несмотря на достижения перинатологии в последние годы, существует целый ряд нерешенных проблем в тактике терапии новорожденных с респираторным дистресс-синдромом. Об этом свидетельствует тот факт, что одной из наиболее частых причин смерти в настоящее время является именно эта патология и ее последствия, составляя в структуре неонатальных смертей до 25 % [1-4]. Поиск альтернативных путей улучшения газообмена у новорожденных с РДС – одно из разрабатываемых в настоящее время направлений по оптимизации ведения новорожденных с данной формой патологии [5, 6]. Кислотная резистентность эритроцитов (КРЭ) отражает их функциональную активность. В физиологических условиях соотношение эритроцитов, различных по стойкости, строго стабильно и свидетельствует о динамическом равновесии в системе крови, обеспечивающем соответствие между деятельностью кроветворной и кроверазрушающей систем [8].

Цель работы - изучить кислотную резистентность эритроцитов у доношенных новорожденных с тяжелым респираторным дистресс синдромом.

Материал и методы

Были обследованы 85 доношенных новорожденных, поступившие в отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии Андижанского областного детского многопрофильного медицинского центра с ноября 2016 по декабрь 2017 г., у которых в раннем неонатальном периоде развился тяжелый РДС. Основную группу составили доношенные новорожденные (n=41) с тяжелым РДС, декомпенсированной дыхательной недостаточностью, потребовавший искусственную вентиляцию легких через интубационную трубку, признаками пневмопатии на рентгенограмме. В данной группе детей соотношение PaO_2/FiO_2 составило ≤200 мм рт.ст., а легочной комплайнс<0,9 мл/кг/мм рт. ст. Искусственную вентиляцию легких проводили с помощью респиратора «Babylog 8000 plus 5.n» (DragerGmb, Германия) с вентиляцией по объему и скоростью потока от 3 л/мин, а также применен прерывистый спонтанный поток (ISF). Контрольную группу составили 44 доношенных новорожденных, родившихся в Андижанском филиале Республиканского перинатального центра. Критерием включения в группу сравнения было отсутствие респираторных нарушений в раннем нернатальном периоде. Критериями исключения в обеих группах были патологические состояния раннего неонатального периода. Изучение КРЭ у новорожденных с РДСпроводилось в острую стадию заболевания (1-5 сут. жизни). У новорожденных без респираторных нарушений исследование проводилось в аналогичные сроки (2-5 сут. жизни). Группы новорожденных были сопоставимы по возрасту на момент исследования (p=0,3). Для анализа использовали 20 мкл капиллярной крови из объемов крови, взятых для рутинных исследований.

Кислотную резистентность эритроцитов определяли методом Терскова-Гительзона [8]. Принцип метода: кровь из пальца пациента смешивают с 0,85% NaCl, до получения при красном фильтре экстинкции 0,700 на фотоэлектрическом фотометре, используя специальную кювету, снабженной приспособлением для поддержания постоянной температуры. Для компенсации в правый пучок света ставят пустую кювету аппарата. После этого из кюветы выливают в отдельную пробирку всю взвесь: затем в кювету вновь вливают точно 2 мл этой взвеси, которая в определенный момент смешивается с 2 мл 0,004 n раствора HCl в 0,85% NaCl. Точно через 30 секунд делают первое определение экстинкции $E_{0'30''}$. Затем каждые 30 сек. делают новое определение экстинкции ($E_{1'00''}$,$E_{1'30''}$,$E_{2'00''}$ и т.д.), пока величина экстинкции не перестанет уменьшаться (E_n). Поддерживается температура кюветы при 24°С. Т.к. красный фильтр нечувствителен к цвету гемоглобина, экстинкция зависит только от концентрации взвешенных в растворе эритроцитов. Постепенное уменьшение экстинкции, наблюдаемое через 30-секундные интервалы, вызывается постепенным разрушением эритроцитов, причем сначала разрушаются те формы, резистентность которых к соляной кислоте слабее. Вычисляют процент уменьшения экстинкции за каждые 30 сек, принимая разность E_n - $E_{0'30''}$ за 100%. Полученные ре-

зультаты наносят графически и получают эритрограмму. Данные могут быть представлены в виде численных значений: общее время гемолиза – время в минутах, от начала отсчета до завершения гемолиза. Стадия с максимальной скоростью гемолиза показывает, на какой минуте распалось максимальное количество эритроцитов. Уровень максимального гемолиза – количество эритроцитов (в %), распавшееся на стадии с максимальной скоростью гемолиза. Количество высокостойких эритроцитов (в %), распавшихся после 10-й минуте от начала гемолиза. Статистическая обработка материала проведена с использованием программы SPSS. Количественные признаки, представленные в виде медианы (25-75 процентиля), сравнивали с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни. Для сравнения качественных бинарных признаков использован двусторонний метод Стьюдента-Фишера. В качестве порогового уровня статистической значимости принято значение 0,05.

Результаты и обсуждение

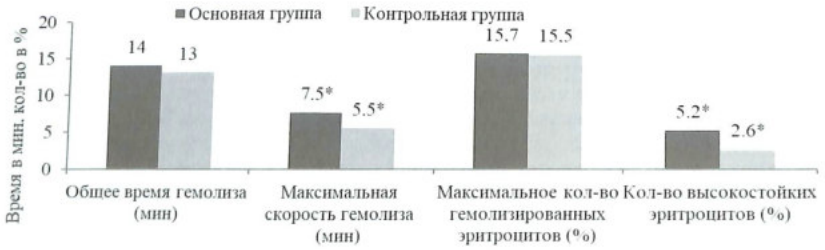
Данные о поле, гестационном возрасте, оценке по шкале Апгар, массе тела при рождении среди новорожденных представлены в таблице.

Общая характеристика обследованных новорожденных

Показатель	Основная группа	Контрольная группа	P
Мальчики/девочки	25/16	25/19	0,8
Гестационный возраст, нед	39 (38-40)	39 (38-40)	1,0
Оценка по Апгар на 1-й мин	4 (2-6)	7 (7-8)	<0,001
Оценка по Апгар на 5-й мин	6 (4-7)	8 (8-8)	<0,001
Масса тела при рождении, г	3250	3345	0,2

Как видно из таблицы группы были сопоставимы по указанным параметрам. Статистически значимые различия выявлены при сравнении оценки по шкале Апгар на 1-й и 5-й мин (p<0,001).

Данные о кислотной резистентности эритроцитов новорожденных представлены в рис. Как видно из данных рис., кислотная стойкость основной массы эритроцитов у новорожденных с тяжелым респираторным дисресс-синдромом повышена, что может свидетельствовать о нарушении у них физико-химических свойств мембран эритроцитов, формировании жестких, ригидных мембран, более устойчивых к действию кислотного гемолитика. Более высокая устойчивость мембран эритроцитов к повреждающим воздействиям в условиях дыхательной недостаточности показана А.А.Ненашевым, И.М.Тищенко: с нарастанием степени тяжести дыхательной недостаточности у пациентов отмечалось увеличение механической резистентности эритроцитов [9].



Кислотная резистентность эритроцитов в сравниваемых группах. *-p<0,001

Повышение ригидности цитолеммы эритроцитов приводит к снижению внутритканевого давления кислорода, так как деформируемость ригидных эритроцитов понижена, узкую часть капилляров эритроциты с пониженной деформируемостью минуют через шунтирующие анастамозы, перенос кислорода в этом случае осуществляется путем простой диффузии, чего недостаточно для адекватного снабжения кислородом органов и ткней. Снижение кислородной емкости крови связано с увеличением степени механического гемолиза жестких эритроцитов в кровеносных сосудах, в порах венозных синусов селезенки [10]. Количествовысокостойких эритроцитов у доношенных новорожденных с тяжелым РДС значимо выше (5,2%), чем у доношенных новорожденных без дыхательных расстройств (2,6%, p=0,02). Самой высокой кислотной стойкостью обладают незрелые эритроциты [8]. Увеличение количества высокостойких эритроцитов у новорожденных с РДС свидетельствует об активации эритропоэза в ответ на тканевую гипоксию.

Таким образом, определение кислотной устойчивости эритроцитов позволяет разделить последние по стойкости к слабому раствору соляной кислоты. При этом кислотная устойчивость эритроцитов новорожденных с тяжелым РДС отличается от таковой у новорожденных без респираторных нарушений.

Нужно отметить, что нарушение реологических свойств крови является одним из патогенетических факторов, способствующих развитию РДС. Активация лейкоцитов и продукция ими провоспалительных медиаторов приводит как к локальному, так и к системному повреждению клеточных мембран, в том числе эритроцитов. Эритроциты с поврежденной мембраной становятся источником свободных радикалов [12-14]. Избыток последних способствует повреждению альвеолярно-капиллярной мембраны в легких, инактивацию сурфактанта и ингибированию его синтеза [11]. Функциональная активные эритроциты способны инактивировать свободные радикалы, так как обладают мощной антиоксидантной системой [13]. Повышение кислотной стойкости основной массы эритроцитов у новорожденных с РДС свидетельствует о нарушении функциональной активности эритроцитов, снижении их способности связывать свободные радикалы. Результаты нашего исследования позволяют сделать вывод о том, что нарушение функциональной активности эритроцитов может быть одним из звеньев патогенеза тяжелого РДС у новорожденных.

Выводы

1. У новорожденных с тяжелым РДС повышается кислотная резистентность, что свидетельствует о нарушении функциональной активности эритроцитов и сопровождается интенсификацией эритропоэза.
2. Нарушение функциональной активности эритроцитов является одним из звеньев патогенеза тяжелого РДС у новорожденных.
3. Перспективным направлением по улучшению газообмена у новорожденных детей с тяжелым РДС является поиск, разработка и внедрение лекарственных средств, улучшающих энергетический метаболизм в эритроцитах и стабилизирующие их мембраны.

Литература

1. Овсянников Д.Ю. Европейский консенсус по терапии респираторного дистресс-синдрома новорожденных. Пересмотр 2013 г. Что нового? Фарматека. 2014;3:59-65
2. Лебедева О.В., Чикина Т.А.Прогнозирование течения респираторного дистресс-синдрома у глубоко недоношенных новорожденных. Доктор.ру. 2014;3 (91):7-11.
3. Фатыхова А.И., Викторов В.В., Абдуллина Г.М., Гильмияров Р.Н и др. Тактика ведения новорожденных с тяжелым повреждением легких в ОРИТН. Современная медицина: актуальные вопросы. 2013;26:78-84
4. Sweet D.G., Carnielli V., Greisen G., Hallman M., et al. European Association of Perinatal Medicine: European consensus guidelines on the management of neonatal respiratory distress syndrome in preterm infants -2013. Neonatology. 2013;103:353-368.
5. Миткинов О.Э., Голуб И.Е. Респираторная терапия при РДС у недоношенных новорожденных. Вестник Бурятского государственного университета. 2012;12:60-61.
6. Chess P.R., D'Angio C.T., Pryhuber G.S et al. Pathogenesis of bronchopulmonary dysplasia // Semin Perinatol. 2006;30(4):171-178.
7. Савлуков А.И., Самсонов В.М., Камилов Р.Ф., Шакирова Э.Д. и др.Состояние устойчивости

эритроцитов как звено адаптации организма. Медицинский вестник Башкортостана. 2011;6(4):13-17.
8. Тодоров Й. Клинические лабораторные исследования в педиатрии /Перевод под ред. Газенко Г.Г., изд-е шестое, изд-во «Медицина и физкультура».- София.-1968 г.- С.377-382
9. Алачева Л.В., Сашенков С.Л., Волосников Д.К. Оценка функционального состояния эритроцитов и интегральных коэффициентов периферической крови у детей с патологией органов дыхания.Медицинская наука и образование Урала. 2009;10(3):80-84.
10. Алачева Л.В., Сашенков С.Л., Волосников Д.К., Мельников И.Ю. Оценка морфофункциональных особенностей периферического отдела эритрона у детей с патологией органов дыхания. Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Образование, здравоохранения, физическая культура. 2010;19 (195):38-42.
11. Шабалов Н.П. Неонатология: учебное пособие: в 2 т.-М.:МЕДПресс-информ, 2004.
12. Bracci R., Perrone S., Buonocore G. Oxidant injury in neonatal erithrocytes during the perinatal period.Acta Paediatr.Suppl. 2008; 91(38):130-134.
13. Bracci R., Perrone S., Buonocore G. Red blood cell involvement in fetal/neonatal hypoxia //Biol. Neonate. 2011; 79 (3-4): 2010-2012.

Кодиров М.А., Джалилов Д.А., Салиева А.А.

РЕСТИРАТОР ДИСТРЕСС-СИНДРОМЛИ ЧАҚАЛОҚЛАРДА ГИПОКСИЯ РИВОЖЛАНИШ ДАРАЖАСИ КЎРСАТКИЧИ СИФАТИДА ЭРИТРАЦИТЛАРНИНГКИСЛОТАГА РЕЗИСМЕНТЛИГИНИНГ АҲАМИЯТИ

Калит сўзлар: респиратор дистресс-синдром, кислотали резистентлик, эритроцитлар, чақалоқлар

Мазкур тадқиқот мақсади оғир респиратор дистресс-синдром аниқланган чақалокларда гипоксия ривожланишининг муҳим омили саналувчи, эритроцитларнинг функционал фаоллигининг бузилишини белгиловчи маркер сифатида эритроцитларнинг кислотага резистентлигини (ЭКР) ўрганиш ҳисобланди. Тадқиқот натижалари асосий гуруҳда ЭКР нинг ортганлигини кўрсатди, бу эса эритроцитлар функционал фаоллигининг бузилиши ва эритропоэзнинг зўриқишидан далоалат беради.

Kodirov M.A., Djalilov D.A., Salieva A.A.

SIGNIFICANCE OF ACID RESISTANCE FOR ERYTHROCYTES AS AN INDEX LEVEL OF HYPOXIA DEVELOPMENT IN THE NEWBORNS WITH RESPIRATORY DISTRESS-SYNDROME

Key words: respiratory distress syndrome, acid resistance, erythrocytes, newborns

The article deals study is to study the acid resistance of erythrocytes (CEA) in newborns with severe respiratory distress syndrome as a marker of impaired functional activity of erythrocytes, an important factor in the development of hypoxia. The results of the study showed that in the main group (n = 41), KRE was increased, which indicates a violation of the functional activity of erythrocytes and erythropoiesis strain.

Кодиров М.А.., Тошбоев Ш.О., Солиев О.З.

ВЛИЯНИЕ ГИПОТЕРМИИ И УРОВНЯ ГЛИКЕМИИ НА КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЁННЫХ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить влияние непреднамеренной гипотермии и уровня глюкозы в крови на результат лечения у оперированных новорожденных.

Материал и методы. Набор материала для исследования проводили в 2014-2018 годах в сплошной выборке 64 оперированных новорождённых детей в возрасте от 0 до 3 суток внеутробной жизни. При гендерном распределении соотношение мальчиков и девочек составило 37 (58%) на 27 (42%), т.е. существенного различия между группами нет.

Результаты. Выделены физические и биохимические факторы риска неблагоприятного исхода: кожно-пищеводный температурный градиент ниже 0,3°С, уровень гликемии менее 3 ммоль/л; эти факторы информативны уже к 6 часам послеоперационного периода, а к 24 часам послеоперационного периода их значимость сохраняется. С учётом информативности гипогликемии, как предиктора неблагоприятного исхода можно рекомендовать изменение в протоколе интенсивной терапии в части углеводной дотации в первые сутки после операции с фиксированного значения (3 г/кг в сутки) до количества, необходимого для поддержания гликемии не ниже 3 ммоль/л.

Исследованиями установлено, что теплопродукция у новорожденных возрастает в 2раза при снижении температуры (t°C) кожина 2°С. Экспериментально и клинически доказано, что новорожденные переносят снижение t°C внешней средылучше, чем взрослые [1,2,4,6,7] но в пределах адаптационных возможностей. Известно, что у взрослых хирургическая агрессия повышает уровень основного обмена. Известно, что способность мышц новорожденных к дополнительному потреблению кислорода выше, чем у взрослых, но этот феномен изучен только в эксперименте и не разработан клинически [3, 8]. При ИВЛ резко возрастают потери тепла конвекцией из нижних дыхательных путей (до30-45%), компенсаторно снижаются потери тепла через кожу вследствие централизаци и кровообращения [1]. В 2005 году N.B. Mathur [9] показал, что летальность детей после перенесенной тяжелой гипотермии (ГТ) составляет 80%, апосле умеренной ГТ39,3%. Расход энергии в покое у новорождённых слабо освещенв литературе, аработ характеризующих температурную и энергетическую адаптацию новорожденных как факторы риска смерти не встретились [2, 3, 8].

Таким образом, исследование связей между температурным балансом, потреблением энергиивпокое, спецификой стрессоров и результатами интенсивной терапии новорожденных представляется актуальным.

Цель работы - изучить влияние непреднамеренной гипотермии и уровня глюкозы в крови на результат лечения у оперированных новорожденных.

Материал и методы

Набор материала для исследования проводили в 2014-2018 годах в сплошной выборке 64 оперированных новорождённых детей в возрасте от 0 до 3 суток внеутробной жизни. При гендерном распределении соотношение мальчиков и девочек составило 37 (58%) на 27 (42%), т.е.существенного различия между группаминет. Также показатели массы 2,24±0,608 кг (вариационный размах от 1,5 до 3,8 кг). Все больные перенесли ГТ во время операции. ГТ считали пищеводную t°C ниже 36,5°С. Из исследования были исключены больные, оперированные по поводу перитонита, поскольку результат лечения этих пациентов определяется не столько хирургической агрессией, сколько запущенностью и тяжестью сепсиса. Все участники разделены на 2 группы по выраженности ГТ: I (пищеводная t°C к концу операции ниже 35°С, 45 пациентов) и II (пищеводная t°C к концу операции в интервале 35-36,0°С, 19 пациентов). А так же, каждая группа по показателю летальности разделены на 2 подгруппы: выжившие (Ia, IIa), умершие (Ib, IIb). Измеряли кожную, пищеводную t°C, а так же температурный градиент (Δt), регистрировали SaO_2 с помощью прикроватного монитора ЮМ 300 (Ютас,Украина). Нормальными значениями исследуемых показателей считали: гемоглобин 120-200г/л; SpO_2 89-95%; Δt 0,3-0,8°С; диурез1-2мл/кг/ч.Также исследовали уровень гликемии с помощью биохимического анализатора StatProfilepH-OxPlus(Великобритания)на этапах: в конце операции (1), через 6 часов (2) и через 24 часа после окончания операции (3). Этап 1 рассматривали как базовый, отражающий эффекты суммы факторов хирургической агрессии, этап 2 выбран, поскольку именно к шестому часу достигнуто согревание тела с пищеводной t°C выше 36,5°С у 100% участников; этап 3 расценивали как время, достаточное для проявления собственных регуляторных возможностей с минимальным влиянием перенесённой хирургической агрессии. Величину кожной и пищеводной t°C регистрировали непрерывно, оценивая на тех же этапах. Оце-

ниваемый конечный результат-летальность. Срок регистрации результата-28 суток после операции. Все больные нуждались в искусственной вентиляции легких (ИВЛ) в предоперационном периоде. Для ИВЛ использован неонатальный аппарат DragerBabylog 8000 plus 5.n (Германия). Полученные результаты обрабатывались с помощью прикладных программ MicrosoftExcel. Для представления групп определялись среднее по совокупности (М), стандартное отклонение (σ). Корреляционный анализ проводили с помощью ранговой корреляции по Спирмену. Сравнения проводили с использованием критерия Ньюмена-Кейлса.

Результаты и обсуждение

Больныевзяты в операционную с нормальными показателями гликемии (вариационный размах 2,8-5,4 ммоль/л). При интенсивной терапии соблюдались требования, предъявляемые к универсальному протоколу интенсивной терапии новорожденных [5].Существенным элементом протокола была фиксированная суточная доза глюкозы в первые сутки после операции - 3 г/кг.Распределение больных новорожденных по видам патологии и летальности приведено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение больных новорожденных по видам патологии и летальности (М±σ)

Группа I (пищеводная температура ниже 35°С)				
№	Диагностические группы	Всего	Умерло	Длит-стьоперации (ч)
1	Диафрагмальные грыжи	7	3 (42,8%)	0,9979 ±0,2102*
2	Атрезии верхних и средних отделов ЖКТ	16	2 (12,5%)	
3	Атрезии ануса и (или) прямой кишки	13	1 (7,7%)	
4	Гастрошизис	9	2 (22,2%)	
	Всего	45	8 (17,8%)	
Группа II (пищеводная температура 35-36,4°С)				
1	Диафрагмальные грыжи	2	1 (50,0%)	0,78 ±0,1603*
2	Атрезии верхних и средних отделов ЖКТ	7	1 (14,3%)	
3	Атрезии ануса и (или) прямой кишки	5	0	
4	Гастрошизис	5	2 (40,0%)	
	Всего	19	4 (21,0%)	

Примечание: * - значимое отличие от группы I (p<0,05; КритерийСтьюдента с поправкой Бонферрони)

Снижение температуры больных к концу операции зависело от продолжительности операции и при ранговом корреляционном анализе по Спирмену обнаружило очень тесную прямую связь с длительностью операции (r=0,987). В группе I на 1 этапе кожная и пищеводная t°C у выживших и умерших больных статистически значимо не отличались, но уже на этом этапе кожно-пищеводный температурный градиент был существенно выше у выживших. Эта закономерность сохранялась и на последующих этапах: нормализовались кожная и пищеводная t°C, но кожно-пищеводный градиент оставался низким у больных с летальным исходом (таблица 2).К концу операции гликемиянормализовалась к 6 часу после операции и имела тенденцию к снижению ниже стресс-нормы у выживших пациентов и была существенно ниже нормы у умерших. Особенностью данной подгруппы является более низкая гликемия на 1 этапе.

Таблица 2

Динамика исследуемых показателей в группе I на выделенных этапах (М±σ)

Подгруппа Ia (выжившие) (n=37)				
№	Показатели	1-этап	2-этап	3-этап
1	Гликемия (ммоль/л)	2,79±0,498	3,43±0,741*	3,82±0,624*
2	Температура кожи (°С)	33,8±0,605	36,6±0,287*	36,7±0,247*
3	Температура пищеводная (°С)	34,4±0,486	37,2±0,308*	37,3±0,276*
4	Кожно-пищеводный градиент (°С) (Δt)	0,31±0,3	0,67±0,174*	0,68±0,137*
Подгруппа Ib (умершие) (n=8)				
1	Гликемия (ммоль/л)	1,98±0,229	2,46±0,193*	3,0±0,155*
2	Температура кожи (°С)	34,0±0,239	36,4±0,161*	36,7±0,255*
3	Температура пищеводная (°С)	34,3±0,198	36,7±0,185*	37,1±0,328*
4	Кожно-пищеводный градиент (°С)	0,2±0,081	0,25±0,111	0,325±0,134

Примечание: * - значимое отличие от 1-этапа (p<0,05; *t*-критерий Стьюдента)

При меньшей продолжительности действия холодового фактора большая часть этих больных реализовала рефлекс Щербака в виде адекватного повышения термогенеза, чтотребовало повышенной утилизации глюкозы. Межгрупповых отличий этих показателей на этапах 2 и 3 не отмечено, а кожно-пищеводный температурный градиент на всех этапах был сопоставим в обеих подгруппах. Те же закономерности отмечены во II группе (таблица 3).

Таблица 3

Динамика исследуемых показателей в группе II на выделенных этапах (М±σ)

Подгруппа IIa (выжившие) (n=37)				
№	Показатели	1-этап	2-этап	3-этап
1	Гликемия (ммоль/л)	2,4±0,479#	3,37±0,545*#	3,5±0,434*
2	Температура кожи (°С)	34,7±0,513	36,6±0,246*	36,6±0,216*
3	Температура пищеводная (°С)	35,5±0,475	37,2±0,302*	37,3±0,257*
4	Кожно-пищеводный градиент (°С) (Δt)	0,35±0,213	0,67±0,204*	0,71±0,224
Подгруппа IIb (умершие) (n=8)				
1	Гликемия (ммоль/л)	2,0±0,267	2,7±0,232*	3,14±0,1897*
2	Температура кожи (°С)	34,7±0,551	36,4±0,173*	36,7±0,181*
3	Температура пищеводная (°С)	35,0±0,53	36,5±0,144*	37,0±0,132*
4	Кожно-пищеводный градиент (°С)	0,21±0,099	0,25±0,0667	0,3±0,0873

Примечание: * - значимое отличие от 1-этапа (p<0,05; *t*-критерий Стьюдента;
- значимое отличие от аналогичного показателя в подгруппе 1а на данном этапе

Количество умерших в зависимости от продолжительности операции, t°C и вида патологии при сопоставлении не отличалось и для дальнейшего анализа подгруппы объединены: 52 выживших и 12 с летальностью. После объединения рассмотрели на 1-и 2-этапах встречаемость критических значений: кожно-пищеводного температурного градиента ниже 0,3°С; гликемии ниже 3 ммоль/л.Выбранные значения рассматриваются в литературе как предикторы неблагоприятного прогноза. Результаты сравнений представлены в рис. 1 и 2.

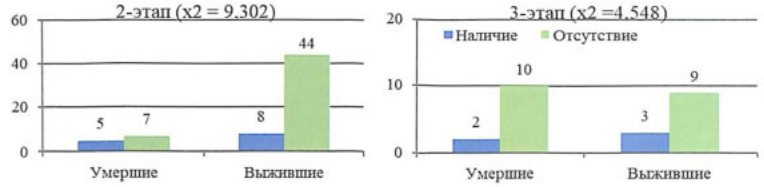


Рис.1. Встречаемость значения кожно-пищеводного температурного градиента (Δt) меньше 0,3°С у выживших и умерших пациентов через 6 и 24часа после операции

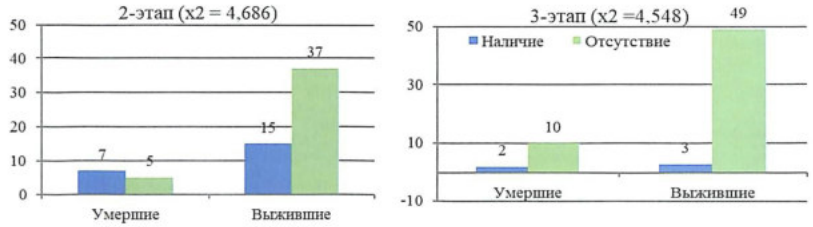


Рис.2. Встречаемость значения гликемии менее 3 ммоль/л у выживших и умерших пациентов через 6 и 24 часа после операции

При вычислении отношения шансов (OddsRatio, «OR») на выживание в зависимости от встречаемости кожно-пищеводного температурного градиента, выявлены показатели менее 0,3°С на 2-этапе OR=4,327; на 3-этапе OR=4,456, т.е., на обоих этапах вероятность летального исхода статистически значимо в 4 раза выше у пациентов со значениями кожно-пищеводного температурного градиента менее 0,3°С. Для гликемии ниже 3 ммоль/л на 2-этапе OR=2,76; на 3-этапе OR=5,24. Т.е. на 2-этапе для пациентов с гипогликемией вероятность летального исхода была почти в 3 раза выше, чем для пациентов без гипогликемии, а на 3-этапе повысилась почти вдвое: риск умереть для пациента с гипогликемией в 5 раз выше, чем при нормогликемии.

Как видно, несмотря на стопроцентный уровень нормализации температуры ядра тела к шестому часу послеоперационного периода, критические значения исследуемых показателей встречались демонстративно чаще у пациентов с последующим летальным исходом, чем у выживших. Таким образом, само по себе снижение температуры поверхности или сердцевины тела не ассоциировалось с риском смерти. Более важным оказался показатель, характеризующий соотношение термогенеза и теплоотдачи - кожно-пищеводный температурный градиент, значения которого менее 0,3°С к шестому часу после операции ассоциировались с невозможностью адекватного повышения термогенеза при данной интенсивности теплоотдачи. Для последующего летального исхода было характерно сочетание: гипогликемия, лактатемия, низкий кожно-пищеводный температурный градиент к 6 часам после операции. Эти факторы оставались значимыми и через сутки после операции.

Выводы

1. Выделены физические и биохимические факторы риска неблагоприятного исхода: кожно-пищеводный температурный градиент ниже 0,3°С, уровень гликемии менее 3 ммоль/л; эти факторы информативны уже к 6 часам послеоперационного периода, а к 24 часам послеоперационного периода их значимость сохраняется.
2. С учётом информативности гипогликемии, как предиктора неблагоприятного исхода можно рекомендовать изменение в протоколе интенсивной терапии в части углеводной дотации в первые сутки после операции с фиксированного значения (3 г/кг в сутки) до количества, необходимого для поддержания гликемии не ниже 3 ммоль/л.

Литература

1. Антонов А.Г.,Яцык Г.В. Пути снижения неонатальных потерь. Материалы VI конгресс педиатров России. М.2000:1-3.
2. Брязгунов И.П. Теплообмен и терморегуляция в практике педиатра. Москва, Медпрактика - М, 2005:4:22 - 23, 36.
3. Знаменская Т.К.,ШевченкоЛ.И., Курилина Т.В. Состояние гликолиза у новорожденных с гипоксией. Врачебное дело 2001;1:92-94.
4. Шабалов Н.П. Неонатология. «МЕДпресс-информ».-М.- Т.1.-2004;136 - 137, 334.
5. Шмаков А.Н. Критические состояния новорожденных (технология дистанционного консультирования и эвакуации).Новосибирск. 2007:60.
6. AbbotR. Laptooketal. AdmissionTemperature of Low Birth Weight Infants: Predictors and Associated Morbidities. R. AbbotPediatrics. March 2007:119:643-649.
7. Akisu M. Selective head cooling with hypothermia suppresses the generation of platelet-activating factor in cerebrospinal fluid of newborn infants with perinatal asphyxia //Prostaglandins, Leokotrienes and Essential Fatty Acids. 2003:6:45-50.
8. Binder N.D. Insulin infusion with parenteral nutrition in extremely low birth weight infants with hyperglycemia. J. Pediatr.1989;V.114.№2.-P.273-280.
9. Mathur N.B. Evaluation of WHO classification of hypothermia in sick extrmural neonates as predictor of fatality.J. Trap. Pediatr.2005.;51:6:47-50.

Кодиров М.А., Джалилов Д.А., Салиева А.А.

ХИРУРГИК ПАТОЛОГИЯЛИ ЧАҚАЛОҚЛАРНИ ДАВОЛАШНИНГ ПИРОВАРД НАТИЖАСИГА ГИПОТЕРМИЯ ВА ГЛИКЕМИЯ ДАРАЖАСИНИНГ ТАЪСИРИ

Калит сўзлар: гипотермия, гликемия, тери-кизилўнгач градиенти, чақалоқлар

Мазкур мақолада абдоминал хирургик касалликлар бўйича жарроҳлик йўли билан даволанган ва жарроҳлик амалиёти пайтида кўзда тутилмаган гипотермияни ўтказган 64 нафар чақалокларда гипотермия ва қондаги қанд миқдори даражасининг охирги даво натижаларига таъсирини ўрганиш бўйича тадқикот натижалари келтирилган. Тадқикот натижалари шуни кўрсатдики, номақбул оқибатларни башоратлаш кўрсаткичи сифатида гипогликемиянинг ахборот бериш даражаси юкори бўлганлиги туфайли интенсив терапия баённомаси углевод дотациясига бағишланган қисмига анъанавий усулда 3г/кг/сут. эмас, балки гликемия даражасининг 3 ммоль/л дан паст бўлмаган ҳолда кувватлаб туриш лозимлиги ҳақида ўзгартириш киритилиши тавсия қилинади.

Kodirov M.A., Toshboev Sh.O., Salieva A.A.

INFLUENCE OF HYPOTHERMIA AND GLYCEMIA LEVEL ON FINAL RESULT OF TREATMENT NEWBORNS WITH SURGICAL PATHOLOGY

Key words: hypothermia, blood glucose, skin-oesophageal gradient, newborns

The results of the study and the impact of hypothermia and blood glucose levels in 64 newborns undergoing inadvertent hypothermia during surgery is about abdominal surgical pathology. Results of the study showed that taking into account the information content of hypoglycemia, as a predictor of adverse outcome is possible to recommend a change in the protocol of intensive therapy in terms of carbohydrate subsidies in the first day after surgery with a fixed value (3 g / kg per day) to the amount needed to maintain blood glucose is not lower than 3 mmol/L.

Нурмухамедова Ё.К., Фахриев Ж.А.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И КАРДИОРЕНАЛЬНЫЕ СООТНОШЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Оценка структурно-функциональных изменений сердечно-сосудистой системы и почек у беременных женщин с различными клиническими вариантами артериальной гипертензии (АГ).

Материалы и методы. В основу исследования положены данные, полученные при проведении сравнительного анализа факторов риска (ФР), начальных стадий и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и хронической болезни почек (ХБП) у 25 практически здоровых беременных, 50 беременных с гипертонической болезнью (ГБ), 45 женщин с гестационной АГ (ГАГ). Всем женщинам проводили стандартное общеклиническое и акушерское обследование и необходимый комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования.

Результаты. При сравнительном анализе лабораторных и инструментальных методов исследования было установлено, что наиболее чаще при ГБ и ГАГ у беременных встречались: субклинические поражения органов (гипертрофия левого желудочка, диастолическая и систолическая дисфункция, атеросклероз сосудов, альбумин- и протеинурия, снижение скорости клубочковой фильтрации, гиперурикемия, небольшое повышение уровня сывороточного креатинина), атеросклеротические ССЗ, хронические болезни почек

Оценка результатов клинических и эпидемиологических исследований тендерных особенностей развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) привела к признанию все более значимого повышения их риска у женщин [1,5]. В России в сравнительно молодом возрасте - 25-64 лет - от ССЗ умирает 40,5% женщин и 36,0% мужчин [2,8]. У женщин отмечается большая, чем у мужчин, частота таких факторов риска (ФР) ССЗ, как артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет (СД), ожирение, гипертриглицеридемия, гиподинамия, тревога, депрессия [3]. Помимо этого, существует целый ряд факторов, присущих (благодаря репродуктивному статусу) исключительно женскому полу: оральная контрацепция, гестационная АГ, гестоз, преэклампсия, эклампсия, заместительная гормональная терапия в перименопаузальном периоде [6]. Сама беременность, вследствие характерных гемодинамических, метаболических и эмоциональных изменений, является мощным стрессорным фактором для организма даже практически здоровых женщин [7].

ССЗ у беременных женщин являются одним из важнейших клинически значимых видов хронической экстрагенитальной патологии. Болезни сердца и сосудов встречаются у 10-32% беременных и их частота неуклонно возрастает. Летальность беременных, рожениц и родильниц от ССЗ составляет 0,2-2,5%, однако удельный вес этой причины материнской смертности в развитых странах мира остается высоким (до 15-20%) и также растет [5]. В недавнем прошлом из общего числа женщин, умерших от экстрагенитальных заболеваний, по причине различных ССЗ погибали 22-33,4%. В настоящее время, благодаря значительному прогрессу медицинской науки, вопросы сохранения и сопровождения беременности у женщин со сложной кардиальной патологией, в том числе после реконструктивных операций, все чаще становятся актуальными в клинической практике. Существенно расширились показания для возможности вынашивания беременности у женщин, которым ранее не разрешалось иметь детей [3].

Во многих странах специфика данной проблемы обусловила необходимость создания специализированных клиник и отделений (в больницах или родовспомогательных учреждениях) для централизованного наблюдения, лечения и родоразрешения беременных, страдающих ССЗ, а также для концентрации врачебного опыта ведения данных больных [4]. Разделенная ответственность (или англоязычное понятие «sharedcare») в создании оптимальных медицинских условий для осуществления больной ССЗ женщиной функции материнства и охраны здоровья ее плода и новорожденного ложится на команду опытных специалистов, состоящую из акушеров-гинекологов, кардиологов, терапевтов, специалистов ультразвуковой диагностики, анестезиологов-реаниматологов, клинических генетиков и неонатологов.

Насовременном этапе развития акушерства, перинатологии и кардиологии чрезвычайно актуальной медицинской и гуманитарной проблемой остается АГ у беременных: гестационные гипертензивные состояния сопровождаются высокими показателями материнской и перинатальной смертности и заболеваемости новорожденных, ухудшают психоэмоциональное и физическое развитие и здоровье детей и отдаленный прогноз кардиоваскулярной, ренальной и неврологической патологии у женщин. При этом, несмотря на несомненный научно-практический прогресс и в целом успех большого числа мультидис-циплинарных фундаментальных и клинических исследований в понимании глобальной проблемы АГ беременных, по-прежнему остаются неразрешенными и требуют дальнейшего изучения диагностические подходы, коморбидные состояния, патогенетические механизмы, морфофункциональные проявления АГ у беременных и обоснованность лечебно-организационных мероприятий, направленных на снижение акушерских и перинатальных потерь.

Цель работы - оценка структурно-функциональных изменений сердечно-сосудистой системы и почек у беременных женщин с различными клиническими вариантами артериальной гипертензии (АГ).

Материалы и методы

В основу исследования положены данные, полученные при проведении сравнительного анализа факторов риска (ФР), начальных стадий и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и хронической болезни почек (ХБП) у 25 практически здоровых беременных, 50 беременных с гипертонической болезнью (ГБ), 45 женщин с гестационной АГ (ГАГ). Всем женщинам проводили стандартное общеклиническое и акушерское обследование и необходимый комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования.

Результаты и обсуждение

Кардиоренальные соотношения у беременных с АГ формируют континуум, где факторами риска являются возраст (28,6±0,6 лет и 25,2±0,5 лет соответственно против22,6±0,4 лет – контроль), семейный анамнез сердечно сосудистых заболеваний (ССЗ) (58% и 51,1% соответственно против 28% – контроль) и гестоза (22% и 13,3% соответственно против 8% – контроль). Так же у беременных с ГБ и ГАГ регистрировался тревожно-депрессивный синдром (20,5% и 21,4% соответственно против 6,3% – контроль).

Увеличение массы тела было зарегистрировано у 38,4% беременных с ГБ и у 38,1% беременных с ГАГ, полученные данные достоверно отличались от показателей контрольной группы (6,3,%; P<0,05).

Одним из основных факторов развития сердечно-сосудистого континуума у беременных с АГ является наличие метаболического синдрома, который встречался у 82,2% беременных с ГБ и у 69,% с ГАГ, тогда как в контрольной группе он отсутствовал.

При сравнительном анализе лабораторных и инструментальных методов исследования было установлено, что наиболее чаще при ГБ и ГАГ у беременных встречались: субклинические поражения органов (гипертрофия левого желудочка, диастолическая и систолическая дисфункция, атеросклероз сосудов, альбумин- и протеинурия, снижение скорости клубочковой фильтрации, гиперурикемия, небольшое повышение уровня сывороточного креатинина), атеросклеротические ССЗ, хронические болезни почек.

Выводы

1. Возникновение, развитие и прогрессирование АГ у беременных женщин связано со сложным взаимопотенцирующим действием генетических, метаболических, гормональных, гемодинамических, ренальных и социально-психологических факторов.

2. В связи с этим необходимы активный поиск и интегральная оценка универсальных и сопряженных друг с другом факторов риска и субклинических проявлений сердечно-сосудистых заболеваний и хронических болезней почек.

Литература

1. Бартош Л.Ф., Дорогова И.В., Усанов В.Д., Ермаков К.Ю. Оценка суточного профиля артериального давления у беременных: учебное пособие для врачей. Пенза: Изд-во Пенз. гос. ун-та, 2003.

2. Баранова Е.И. Артериальная гипертензия у беременных.Артер. гипертенз. 2006;12:7-15.
3. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Под ред. В.И. Кулакова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.
4. Моисеев В.С., Мухин Н.А., Кобалава Ж. Д. и др. /Функциональное состояние почек и прогнозирование сердечно-сосудистого риска. Клин, фармакол. и тер. 2009;18:4:75-79.
5. Смирнов А.В., Добронравов В.А., Каюков И.Г. Кардиоренальный континуум: патогенетические основы превентивной нефрологии. Нефрология. 2005; 9(3): 7-15.
6. Andersgaard A.B., Herbst A., Johansen M. et al. Follow-up interviews after eclampsia. Gynecol. Obstet. Invest. 2008. - Vol. 67, № 1. - P. 49-52.
7. Zwart J.J., Richters A., Ory F. et al. Eclampsia in the Netherlands // Obstet. Gynecol. 2008. - Vol. 112, № 4. - P. 820-827.

Нурмухамедова Ё.К., Фахриев Ж.А.

ҲОМИЛАДОРЛАРДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ ВА КАРДИОРЕНАЛ НИСБАТЛАР

Калит сўзлар: артериал гипертензия, хавф омиллар, ҳомиладорлик.

Экстрагенитал касалликлар орасида юрак қон томир касалликлари ҳомиладорлик вақтида ривожланадиган асоратларни келтириб чиқарувчи асосий омил ҳисобланади. Шунингдек, юрак қон томир касалликлари сабабли ҳомиладорлар, гўдаклар ўлими 0,2-2,5% ни ташкил қилади, бироқ ривожланган давлаттарда оналар ўлимида бу омилнингўрни юкорилигича қолмоқда (15-20%) , хатто ортмоқда. Шу сабабли ҳомиладорларда юрак қон томир касалликлари хавф омиллари ва артериал гипертензия ривожланиши ўрганиб чиқилмоқда.

Nurmukhamedova Y.K., Faxriev J.A.

ARTERIAL HYPERTENSION AND CARDIORENAL CORRELATIONS IN THE PREGNANTS

Key words: arterial hypertension, risk factors, pregnancy.

Among extragenital diseases, cardiovascular diseases take the leading role in the development of various complications during pregnancy. Thus, the mortality rate during pregnancy, childbirth and postpartum CVD is 0.2-2.5%, but the proportion of the causes of maternal mortality in the developed world remains high (15-20%) and is also growing. In this connection, the work carried out to study the prevalence of arterial hypertension (AH) and the factors of cardiovascular risk pregnant women.

Нарзикулов У.К., Нишонов Л.Д.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОВРЕЖДЕННОГО ЛОКТЕВОГО СУСТАВА ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Улучшить результатов лечения у детей с переломами проксимального отдела лучевой кости.

Материалы и методы. В клинике детской травматологии и ортопедии ТашПМИ за период с 2006 по 2019 гг. находились на лечении 147 детей с переломами проксимального отдела лучевой кости в возрасте от 4 до 18 лет. Изолированные переломы были у 124 больных. Из них у 69 больных диагностирован остеоэпифизеолиз головки лучевой кости, у остальных детей – эпифизеолизы (23), перелом головки лучевой кости (12), перелом шейки лучевой кости (43).

Результаты. Изучая истории болезни, рентгенограммы локтевого сустава, а также механизм травмы и клинику переломов, мы отметили, что эти переломы в большинстве случаев наступили вследствие непрямой травмы (96,6%), т.е. при падении на вытянутую и пронированную руку, а прямой механизм травмы только у 3,4% детей. Эти переломы встречаются во всех возрастных группах, но чаще у старших детей. Попытки закрытой репозиции произведены 59 детям: в 45 случаях они закончились удовлетворительным сопоставлением отломков. У 78 детей с переломами проксимального отдела лучевой кости проведено операция.

Локтевой сустав отличается высокой подверженностью травмам. Частота различных осложнений, приводящих к инвалидизации пострадавших, оценивается в диапазоне от 15,2 до 40%. Внутри- и околосуставные переломы проксимального конца лучевой кости у детей составляют 17,5—20,9% от всех переломов костей, образующих локтевой сустав [2,9]. Они многообразны, отличаются сложностью диагностики и течения, а также нередкими сопутствующими осложнениями. При переломах проксимального отдела лучевой кости, даже в случаях своевременного и правильного лечения, нередко наблюдаются ограничение пронационно-супинационных движений [3,6-7]. В результате внутрисуставных переломов локтевого сустава в детском возрасте в последующем отмечается снижение трудоспособности в 20% случаев — инвалидность. Поэтому переломы этой области нуждаются в особенно тщательной репозиции отломков, так как оставленные деформации, в отличие от переломов других костей, не компенсируются с возрастом, а имеют тенденцию к увеличению [1-4].

Неудовлетворительные результаты лечения этого контингента пострадавших обусловлены высоко дифференцированным анатомическим строением, сложностью биомеханики, особой ранимостью детского локтевого сустава в ответ на травму и иммобилизацию, трудностью репозиции и фиксации небольших по размеру костных отломков [3,5,8].

При переломе проксимального отдела лучевой кости у детей, в отличие от других внутрисуставных переломов в области локтевого сустава, в наибольшей степени страдают и особенно трудно поддаются восстановлению супинационные и пронационные движения предплечья [5,8-9].

Цель работы - улучшить результатов лечения у детей с переломами проксимального отдела лучевой кости.

Материалы и методы

В клинике детской травматологии и ортопедии ТашПМИ за период с 2006 по 2019 гг. находились на лечении 147 детей с переломами проксимального отдела лучевой кости в возрасте от 4 до 18 лет. Изолированные переломы были у 124 больных. Из них у 69 больных диагностирован остеоэпифизеолиз головки лучевой кости, у остальных детей – эпифизеолизы (23), перелом головки лучевой кости (12), перелом шейки лучевой кости (43). Переломы шейки и головки лучевой кости в сочетании с повреждениями костей другой локализации области локтевого сустава наблюдали у 23 детей. Сочетающимися переломами были перелом головчатого возвышения плечевой кости (7), переломы локтевого отростка (9), переломы внутреннего надмыщелка плечевой кости (4), вывихи костей предплечья (3). Переломы проксимального отдела лучевой кости со смещением I - II степени были у 54,4% детей, со смещением - III -IV степени у 45,6.%.

Результаты и обсуждение

Изучая, истории болезни, рентгенограммы локтевого сустава, а также механизм травмы и клинику переломов, мы отметили, что эти переломы в большинстве случаев наступили вследствие непрямой травмы (96,6%), т.е. при падении на вытянутую и пронированную руку, а прямой механизм травмы только у 3,4% детей. Эти переломы встречаются во всех возрастных группах, но чаще у старших детей.

Попытки закрытой репозиции произведены 59 детям: в 45 случаях они закончились удовлетворительным сопоставлением отломков. У 78 детей ППКЛК оперированы. У 3 из них при стабильном сопоставлении отломков остеосинтез не производился, у 12 открытая репозиция сопровождалась остеосинтезом спицами Киршнера. По поводу сопутствующих повреждений в 4 случаях произведено вправление вывихов, в 4 – закрытая репозиция, в 6 – оперативное лечение. Двое детей оперированы по поводу перелома локтевого отростка, 2 – по поводу перелома внутреннего надмыщелка плечевой кости, 1 – по поводу перелома наружного надмыщелка плечевой кости и 1 – по поводу многооскольчатого перелома локтевого отростка и проксимального метафиза локтевой кости. У 2 последних больных оперативное лечение проводилось одновременно по поводу основного и сопутствующего повреждений.

До 2006 г. у 65 больных функциональное лечение проводилось традиционным способом (1-я группа). При ППКЛК со смещением отломков I–II степени фиксация конечности осуществлялась в среднефизиологическом положении предплечья гипсовой шиной до плечевого сустава в течение 1 ½ –2 нед, со смещением III–IV степени после закрытой репозиции фиксация гипсовой шиной осуществлялась в положении разгибания и пронации предплечья в течение 3–4 нед. После оперативного лечения фиксация производилась в среднефизиологическом положении в течение 3 ½ –4 нед. За 7–10 дней до прекращения иммобилизации при переломах со смещением III–IV степени в тех случаях, когда фиксация конечности производилась в удерживающем антифизиологическом положении, производили 2–3 этапные смены гипсовых шин с постепенным выведением предплечья в среднефизиологическое положение. После снятия гипсовой шины производилась разработка сначала сгибательно-разгибательных, а затем ротационных движений. Начиналась разработка с активных движений в облегчённых условиях (на скользящей плоскости с каталкой, в ванночках), а через 7–8 дней присоединялись осторожные пассивные движения. Через 2–3 нед. начинали производить укладку конечности между мешочками с песком. Сеансы разработки движений проводили 2–3 раза в день при участии инструктора лечебной физкультуры. Кроме того, дети получали задания для самостоятельной работы.

С 2012 г у 77 детей (2-я группа) мы применили способ функционального лечения ППКЛК с помощью разработанного нами шарнирно – ротационного устройства. Из них с переломами без смещения костных отломков 22 больных, со смещением - 48 больных, 7 больным с целью иммобилизации в послеоперационном периоде и 18 больным шину применили для восстановления движения в периоде реабилитации.

Показаниями для применения функциональной шины нашей конструкции является: повреждения костей локтевого сустава, после всех видов оперативных вмешательств на локтевом суставе, а также для ранней разработки при переломе костей локтевого сустава и с целью активного и пассивного увеличения объема движения в локтевом суставе в период реабилитации.

Шина состоит из двух частей: основной, обеспечивающей иммобилизацию в острый период и плавное сгибание и разгибание в локтевом суставе в период восстановления; вспомогательной - эспандер, который способствует улучшению периферического кровообращения, поддерживает тонус мышц верхней конечности и удерживает предплечье в положении супинации. Металлический каркас представляет собой два стержня, расположенные по боковым поверхностям и соединены между собой по задней поверхности пластинками. В области локтевого сустава стержни соединяются к шарниру, в котором проводят сгибательные-разгибательные и ротационные движения. Для установки необходимого положения стержни укрепляются металлической дугой. В области предплечья, в дистальной ее части, к стержням прикрепляется эспандер. Каркас окутан кожными манжетами - отдельно на плечо и отдельно на предплечья. Манжеты эластичные и при необходимости легко повторяют форму плеча и предплечья. По передней поверхности манжет имеются отверстия для проведения матерчатых шнурков.

Эспандер состоит из подвижной и неподвижной части. Неподвижная часть укрепляется при помощи винтов к дистальной части металлических стержней. В составе неподвижной части имеется пружинный механизм, с помощью которого осуществляется движение подвижной части. Эспандер удерживает предплечье в положении супинации, т.е. в среднефизиологическом положении.

Шину нашей конструкции впервые применили при переломах без смещения костных отломков у 22 больных. Она одевалась больным после установления диагноза. После одевания шины следим за состоянием сустава, так как при переломах плечевой кости всегда наблюдается посттравматический отек в области локтевого сустава. По мере спадания отека шнурки натягивались, что предупреждало расслабление шины и тем самым предотвращало вторичное смещение отломков. Со второго дня после повреждения дети начинают работать эспандером, а на 8-9 сутки начинается разработка в локтевом суставе, постепенно увеличивая объём движений. Функциональная шина при переломах без смещения или с удовлетворительным стоянием костных отломков снималась в зависимости от возраста на 26-28 день от момента наложения.

Нами замечено, что после фиксации конечности в течение 1 ½ – 2 ч в максимально достигнутом положении отмечается увеличение объёма движений в ту же сторону на 5–10°, т. е. проявляется тот же эффект, что и при укладке конечности между мешочками с песком или с помощью этапных гипсовых повязок. По достижении полного сгибания и супинации предплечья фиксацию конечности на период между сеансами разработки производили в противоположных направлениях. По достижении полного объёма движений предплечья шину снимали.

Отдаленные результаты изучены у всех больных из 35 с переломами проксимального отдела лучевой кости без смещения или же с удовлетворительным стоянием костных отломков, в сроки 10-14 недель после перенесенной травмы.

Для оценки отдаленных результатов, на основании клинических и рентгенологических данных, применили трехбальную систему оценок.

Хорошие – у больных клинически нет болей, нет деформации, имеется ограничение движения в локтевом суставе I степени, рентгенологически - стояние костных отломков удовлетворительное. Удовлетворительные - у больных клинически нет болей, нет деформации, имеется ограничение движения в локтевом суставе II степени, рентгенологически сохраняется смещение отломков на 1/3 поперечника в лучевую сторону. Неудовлетворительные - у больных клинически нет болей, но имеется деформация в локтевом суставе, неправильное сращение костных отломков, на рентгенограмме – смещение отломков в локтевую сторону, ротационное смещение, контрактура в суставе III степени. В момент осмотра детей обращали внимание на степень ограничения движения в локтевом суставе, наличие деформации, болезненность, способность к различным физическим упражнениям. У всех обследованныхбольных были хорошие результаты, т.е. движения в локтевом суставе были в полном объеме.

Отдалённые результаты функционального лечения были также лучше у детей 2-й группы. При лечении традиционным способом полное восстановление движений в локтевом суставе наступило у 34 детей из 50, а при лечении с применением шины – у 37 из 44.

Лучшие функциональные результаты при лечении ППКЛК предложенным нами способом были достигнуты благодаря возможности более раннего применения функционального лечения, его щадящему характеру, полной безболезненности движений. Положительным является также то, что разработка начинается с пассивных, а не с активных, как при традиционном способе лечения движений.

Выводы

1. Конструкция шины позволяет применить ее и в послеоперационном периоде при открытой репозиции по поводу повреждений костей в области локтевого сустава.

2. Применение шины в реабилитационном периоде, а также с целью иммобилизации и ранней разработки в послеоперационном периоде даёт хорошие результаты.

Литература

1. Богданов А.В., Жабин Г.И., Федюнина С.Ю., Амбросенков А.В. Особенности рентгенодиагностики и классификации повреждений головки лучевой кости. Травматология и ортопедия России. 2006; 2 (40): 46.
2. Васильев С.П./Малоинвазивный способ лечения переломов шейки лучевой кости спицей с изогнутым концом у детей: Автореферат. Якутск, 2009: 93.
3. Ключевский В.В. Хирургия повреждений: руководство по травматологии и ортопедии. - Ярославль: Рыбинский дом, 2004.
4. Я.Н. Прощенко, Н.А. Овсянкин, Н.А. Поздеева. Методы лечения детей с травмами области локтевого сустава. Травматология и ортопедия Россия 2011-4 (62).
5. Kachooei AR, Baradaran A, Ebrahimzadeh MH, van Dijk CN, ChenN. The rate of radial head prosthesis removal or revision: a systematicreview and meta-analysis. J Hand Surg Am 2018; 43:39-53, e1.
6. Narziqulov U.K. Treatmenat end recovering fracture of headof radius in children. Молодойученый. Казань. № 8 (112) :2016 : 421-423

7. PogorelićZ, KadićS, MilunovićKP, et al. Flexible intramedullary nailing fortreatment of proximal humeral and humeral shaft fractures in children: aretrospective series of 118 cases. OrthopTraumatolSurg Res. 2017;103(5):765–70.
8. Ruchelsman D.E., Tejwani N.C., Kwon Y.W., Egol K.A. Open reduction and internal fixation of capitellum fractures with headless screws. // J. Bone Joint Surg. Am. - 2008. - 90: 1321-1329.
9. Yoon HK, Seo GW. proximal radioulnar translocation associated with elbow Dislocation and radial neck fracture in child: a case report and review of literature. Arch Orthop Trauma Surg 2013; 133:1425–9.

Нарзикулов У.К., Нишонов Л.Д.

БОЛАЛАРДА БИЛАК СУЯГИНИНГ ПРОКСИМАЛ ҚИСМИ СИНИШЛАРИДАН КЕЙИНГИ ТИРСАК БЎҒИМИ ФУНКЦИЯСИНИ ТИКЛАШ

Калит сўзлар: болалар, тирсак бўғим шикастлари, даволаш усуллари

Тирсак бўғими шикастларини даволашда ҳозирги вақтгача бир қанча даволаш усуллари мавжудлигига қарамасдан синишдан кейинги асоратлар ва қониқарсиз (15–81,5%) натижалар юқорилигича қолмоқда, синган суякларнинг битмай қолиш ҳолатлари эса 10,7 - 21% ни ташкил этмоқда. Болалар ва ўсмирларда тирсак бўғими шикастларини даволаш мураккаблиги тирсак бўғимининг анатомо-топографик тузилиши, синган марказий бўлакнинг кичиклиги ва бўғим капсуласи жароҳатининг юқорилиги билан боғлиқ. Илмий мақолада болалар ва ўсмирларда ушбу патологияни даволашнинг замонавий усуллари келтириб ўтилган.

Narzikulov U.K. Nishonov L.D.

RESTORATION OF ELBOW JOINT FUNCTION AFTER FRACTURE PROXIMAL PART OF RADIAL BONE IN CHILDREN

Key words: children, fractures of the elbow joint, methods of treatment.

The article deals with methods of treatment elbow fractures, proportion of complications and poor outcomes that were quite high (15–81,5%), and the risk of non-united fractures and false joints ranged from 10,7 to 21%. Difficulties of treatment for elbow fractures in children caused by number of features: complex anatomic and topographic location, small size of distal fracture fragment, frequency of damage of articular capsule. This review described modern methods of treatment children with that pathology.

Рузикулов У.Ш., Валиев Н.А.

БОЛАЛАРДА КЎКРАК ҚАФАСИ ГИРДОБСИМОН ДЕФОРМАЦИЯСИНИНГ БИРИКТИРУВЧИ ТЎҚИМА ДИСПЛАЗИЯСИ ОҒИРЛИК ДАРАЖАСИГА БОҒЛИҚЛИГИ

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Тадқиқот мақсади. Болаларда кўкрак қафаси гирдобсимон деформацясининг бириктирувчи тўқима дисплазияси оғирлик даражасига боғликлик томонларини ўрганиш.

Материал ва услублар. Қўйилган максадни амалга ошириш учун Тошкент педиатрия тиббиёт институтининг травматология ва ортопедия бўлимида даволанган 26 беморлар ўрганилди. Улардан ўғил болалар 16, қизлар 10 та, 14 тасини II даражали, 12 нафарини III даражали деформацияли беморлар ташкил қилади. Улардан 2 нафар бемор Марфан синдроми, 1 нафари Элерс-Данло синдроми бўлса, Марфансимон фенотип 11 та, Элерсимон фенотип 4 та ва классификацияланмагани 8 нафар беморлар.

Натижалар. Болаларда кўкрак қафаси гирдобсимон деформациясининг бириктирувчи тўқималар дисплазиясига, бу касалликда учраган фенотипик кўринишларга боғликлиги баҳоланди.

Кўкрак қафасининг гирдобсимон деформацияси (КҚГД) кўкрак қафасининг олд қисмида энг кўп учрайдиган ривожланиш аномалияларидан бири ҳисобланади ва барча деформацияларнинг 91% ни ташкил қилади. Бир гуруҳ олимларнинг таъкидлашича, аҳолининг 0,6%-2,3% да учрайди [4,7,8]. Бу деформацияда нафас ва юрак-қон томир тизимида жиддий функционал ўзгаришлар, шу билан бирга организмда модда алмашинувининг бузилиши юзага келиши кузатилади. Бу ҳолатлар кўкрак кафаси ҳажмининг кичиклиги, юракнинг силжиши ва ротацияси натижасида юзага келади.

Бу аномалиянинг келиб чиқишини изоҳловчи бир қанча назариялар мавжуд: ҳомиладордик даврида бачадон босими, рахит, ўпка реструкцияси, диафрагма аномалияси сабаб бўлиб, тўшнинг орқага сурилишига остеогенез ва хондрогенез бузилиши олиб келади [1,2]. КҚГД бўган беморларда биокимёвий текширувлар таҳлили натижасида тоғайдаги 2 тип коллагенларнинг структурасида ўзгаришлар, конда магний, рух, кальций миқдорининг ўзгариши ва коллаген синтезининг бузилиши аникланди.

Баъзи олимлар фикрича, бу деформациянинг келиб чиқишига наслий омиллар сабаб бўлиб, унинг асосида генетик ривожланиш нуқсони ётади [3,5]. КҚГД бириктирувчи тўкима носпецифик дисплазияси (БТНД) фенотипик белгиларидан бири ҳисобланади. Бу эса клиницистларни бириктирувчи тўқималар дисплазиясининг оғирлик даражасига боғлиқлигини ўрганишга ундайди. Бириктирувчи тўкима носпецифик дисплазияси генетик гетероген гуруҳдаги касалликларга киради ва бунинг асосида бириктирувчи тўқималар синтези бузилиши ётади. Бунга эрта эмбриогенез даврида генетик мойиллик ёки атрофдаги ташқи омилларнинг салбий таъсирлари сабаб бўлиши мумкин [6]. КҚГД бўлган беморлар фенотипининг бириктирувчи тўкима дисплазиясининг бошқа касалликлари белгилари ҳам беморларда кузатилишини бир-биридан ажратиш учун чуқурроқ текширишлар тақозо этилади.

Тадқиқот мақсади - болаларда кўкрак кафасининг гирдобсимон деформацясини бириктирувчи тўкима дисплазиясининг оғирлик даражасига боғлиқлик томонларини ўганиш.

Материал ва услублар

Тошкент педиатрия тиббиёт институтининг травматология ва ортопедия бўлимида даволанган 26 беморлар урганилди. Улардан ўғил болалар 16, қизлар 10 та, 14 таси II даражали, 12 нафарини III даражали деформацияли беморлар ташкил қилди. Улардан 2 нафар бемор Марфан синдроми, 1 нафари Элерс-Данло синдроми бўлса, Марфансимон фенотип 11 та, Элерсимон фенотип 4 та ва классификацияланмагани 8 нафар беморлар.

Ташхисни тўлиқ аниклаш учун беморларни комплекс клиник-рентген-функционал текширишлар: клиник-антропометрик, генеалогик текширув, торакометрия, фотография, биокимёвий текширув ва инструментал (ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография, спирография) ўтказилди. Беморлар генетик мутахассис текширувидан ўтказилди. Жисмоний ривожланиш даражасини Кетли IIиндекси, кўкрак қафасининг гирдобсимон деформация даражасини Гижицк индекси билан текширилди. Бириктирувчи тўқима носпецифик дисплазиясининг фенотипик белгиларини аниқлашда M.J.Glesby (1989) ва оғирлик даражаларини аниқлашда Т.И.Кадурина ва Л.Н.Аббакумова (2014) жадвалидан фойдаланилди.

Натижалар ва муҳокама

Кўкрак қафасидаги гирдобсимон ботиклик кўпчилик болаларда туғилгандан сўнг ҳаётининг эрта ёшларида пайдо бўлиши ва секин асталик билан чукурлик кучайиб бориши аниқланади. Бола йиғлаганда, чукур нафас олганда, тўш ва унга бириккан қовурғаларнинг ҳар хил даражада ботиши кузатилади. Бундай деформациялар ёши катталашган сари кучайиб бориш хусусиятига эга. Ёши каттароқ бўлган болаларда боланинг бўйи тезда ўсиши билан боғликлиги кузатилади. Бундан ташқари фақатгина кўкрак кафасидаги деформацияларгина эмас, балки организмнинг бошқа фенотипик белгиларига ҳам эътибор берилганда ККГК кузатилган болаларда уларнинг скелет-суяк, бўғимтизимида ва териларида, бундан ташқари ички аъзоларида ўзгаришлар ҳам учрайди. Кузатувимиздаги беморларда II-III даражали деформацияларни Гижицк индекси оркали аникланди ва куйидаги жадвалда ёритилди.

1-жадвал

ККҚГД нинг ёшига қараб тақсимланиши (n=26) (абс)

Деформация даражаси	Текширилувчиларнинг ёши					
	4-7 ёш		8-11 ёш		12-15 ёш	
	абс	%	абс	%	абс	%
II даража (n=8)	1	3,8%	4	15,4%	3	11,5%
III даража (n=18)	4	15,4%	8	30,8%	6	23,1%

Юқоридаги жадвалга асосан кўкрак қафасидаги деформациялар билан 11 ёшгача бўлган даврда мурожаат қилишган. Улардан 30,7% II даражадаги деформацияларда, 69,3% III даражадаги беморларда текшириш ва даволаш муолажалари ўтказилган. Бу маълумотлардан кўриниб турибдики, асосан III даражадаги беморлар, анамнезидан билишимизча, юқори нафас йўлларида тез-тез шамоллашлар билан мурожаат қилган ва даво муолажалари ўтказишга розилик билдирган. Деформациялар нисбатан каттарок беморларда, асосан ўсиши тезлашганда ҳам кузатилади.

Кўкрак қафасидаги гирдобсимон деформацияси бўлган беморларда бириктирувчи тўқима дисплазияси маркерлари (2-жадвал) балл тизимида кўрсатилган. Унда 4-7 ёшдаги 2 даражали ККҚГД бемор битта бўлганлиги учун ишончлилик даражаси пастлиги кўринади.

2-жадвал

БТД оғирлик даражасининг ККҚГД даражасига боғлиқлиги (M±m)

Текширилувчилар гурухи	БТНД даражаси (балларда)			
	Суяк-скелет, бўғим	тери-мушак	висцерал	жами
4-7 ёш				
II даража	8,5	4,5	0,5	13,5
III даража	8,7±1,25	7,75±2,89	2,12±1,31	18,5±5,4
8-11 ёш				
II даража	9,8±0,94	6,37±2,25	2,87±2,05	19,04±5,2
III даража	7,5±1,82	2,57±1,57	1,06±1,34	11,1±4,7
12-15 ёш				
II даража	6,1±0,57	2±2,6	1,16±1,25	9,26±4,4
III даража	7,1±1,21	2,25±1,57	1,5±1,18	10,8±3,96

Олинган натижалар шуни кўрсатадики, ККҚГД оғирлик даражаси БТД оғирлик даражасига мос келади. 4-7 ёшдаги болаларда БТД суммар кўрсаттичи 18,5±5,4, 8-11 ёшда 2 даражада 19,04±5,2, 3 даражада 11,1±4,7, 12-15 ёшдагиларда 2 даражада 9,26±4,4, 3 даражада 10,8±3,96ни ташкил қилди.

Болаларда ККҚГД даражаси БТД нинг оғирлик даражасини замонавий классификацияларда куриб чикиладиган фенотипик кўринишлари: суяк- скелет, астеник тип, долихоцефалия, сколиоз, кифоз; бўғим аномалиялари: бўғим гипермобиллиги, арахнодактилия, ясси оёк панжа; теридаги ўзгаришлар: нозик ва тез жарохатланадиган тери, кўп терлаш, тез конталашлар бўлиши ва теридаги стриялар ва бошка кўринишларнинг бўлиши билан характерланади.

Кузатувимиздаги беморларда 3 даражали ва тизимли касаллик кузатиладиганларда фенотипик курининшларнинг кўплиги ва ўз навбатида балларнинг юкорилиги аниқланди.Бундай маълумотларга асосланган ҳолда кўкрак қафасидаги гирдобсимон деформацияларнинг пайдо бўлиши бириктирувчи тўкималар дисплазиясининг оғирлик даражасига боғлиқлиги аниқланди.

Хулосалар

1. Кўкрак қафаси гирдобсимон деформациясининг келиб чиқиши бириктирувчи тўкима дисплазиясининг оғирлик даражасига боғлик.

2. Беморлардакўкракдаги деформацияларгина эмас, улардакўшимча фенотипик белгилар ҳам бирга учраши ва мос равишда БТД натижасидабу белгилар гирдобсимон деформация билан бирга ҳар хил даражаларда кузатилади.

Адабиётлар

1. Аранович А.М., Дьячкова Г.В., Климов О.В., Дьячков К.А. Клиническая дифференциальная диагнеостика некоторых системных дисплазий скелета. Гений ортопедии. 2014; 4: 63-66.
2. Гажеева С.М., Краснояров Г.А., Янкин А.В. Детерминация ортопедической патологии у детей с дисплазией соединительной ткани. Вестник Бурятского госуниверситета. 2010;12: 194-198.
3. Глотов А.В., Добрых С.В., Иванова Е.А., Плотникова О.В. Дисплазия соединительной ткани у лиц подросткового возраста: экспертиза профпригодности, профилактика и восстановительная коррекция. Омск: Издательство Омской государственной медицинской академии. 2014:208.
4. Джумабаев Ж.У., Гафуров А.А., Мирзакаримов Б.Х., Тошбоев Ш.О. Врожденные аномалии развития грудной клетки у детей. Сборник тезисов «II-съезд детских хирургов Республики Узбекистана». Ташкент.2011. 28-29.
5. Кадурина Т.И. Наследственные и многофакторные нарушения соединительной ткани у детей. Алгоритмы диагностики. Тактика введения. Медицинский Вестник Северного Кавказа. 2015;10 (1):35.
6. Стальмахович В.Н., Дуденков В.В., Дюков А.А. Факторы риска, влияющие на возникновение частичного рецидива воронкообразной деформации грудной клетки после торакопластики. Бюллетень ВСНЦ со РАМН. 2011; 1 (77): 159-162.
7. Francesca T., Macro G., Guglielmina P., Antonio M. Pectusexcavatum and MASS phenotype: An Unknown Association. Journal of laparoendoscopic&Advenced Surgical Techniques. 2012; 22: 508-513.
8. Ho Ch.K, HyukCh, Seung O.J et all. New Computerized Indices for Quantitative Evaluation of Depression and Asymmetry in Patients With Chest Wall Deformities. Artificial Organs2013, 37(8):712–718.

Рузикулов У.Ш., Валиев Н.А.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ СО СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Ключевые слова: дети, грудная клетка, воронкообразная деформация, дисплазия соединительной ткани

В данной статье изучен уровень связи соединительной ткани с дисплазией у 26 детей с гибридной деформацией грудной клетки. Мальчики составляют 16, девочки – 10, из них 14 с II степенью и 12 - с III степенью деформации. Из них двое с синдромом Марфана, 1-с синдромом Элерса-Данло, 11-с Марфаноподобным фенотипом, 4 с Элерсоподобным фенотипом и 8 - неклассифицированных больных. На основе баллов, было установлено, что все фенотипические проявления у пациентов связаны со степенью тяжести дисплазии и воронкообразной деформации грудной клетки.

Ruzikulov U.Sh., Valiev N.A.

RELATIONSHIP OF THORACIC FUNNEL SHAPE DEFORMITY WITH THE LEVEL OF CONNECTIVE TISSUE DISPLASIA

Key words: children, thorax, funnel deformity, connective tissue dysplasia

In this article the likelihood of connecting issues disp;easure on children which is a turbulent deformation of 26 chests. Of these 16 persent are boys, 10 persent are girls, 14 patients are hurt with first degree deformation, 12 of them are hurt with second degree. Among them, 2 of them have Maefan syndrome, one has Elers-Danlo syndrome, 11 patients have Marfan's phenotype, 4 of them have Eler's phenotype while 8 patients were not classified. A connection of these phenotypical conditions appeared in these patients. Accjrding to scores, with heaviness degree of displeasure and DWCH was indentifed.

Тошбоев С.М.,Тошпулатов Ф.Х, Кузиев О.Ж

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИЗНАКОВ КОЛОТО-РЕЗАНЫХ РАН

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Проведение сравнительного анализа признаков колото-резаных ран.

Материалы и методы.Нами было изучено 46 актов медико-криминалистического (МК) исследования за 2017 год, проведенных по поводу использования острых орудий, с точки зрения выявления каких-либо морфологических признаков колото-резаных ран, которые могли бы способствовать не столько определению механизма травмы, сколько установлению обстоятельств их возникновения.

Результаты.Применение указанных формул в практической деятельности врача судебно-медицинского эксперта позволяет с достаточно большой точностью определять способ нанесения колото-резаного ранения грудной клетки — был ли нанесен удар острым орудием или имело место падение пострадавшего на клинок ножа.

Определение способа нанесения телесных повреждений не является компетенцией судебно-медицинской экспертизы. Общепринятым при судебно-медицинских исследованиях считается установление наличия следов, их вида, механизма и условий образования. Вместе с тем, вопрос о способе образования повреждения иногда приходится разрешать судебно-медицинским экспертам, например, при проведенииисследований пореконструкциисобытий,когда определяют соответствие показаний участников событий о динамике причинения телесных повреждений объективным данным, добытым следственным и экспертным путем, а также устанавливают возможность образования исследуемых повреждений при конкретных обстоятельствах и условиях [1]. Такого рода экспертизы выполняются и в случаях нанесения колото-резаных повреждений. Этот вид исследований проводится как в отделах сложных экспертиз, так и в медико-криминалистических отделениях. По данным бюро судебно-медицинской экспертизы Удмуртской Республики, ежегодно среди механической травмы доля повреждений, причиненных острыми орудиями, составляет около 17%. В официальных источниках среди преступлений против жизни и здоровья граждан использование острых предметов составляет 1,4%. В процессе проведения исследований в медико-криминалистическом отделении такие сведения, как обстоятельства нанесения повреждений (бытовая ссора, умышленное убийство и т.п.), участники преступлений и орудия травмы обычно известны из постановлений, что позволяет достаточно достоверно судить о способе нанесения телесного повреждения.

Материалы и методы

Нами было изучено 46 актов медико-криминалистического (МК) исследования за 2017 год, проведенных по поводу использования острых орудий, с точки зрения выявления каких-либо морфологических признаков колото-резаных ран, которые могли бы способствовать не столько определению механизма травмы, сколько установлению обстоятельств их возникновения. Для сравнительного исследования были отобраны случаи с одной или двумя колото-резаными ранами на грудной клетке различной анатомической локализации, когда одним из основных вопросов в данных экспертизах был идентификация представленного орудия (ножа). Варианты, где не была известна глубина раневого канала, при анализе во внимание не принимались.

Результаты

Сведения из актов МК-исследований и основные характеристики колото-резаных ран, полученных в результате проведенных экспериментальных падений тела человека на фиксированный клинок ножа, были подвергнуты дискриминантному анализу. Предпочтение данному виду анализа для изучения полученных результатов было отдано в связи с тем, что традиционные статистические методыисследования основываются на изучении средних величин, что не позволяет выявить какие-либо особенности при анализе большого количества разнородных данных. Дискриминантный анализ позволяет изучать различия между двумя или более группами объектов по нескольким переменным одновременно. Основная идея дискриминантного анализа заключается в том, чтобы определить, отличаются ли совокупности по среднему какой-либо переменной (или линейной комбинации переменных), и затем использовать эту переменную, чтобы предсказать для новых членов их принадлежность к той или иной группе (задача классификации) [3]. Дискриминантный анализ был проведен с использованием компьютерной программы SPSS 13.0 for Windows. Для проведения анализа нами были подготовлены две сводные таблицы. В одной содержались результаты сравнительного исследования колото-резаных ран по данным медико-криминалистического отделения за 2017 год, в другой- результаты экспериментов. В качестве классифицирующего фактора была использована групповая принадлежность случаев. При анализе учитывались такие параметры, как длина тела, осаднение остроугольного и противоположного концов ран, длина клинка ножа и глубина раневого канала, разница между длиной клинка и глубиной раневого канала, наличие повреждений костного скелета грудной клетки в области входной колото-резаной раны. В экспериментальных повреждениях преобладание глубины раневого канала над длиной клинка было обозначено положительным числом, а в повреждениях, описанных в актах МК, преобладание длины клинка над глубиной раневого канала имело отрицательное значение. Изучение выписок из актов исследования трупов, отраженных в исследовательской части медико-криминалистических исследований показало, что ни в одном случае в области колото-резаного ранения не наблюдалось повреждение костного скелета. Также не нашло отражения и осаднение остроугольного конца в изученных ранах. К первой группе были отнесены экспериментальные данные, ко второй - данные медико-криминалистическихисследований. Для регистрации признаков была использована бинарная система: если он находил отражение в ране, то кодировался цифрой 1, если отсутствовал - 0. Проведенный дискриминантный анализ позволил увидеть, насколько учтенные нами показатели позволяют классифицировать исследованные случаи по указанным двум группам. В первой группе средний рост использованных в экспериментах биоманекенов составил 167,8 см, средняя глубина раневого канала — 15,3 см, разница между длиной клинка и глубиной раневого канала составляла 4,5 см. Во второй группе средний рост пострадавших был 169,6 см, средняя длина использованных для нанесения ран клинков ножей 13,6 см; разница между длиной клинка и глубиной раневого канала — 4,5 см. В результате дискриминантного анализа полученные данные можно выразить в линейном уравнении: Группа = a + b1*x1 + b2*x2 + ... + bm*xm; где: a — константа; b1 ... bm — коэффициенты регрессии; x1... xm — оцениваемые параметры. Коэффициенты регрессии нашего исследования представлены в таблице. На основании полученных коэффициентов было составлено линейное уравнения вида: F = рост*b1 + осаднение острого конца*b2 – осаднение противоположного конца*b3 – длина клинка*b4 + глубина раневого канала*b5 + разница между длиной клинка и раневого канала*b6 + перелом ребер*b7 + a. Для реализации задачи классификации случаев и распределения в группах в нашей работе были составлены уравнения с использованием конкретных коэффициентов и констант: F1 = рост*2,137 + осад. о. к.*2,523 – осаднение противоп. к.*5,214 – длина клинка*1,121 + глубина р. к.*1,775 + разница кл. и канала*0,004 + перелом ребер*7,201 – 194,298 F2 = рост*2,176 – осад.о.к.*5,797 – осаднение противоп. к.*5,191 – длина клинка*0,03 + глубина р. к.*2,359 – разница кл. и канала*1,624 + перелом ребер*2,654 – 191,033.

Коэффициенты классифицирующей функции

Параметры	Группы	
	Первая	Вторая
Рост	2,137	2,176
Осаднение острого конца	2,523	-5,797
Осаднение противоположного конца	-5,214	-5,191
Длина клинка	-0,030	-1,121
Глубина раневого канала	1,775	2,359
Разница между длиной клинка и глубиной раневого канала	0,004	-1,624
Наличие перелома ребер	7,201	2,654
Константа	-194,298	-191,033

В случаях проведения экспертиз по поводу одиночных колото-резаных ран грудной клетки, где необходимо определение способа её нанесения, одним из дополнительных методов для разрешения данного вопроса могут быть использованы указанные формулы. При этом необходимо подставить имеющиеся данные в предлагаемую формулу (наличие признака — 1, отсутствие — 0). Если полученная при использовании формулы № 2 цифра больше, чем цифра формулы № 1, то исследуемое колото-резаное ранение, вероятнее всего, образовалось от удара ножом, а не в результате несчастного случая. Предсказанная принадлежность случая к 1 группе по результатам анализа составляет 90,9%, ко 2-й — 98,1%. Применение указанных формул в практической деятельности врача судебно-медицинского эксперта позволит с точностью до 96% определять способ нанесения колото-резаного ранения грудной клетки — был ли нанесен удар острым орудием или имело место падение пострадавшего на клинок ножа.

Литература

1. Приказ № 161 от 24.04.2003 г. МЗ РФ «Об утверждении инструкции по организации и производству экспертных исследований в бюро судебно-медицинской экспертизы».
2. Закиров Т.Р. Некоторые морфологические признаки, позволяющие судить о способе нанесения колото-резаной раны. Проблемы экспертизы в медицине. 2006; 4: 11-13.
3. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. 2-е изд., перераб. и доп. Киев: МОРИОН, 2001: 408.

Тошбоев С.М.,Тошпулатов Ф.Х, Кузиев О.Ж

САНЧИБ КЕСИЛГАН ЖАРОҲАТЛАРНИНГ СОЛИШТИРМА ТАҲЛИЛИ

Калит сўзлар: морфологик белгилар, санчиб кесилган жароҳатлар,гуруҳий мансублик.

Мазкур ишда кўкрак қафаси санчиб кесилган жароҳатлари морфологик белгиларининг дискриминант таҳлили натижалари келтирилди. Олинган формула санчиб кесилган жароҳатларнинг етказилиш механизми тўғрисида юкори аникликдаги маълумотларни олиш имконини беради.

Toshboev S.M., Toshpulatov F.X., Kuziev O.J.

COMPARATIVE ANALYSIS OF FEATURES FOR STAB AND CUTTING WOUNDS

Key words: morphological characters, the stab and cut wounds, a group belonging

The article deals with results of discriminant analysis of morphological characters of stab and cutting wounds of thoracal group belonging to cases. The obtained formula allowed to determine enough big accuracy method of drawing stab and cut damages.

Тошбоев Ш.О., Абдуллажонов Х.М., Исмоилов Р.А.

ЧАҚАЛОҚЛАРДА КЎКРАК БЎШЛИҒИ АЪЗОЛАРИДА ЎТКАЗИЛГАН ОПЕРАЦИЯЛАРДАН КЕЙИНГИ ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ УСУЛЛАРИНИНГ ТАҚҚОСЛАМА ТАҲЛИЛИ

Андижон давлат тиббиёт институти

Тадқиқот мақсади. Чақалоқларда постторакотомик даврда экстраплеврал анальгезия техникасини қўллаш йўли билан антиноцицептив ҳимоя усулларини такомиллаштириш.

Материал ва услублар. Мазкур тадқиқот Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази, ҳудудий неонатал хирургия бўлимига кўкрак қафаси аъзоларининг туғма ва орттирилган хирургик касалликлари билан ётқизилган ва операциялар бажарилган чақалоқларда ўтказилди. Операциядан кейинги оғриқсизлантириш турига кўра бемор чақалоқлар 2 гуруҳга бўлинди:

Натижалар. Чақалоқларда постторакотомик даврда операциядан кейинги оғриқсизлантириш сифатида экстраплеврал анальгезия усули анъанавий оғриқсизлантириш усулларининг хавфсиз мукобили сифатида қўлланилиши мумкин. ЭПА усулини қўллаш операциядан кейинги даврда сунъий ўпка вентиляцияси давомийлигини сезиларли даражада қисқартириш имконини беради ва, ўз навбатида, СЎВ билан боғлиқ бўлган асоратлар сонини камайтиради. Тадқиқот натижаларидан олинган маълумотлар ЭПА усулини қўллашда антиноцицептив ҳимоянинг анча устунлигини намоён қилди ва ушбу усулни чақалоқлар ва эрта ёшли болаларда постторакотомик даврда оптимал оғриқсизлантириш усули сифатида тавсия қилиш имконини берди.

Охирги ўн йилликда жаррохлик технологияларининг жадал ривожланиши чақалоқлар ва эрта ёшдаги болаларда учрайдиган туғма ривожланиш нуқсонлари ва касалликларини жаррохлик йўли билан муваффақиятли даволаш имкониятини бермоқда. Ҳозирги пайтга келиб ташрихдан кейинги оғриқсизлантиришнинг турли хил усуллари тадбиқ қилинмоқда, бироқ торакотомиядан кейинги ўткир ва сурункали оғриқ синдроми амалиётчилар учун муаммолар туғдирмоқда [2, 10]. Торакотомиядан кейинги даврда интенсив оғриқ кузатилиши узоқ муддат опиоид анальгетиклар қўллаш заруратини туғдиради. Бироқ, наркотик анальгетикларни қўллаш бошқа асоратлар билан бир қаторда ҳушнинг секин тикланиши, нафаснинг кеч тикланиши ва нафас йўллари ҳимоя рефлексларининг йўқолиши каби ножўя таъсирлар келтириб чиқариши мумкин ва ўз навбатида, узоқ муддат сунъий ўпка вентиляцияси ўтказишни такозо қилади [4, 5, 7, 10]. Операцион жароҳат ва интенсив респиратор терапиянинг салбий таъсирлари, айниқса чақалоқларда, хавфли саналади, касалликнинг кечишини оғирлаштириш билан бирга неонатал ўлим кўрсаткичини юқори даражаларга олиб чиқади [1, 3, 6, 11].

Кўкрак соҳасининг паравертебрал неврал камали тўғрисида илк бор 1919 йилда Kappis маълумот берган. Паравертебрал бўшлиқнинг муфассал тавсифини эса 1979 йилда Eason ва Wyattлар берганлар [10].Паравертебрал камал педиатрия амалиётида муҳим ўрин тутади, бироқ мазкур усулнинг чақалоқларда қўлланилиши бўйича маълумотлар жуда кам келтирилган [5, 8]. Экстраплеврал анальгезия (ЭПА) техникаси маҳаллий анестетикларни анатомик жиҳатдан аниқ зоналарга юбориш имконини беради. Ретроплеврал катетер орқали юборилган маҳаллий анестетик қовурғалараро нервларни бевосита "ювиб" ўтади. Локал анестетикнинг умумий ҳажми ретроплеврал бўшлиқдаги барча, яъни тўртта қовурғалар орасида тарқалади. Чекланган майдонда препаратнинг юқори концентрацияси хосил бўлади, бу эса маҳаллий оғриқсизлантиришнинг самарадорлигини таъминлайди.

Тадқиқотмақсади - чақалоқларда постторакотомик даврда экстраплеврал анальгезия техникасини қўллаш йўли билан антиноцицептив ҳимоя усулларини такомиллаштириш.

Материал ва услублар

Мазкур тадқиқот Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази, ҳудудий неонатал хирургия бўлимига кўкрак қафаси аъзоларининг туғма ва орттирилган хирургик касалликлари билан ётқизилган ва операциялар бажарилган чақалоқларда ўтказилди. Операциядан кейинги оғриқсизлантириш турига кўра бемор чақалоқлар 2 гуруҳга бўлинди: I гуруҳда (17 нафар) операциядан кейинги оғриқсизлантириш фентанилнинг

2-3 мкг/кг/соат миқдорида узлуксиз вена ичи инфузияси орқали амалга оширилди (ОА-опиатли анальгезия); II гуруҳда (12 нафар) эса оғриқсизлантириш интраоперацион даврда экстраплеврал бўшлиққа ўрнатилган катетер орқали маҳаллий анестетикни юбориш йўли билан бажарилди (ЭПА). Маҳаллий анестетик сифатида 0,25% ли бупивакаиндан фойдаланилди ва унинг миқдори 0,2-0,3 мл/кг/соатни ташкил қилди. Операциядан кейинги оғриқсизлантириш турини танлаш операция бажарилишининг техник хусусиятлари (париетал плевранинг паравертебрал қисми бутунлигининг сақлаб қолиниши) билан боғлиқ бўлди. Нозологик бирликларга кўра беморлар тақсимоти 1-жадвалда келтирилган.

1-жадвал

Тадқиқот гуруҳларидаги беморларнинг нозологик шаклларга кўра тақсимланиши

Нозология	Гуруҳлар	
	I	II
Қизилўнгач атрезияси	8 (41,2%)	3 (25%)
Туғма диафрагмал чурра	2 (11,8%)	5 (41,7%)
Ўпка кистаси	2 (11,8%)	1 (8,3%)
Очиқ артериал йўл	1 (5,9%)	-
Лобар эмфизема	1 (5,9%	1 (8,3%)
Пневмоторакс	-	2 (16,7%)
Трахея қизилўнгач оқмаси	2 (11,8%)	-
Қизилўнгач атрезияси+қон томирли халқа	1 (5,9%)	-

Тадқиқотга киритилишга монелик қилувчи мезонлар: ҳаёт учун хавф солувчи ўта оғир ҳолатлар, операция ҳажмидан қатъий назар нафас етишмовчилиги билан кечувчи ва узоқ муддат респиратор терапия талаб қилувчи ҳамроҳ туғма ривожланиш нуқсонлари ёки касалликларнинг мавжудлиги, ўпка резекцияси, қайта торакотомия, гестацион ёшнинг 32 ҳафтадан камлиги, тана вазнининг 1200 г камлиги. ЭПА га қарши кўрсатма бўлиб эса ўпка ўсмалари, эмпиема, плеврит, коагулопатия, анестетикка юқори сезувчанлик ҳисобланди.

Операция охирида торакотомик кесманинг медиал қирғоғи орқали паравертебрал соҳада париетал плевра диссекцияси амалга оширилади. Плеврал вараклар сепарациясидан сўнг ҳосил бўлган ретроплеврал чўнтакка №18G ўлчамдаги перидурал катетер (Portex, Буюк Британия) операция кесмасидан юқорида 2-3 қовурғалар соҳасига ўрнатилади. Катетернинг дистал қисми алоҳида кесма орқали ташқарига чиқарилади ва терига маҳкамланади. Операциядан кейинги оғриқсизлантириш самарадорлиги 48 соат давомида баҳоланди. Анальгезия даражаси қуйидаги мезонлар бўйича 3, 6, 12, 24, 36, 48 соатдан сўнг амалга оширилди: 1) марказий ва периферик гемодинамика ҳолати (ЮҚС, АБ, диурез, капиллярлар тўлишиш тезлиги); 2) стресс индикатори сифатида қондаги қанд миқдори. Гликемия даражаси глюкометр ёрдамида аниқланди. Гемодинамик мониторинг "ЮМ 300" (Utas, Украина)полифункционал реанимацион-хирургик монитор ёрдамида амалга оширилди. Ҳар икки гуруҳ беморларда сунъий ўпка вентиляцияси (СЎВ) давомийлиги таққосланди. Тадқиқот мобайнида олинган натижаларга "SPSS Pro" дастури ёрдамида 95% ли ишонарлилик интервали ва Манн-Уитни, шунингдек Стьюдентнинг t-мезонларини аниқлаш орқали статистик ишлов берилди.

Натижалар ва муҳокама

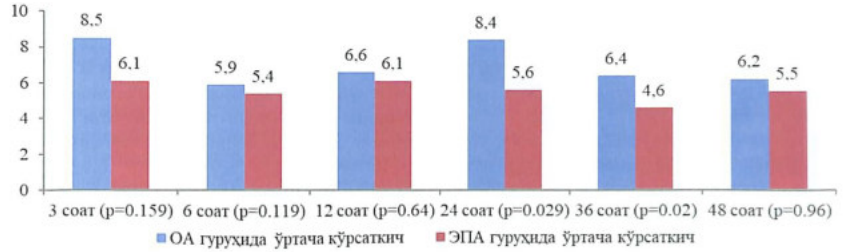
Операциядан олдин барча беморлар оғирлик даражаси ASA шкаласи бўйича баҳоланди, гемодинамик кўрсаткичлар ва периферик перфузия даражаси, шунингдек тана вазни ва беморлар ёши таҳлил қилинди. Таққосланаётган гуруҳ беморлари статистик жиҳатдан бир хил тонфаландилар (2-жадвал).

2-жадвал

Тадқиқот гуруҳларида ўрганилган кўрсаткичларнинг тақсимланиши

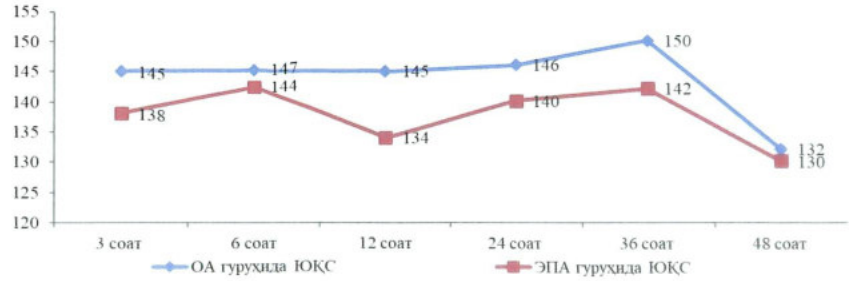
Кўрсаткичлар	Гуруҳлар		P
	I	II	
Ёши, сут.	23,18	16,63	0,85
Тана вазни, г	2836,0	2962,3	0,42
ASA бўйича ҳолати	III-IV	III-IV	0,58
Гликемия даражаси, ммоль/л	5,4	6,3	0,55
Юрак қисқаришлари сони, зарба/дақиқада	137	142	0,58
Систолик артериал босим, мм симоб уст.	73,4	70,4	0,42
Диастолик артериал босим, мм симоб уст.	42,9	39	0,28
Капиллярлар тўлишиш тезлиги, сек	2-3	2-3	0,70
Диурез, мл/кг/соат	2,8	2,1	0,20

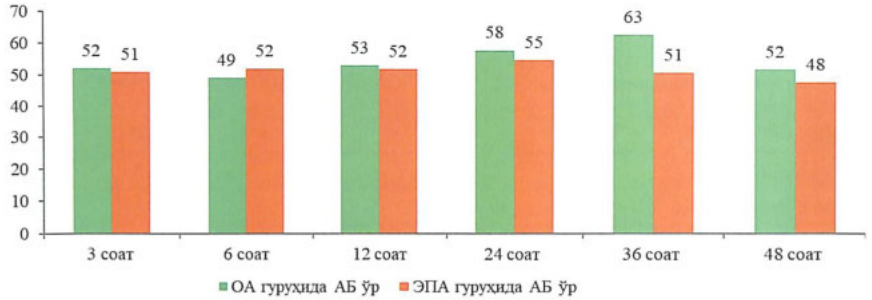
Операциядан кейинги даврда I гуруҳда (ОА) гликемия даражаси меъёрий кўрсаткичлардан юқорилиги ёки меъёрнинг юқори чегарасида эканлиги (5,8 дан 11 мооль/л гача) маълум бўлди ва 3, 6, 12, 24, 36, 48 соатдан сўнг мос равишда 8,5-5,8-6,5-8,2-6,5-6,1 ммоль/л ни ташкил қилди. II гуруҳда (ЭПА) қондаги қанд концентрацияси турғун колганлиги аниқланди ва таҳлил қилинаётган вақт оралиғида 5,8-5,4-6,3-5,6-4,3-5,6 ммоль/л ни ташкил қилди (1-расм).



1-расм. Тадқиқот гуруҳларида гликемия даражаси

Вақт ораликларида марказий гемодинамик кўрсаткичлар таҳлили I гуруҳдаги беморларда тахикардия ва гипертензияга мойиллик мавжуд эканлигини намоён қилди. II гуруҳ беморларда эса ЮҚС ва ўртача АБ ёш меъёрларида колганлиги маълум бўлди (2-расм).





2-расм. Тадқиқот гуруҳларидаги беморларда юрак қисқаришлари сони ва ўртача артериал босим динамикаси

Периферик перфузия ҳолатини баҳолаш индикатори сифатида ҳар соатдаги диурез миқдори ва капиллярларнинг тўлишиш тезлиги танлаб олинди (катехоламинлар таъсирида вазоконстрикция даражаси). Соатли диурез I гуруҳда 3,6, 12, 24, 36, 48 соатдан кейин 3,2-2,0-3,8-3,8-4,2-2,9 мл/кг/соатни ташкилқилган бўлса, II гуруҳда мазкур вакт ораликларида ушбу кўрсаткич мос равишда 4,0-3,2-3,5-4,8-5,2-4,1 мл/кг/соат миқдорида бўлди. Капиллярлар тўлишиш тезлиги ("оқ доғ" симптоми) I гуруҳда ўртача 3-4 сек, II гуруҳда 4-5 сек. дан ортмади. СЎВ нинг ўртача давомийлиги I гуруҳда 128 соатни, II гуруҳда эса 46,5 соатни ташкил қилди.

Шундай қилиб, чақалоқларда ЭПА усули катетернинг операция пайтида ўрнатилганлиги ва маҳкамланганлиги сабабли перкутан усул билан катетерлашдан кўра хавфи камроқ ва бирмунча афзалдир. Бу тез ва аниқ бажариладиган муолажа бўлиб, юз бериши мумкин бўлган асоратлар сонини камайтиради. ЭПА ўтказилганда фақатгина бир томонлама қамал юзага келиши сабабли гипотензия ва пешоб тутилиши каби ножўя таъсирлар жуда кам учрайди. Шу билан бирга нафас депрессияси хавфи кескин камаяди ва ўз навбатида, интенсив мониторинг ва махсус даволаш усулларига зарурат колмайди.

Экстраплеврал ёндошувда опиатлар қўлланилишига умуман зарурат йўқ деб бўлмаса-да, уларнинг қўлланилиши кескин чекланади. Чақалоқларда салбий реакциялар хавфининг олдини олиш мақсадида анестетикни узлуксиз юбориш усули қўлланилди. Махаллий анестетикни мунтазам юбориш педиатрия амалиётида ҳам дискрет юборишдан кўра афзалроқдир [6, 9, 11].

Дискрет неврал қамалнинг оғриқсизлантириш самараси максимум 6 соатга етади, ретроплеврал катетер орқали мунтазам юборилиши эса кувватлаб турувчи анальгезияни таъминлай олади. Бундан ташқари, бупивакаиннинг кондаги концентрацияда кескин ўзгаришлар кузатилмаганлиги сабабли унинг токсик таъсири камаяди ва гемодинамик кўрсаткичларнинг турғунлигини таъминлайди. Шу билан бирга, гликемия даражасининг меъёрий кўрсаткичлардан ортмаслиги ҳам чақалоқларда ЭПА усулини қўллаш орқали операциядан кейинги оғриқсизлантиришнинг сезиларли даражада самарали эканлигидан далолат беради.

Хулосалар

1. Чақалоқларда постторакотомик давр да операциядан кейинги оғриқсизлантириш сифатида экстраплеврал анальгезия усули-анъанавий оғриқсизлантириш усулларининг хавфсиз муқобили сифатида қўлланилиши мумкин.
2. ЭПА усулини қўллаш операциядан кейинги даврда сунъий ўпка вентиляцияси давомийлигини сезиларли даражада кискартириш имконини беради ва, ўз навбатида, СЎВ билан боғлиқ бўлган асоратлар сонини камайтиради.
3. Тадқиқот натижаларидан олинган маълумотлар ЭПА усулини қўллашда антиноцицептив ҳимоянинг анча устунлигини намоён килди ва ушбу усулни чақалоқлар ва эрта ёшли болаларда постторакотомик даврда оптимал оғриқсизлантириш усули сифатида тавсия килиш имконини берди.

Адабиётлар

1. Михельсон В.А., Жиркова Ю.В. Проблемные вопросы профилактики и лечения боли в отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Педиатрическая анестезиология и интенсивная терапия: Матер. III Российского конгресса. Москва. 2004: 32.
2. ОвечкинА.М.,Свиридов С.В. Послеоперационная боль и обезболивание: современное состояние проблемы //Регионарная анестезия и лечение острой боли. 2006; 1: 61-75
3. Сатвалдиева Э.А. Послеоперационное обезболивание у детей. Ташкент. 2008: 209 с.
4. Catala E., Casas J.I., Unzueta M.C. et al. Continuous infusion is superior to bolus doses with thoracic paravertebral blocks after thoracotomy. J.Cardiothorac. Vasc. Anesth. 1996; 10 (5) 586–588.
5. Conacher D. Thoracic anesthesia. Anesthesiology Clinics of North America. 2001; 13 (3): 348-352
6. Currie J.M.Stressandpainrelief in the care of the surgical neonate //Seminarsin Pediatric Surgery. 2008; 17 (4): 285–289.
7. Detterbeck F. Efficacy of Methods of Intercostal nerve Blockade for Pain Relief After Thoracotomy. Ann. Thorac. Surg. 2005; 80: 1550–1559.
8. Downs C.S. Continuous extrapleural intercostal nerve block for postthoracotomy analgesia in children. Anaesth. Intensive Care. 1997; 25: 390.
9. Gibson M.P. Use of Continuous Retropleural Bupivacaine in Postoperative Pain Management for Pediatpic Thoracotomy. J. Pediatr. Surg. 1999; 34: 199–201.
10. Polomano R.C., Dunwoody C.J., Krenzischek D.A. et al. Perspective on pain management in the 21st century. J.Peri.Anesth.Nurs. 2008; 23: 4–14.
11. Taylor B.J., Robbins J.M., Gold J.I. et al. Assessing Postoperative Pain in Neonates: A Multicenter Observational Study. Pediatrics. 2006; 118 (4): 992–1000.

Тошбоев Ш.О., Абдуллажонов Х.М., Исмоилов Р.А.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Ключевые слова: новорожденные, торакотомия, боль, экстраплевральная анальгезия, опиаты

Исследование проведено у детей, которым выполнена торакотомия по поводу врожденных пороковразвития и приобретенных заболеваний органов грудной клетки. Сравнивалась эффективностьпослеоперационного обезболивания методом продленной экстраплевральной анальгезии бупивакаином и внутривенной опиатной аналгезии фентанилом.

Toshboev Sh.O., Abdullajonov X.M., Ismoilov R.A.

PROMOTIONAL EFFICIENCY OF METHODS AFTER FUTURE OPERATIONS IN SMALL AND MEDITERRANEAN EXPERIENCES

Key words: newborns, thoracotomy, pain, extrapleural analgesia, opioids

The children after thoracotomy because of inborn malformations and acquired disease of thorax wereresearched. Efficiency of postoperative pain management in newborns after thoracotomy by extendedextrapleural analgesia of bupivacain and intravascular infusion of opioids was compared.

Тошбоев Ш.О., Қодиров М.А., Абдуллаева М.И.

ВЛИЯНИЕ ОБЩЕГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ПРОБУЖДЕНИЯ ПОСЛЕ МАЛЫХ ОПЕРАЦИЙ

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить характер изменений и скорость восстановления основных параметров центральной гемодинамики (ЦГ), а также определить положительные и отрицательные стороны методов общей анестезии у детей.

Материал и методы. Проведен анализ анестезиологических пособий у 120 детей в возрасте от 1 до 15 лет с риском анестезии I-IIASA. Все оперативные вмешательства выполнены в плановом порядке по поводу варикоцеле, фимоза, гидроцеле, крипторхизма и грыж различной локализации. Пациентам проводилась плановая хирургическая коррекция с использованием методик общей анестезии и ингаляционной анестезии на базе Андижанского областного детского многопрофильного медицинского центра.

Результаты. Анализ гемодинамических профилей показывает их достаточную стабильность и, в тоже время, наличие определенных закономерностей, отражающих особенности этапа оперативного вмешательства и гемодинамические эффекты используемых анестетиков. В периоде пробуждения после малых операций у детей отмечается переходный нормодинамический тип кровообращения, а в старшей возрастной группе состояние гемодинамики соответствует картине умеренной гиподинамии. Продолжительность периода пробуждения (по данным теста Bidway) при использовании внутривенной анестезии в сочетании с пропофолом длительность периода пробуждения у детей составляет от 1 до 2 часов.

В настоящее время анестезиологическое обеспечение детей занимает особое место в общем разделе анестезиологии, обусловленное анатомо-физиологическими особенностями детского организма [3]. По мнению многих авторов [1, 2, 6, 8], период постнаркозной реадаптации потенциально опасен для пациентов развитием целого ряда осложнений, таких как: дыхательные, циркуляторные, гастроинтестинальные, неврологические нарушения, ренальные. Активация и напряжение регуляторных систем вызывает более или менее выраженные изменения функций различных органов и метаболизма. На первом месте, как по значению, так и по уделяемому анестезиологами вниманию стоят гемодинамические реакции. Одним из наиболее показательных и важных исследований, являющимся объективным критерием оценки состояния организма, остается определение параметров центральной и периферической гемодинамики.До сих пор единая классификация осложнений, относящихся непосредственно к постнаркозному периоду, не принята, хотя имеется много предложений и вариантов, опубликованных в учебниках и руководствах, в основном, зарубежных [7].

Таким образом, в отечественной и иностранной литературе изучению проблемы пробуждения у детей уделяется недостаточно внимания. Представленные в работах осложнения, относящиеся непосредственно к постнаркозному периоду, касаются в основном взрослых.

Цель работы - изучить характер изменений и скорость восстановления основных параметров центральной гемодинамики (ЦГ), а также определить положительные и отрицательные стороны методов общей анестезии у детей.

Материал и методы

Проведен анализ анестезиологических пособий у 120 детей в возрасте от 1 до 15 лет с риском анестезии I-IIASA. Все оперативные вмешательства выполнены в плановом порядке по поводу варикоцеле, фимоза, гидроцеле, крипторхизма и грыж различной локализации. Пациентам проводилась плановая хирургическая коррекция с использованием методик общей анестезии и ингаляционной анестезии на базе Андижанского областного детского многопрофильного медицинского центра. Все пациенты разделены на две группы. В первой группе проводиласьингаляционная анестезия с последовательным применением севофлурана и изофлурана в сочетании с кислородно-воздушной смесью (анестезиологическая станция FabiusPlusX, Drager, Германия), причем севофлуран будет применяться на этапе индукции, а изофлуран - на этапе поддержания анестезии (n=60). Во второй группе проводилась тотальная внутривенная анестезия (ТВА) с использованием пропофола в возрастных дозировках (n=60). Пациенты в обеих исследуемых группах будут разделены на три возрастные группы: 1-3 года - младшая, 3-7 лет - средняя и 7-15 лет – старшая. Длительность наркоза в среднем составила 56,38±8,9 мин. Согласно данным анамнеза и клинического обследования дети не страдали иными соматическими, а также неврологическими заболеваниями. Функцию сердечно-сосудистой системы оценивали по данным ЦГ, основные показатели которой были получены с помощью ультразвукового аппарата Phillips HD-3000 и реанимационно-хирургического монитора «ЮМ-300Р» («UTAS», Украина). Определяли сердечный индекс (СИ), индекс ударного объема (ИУО), индекс общего периферического сосудистого сопротивления (ИОПСС).

Для объективизации состояния психических функций при пробуждении больных была использована система оценки степени исчезновения послеоперационной сонливости и восстановления ориентированности посредством теста Bidway [4]. С целью оценки послеоперационной боли и дискомфорта была использована шкала Hannallah [5]. Исследование показателей ЦГ и клинических данных проводилось на следующих этапах: 1 -й - до операции; 2-й - в первые минуты после окончания операции; 3-й - через 30 минут; 4-й - через 1 час; 5-й - через 2 часа; 6-й - через 4 часа. При обработке полученных данных применялись: вычисление средней арифметической - M, ошибки средней арифметической - m, t - критерий Стьюдента, Данна.

Результаты и обсуждение

В I группе больных пробуждение протекало относительно медленно. Открывание глаз по команде зафиксировано в среднем через 17,52±1,66 мин, ответы на простые вопросы получены через 20,56±1,28 мин, а ответы на сложные вопросы - через 30,07±2,21 мин. К моменту окончания операции средний балл по Bidway составлял 3,44±0,12. Уже через 30 мин после операции почти все дети (85,7%) отвечали на словесную команду, но только 3 из них (10,7%) правильно ориентировались в пространстве и во времени; среднее количество баллов составило 1,76±0,16. Через 1 ч после операции уже 92,9% детей хорошо ориентировались в пространстве и во времени, но чувствовали сонливость (рис.1.), в 2 случаях (7,1%) отмечалась пространственно-временная дезориентация; средний балл составил 1,21±0,11.

Изменения основных показателей гемодинамики отображены в таб.1. и рис.2.

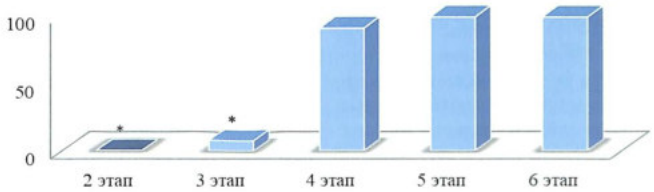


Рис. 1. Динамика восстановления сознания на этапах исследования (*-достоверность различий p<0,05 по сравнению с исходным уровнем)

Таблица 1

Основные показатели центральной гемодинамикиу детей первой группы

Показатель	До операции	После операции				
		В 1 мин	Ч-з 30 мин	Ч-з1 час	Ч-з 2 часа	Ч-з 4 часа
ЧСС,уд/мин	91,03±1,86	103,5±1,61*	103,3±2,6*	102,9±2,5	89,3±2,3*	90,4±2,4
САД, ммрт.ст.	83,9±1,8	85,1±2,3	86,7±1,2	87,6±1,1	85,8±1,8	83,3±1,12
УОС, мл	86,3±5,0	57,5±2,7*	60,0±1,9*	68,1±2,0*	74,5±3,0*	82,5±4,0
МОК, л/мин	7,9±0,3	5,9±0,2*	6,1±0,2*	6,9±0,2*	6,7±0,2*	7,5±0,2*
РЛЖ, кг/мин/м	4,0±0,3	3,1±0,2*	4,3±0,3*	4,5±0,24	4,9±0,3	4,35±0,27
ОПСС,дин/с	969,5±45,3	1057,6±38,0	1009,9±27,0	952,8±25	954,2±46,0	949,1±52,9
$Sp0_2$, %	99,3±0,2	97,1±0,3*	99,1±0,2*	99,3±0,2	99,4±0,2	99,4±0,2

Примечание: * - достоверность различия показателей (p<0,05)

Через 2 ч после окончания оперативного вмешательства средняя оценка по Bidway составляла 0,9±0,1 балла. К 6-му этапу исследования практически все дети чувствовали себя удовлетворительно, лишь 2 пациента (7,1%) отмечали наличие сонливости. Уровень дискомфорта по шкале Hannallah сразу после окончания оперативного вмешательства составил 0,07±0,05 балла. Через 30 мин данный показатель составлял 0,71±0,12 балла при наибольшем значении в 2 балла. Через 1 ч после операции средний показатель зафиксирован на уровне 1,0±0,16 балла при максимальном значении 4 балла. На 5-м и 6-м этапах исследования средний показатель составил 0,73±0,09 и 0,51±0,25 балла соответственно.

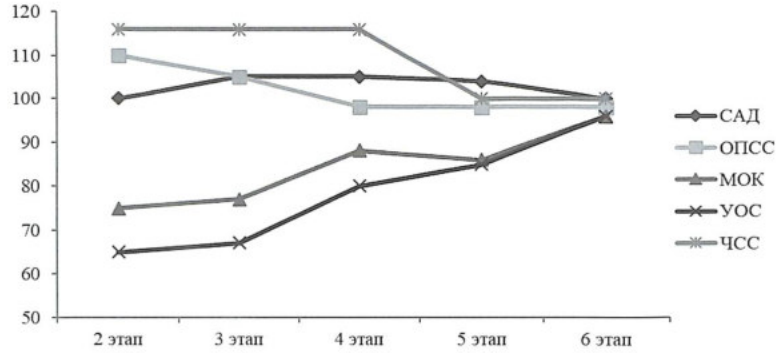


Рис. 2. Динамика показателей центральной гемодинамики в % от исходного этапа исследования у детей первой группы

В 2 случаях (7,1%) потребовалось проведение послеоперационного обезболивания. Первые минуты окончания оперативного вмешательства характеризовались стабильными показателями АД и ОПСС. УОС снизился на 33,4% (p<0,05), в то время как, на фоне компенсаторной тахикардии, МОК уменьшился на 24,8% (p<0,05). Одновременно с этим показатель РЛЖ уменьшился на 22,1% (p<0,05) по сравнению с исходным уровнем, $aSpO_2$ уменьшилась на 2,2% (p<0,05).Через 30 мин после операции почти все показатели ЦГ оставались прежними. Лишь РЛЖ выросла на 37,3% (p<0,05) и вернулась к исходному уровню, $aSpO_2$ выросла и достигла своего первоначального уровня. Начиная с 4-го этапа наблюдалось постепенное восстановление до предоперационного уровня измененных показателей ЦГ.Через 4 ч после операции достоверных отличий изучаемых показателей от исходных не было.В ходе исследования отмечены следующие нежелательные проявления: у 10,7% отмечался синдром озноба и мышечной дрожи, у 64,3% - повышение t°C до субфебрильных цифр, у 3,6% - головная боль, у 7,1% - тошнота, у 14,3% - неприятные сновидения и у 32,1% - двигательное беспокойство.

Как исходный уровень анализируемых параметров ЦГ, так и их абсолютные величины, регистрируемые в течение анестезии, во второй группе соответствовали компенсированному или субкомпенсированному состояниям сердечно-сосудистой системы. Данный факт, в значительной степени, является следствием эффективности предоперационной подготовки и адекватности анестезиологического пособия. Однако на этапах анестезии наблюдались определенные закономерности динамики параметров ЦГ, имеющие особенности в зависимости от используемого базисного анестетика. В табл. 2 представлены показатели ЦГ при внутривенной анестезии на основе мидазолама в сочетании с пропофолом после вводной анестезии АДср. Однако, на этапе кожного разреза АДср демонстрировало увеличение, превышающее исходный уровень, а затем (этапы 4,5) вновь снижалось и оставалось на уровне ниже исходного. К концу операции АДср приближалось к исходному. Динамика ЧСС характеризовалась снижением на 10%-20% после вводной анестезии (этап 2).

Таблица 2

Показатели центральной гемодинамики у детей второй группы при внутривенной анестезии на основе мидазолама с пропофолом, Me (25-75p)

Показатель	До операции	После операции				
		В 1 мин	Через 30 мин	Через 1 час	Через 2 часа	Через 4 часа
ЧСС, уд/мин	103,3 (89-123)	78,9 (75-100)*	83,3 (70-105)*	86,3 (80-95)*	94,5 (86-105)*	98,9 (89-115)
САД, ммрт.ст.	85,4 (70-90)	71,8 (65-80)*	92,9 (75-105)	76,5 (65-86)*	72,2 (64-80)*	68,2 (65-76)*
си, $_2$ л/мин/м	3,93 (3,4-4)	2,86 (2,7-3)*	2,6 (2,4-2,7)*	2,88 (2,5-3)*	2,93 (2,8-3)*	3,81 (3,2-4)
ИУО, мл/м²/уд.	45,5 (40-48)	37,8 (35-40)*	37,3 (35-39)*	34,6 (32-36)*	30,3 (28-34)*	37,5 (35-39)*
ИОПСС, дин* с/см⁵	2088 (1900-2220)	2887 (2600-2920)*	3088 (2900-3236)*	2785 (2620-2900)*	2699 (2580-2720)*	1576 (1460-1700)*

Примечание: *- p<0,05 различие с этапом 1, критерий Данна

Уровень ЧСС приближался к исходному, а к концу операции превышал таковой на 10-15%. СИ снижался после вводной анестезии и сохранялся на уровне ниже физиологической нормы. На 6 этапе наблюдалось повышение СИ до исходного уровня с последующим снижением на 10-15% к концу операции. Динамика ИУО была аналогична изменениям СИ. Следует отметить, что при использовании мидазолама максимальное снижение ИУО составляло 13 мл/м по сравнению с исходом и наблюдалось на 5-м этапе. На 6 этапе ИУО также был ниже исходного и еще больше снизился к концу операции на 20%. ИОПСС после индукции повышался, достигая максимума на этапе 3, где был выше на 47% и оставался повышенным по отношению к исходу.

Таким образом, ранний послеоперационный период у больных I группы протекал относительно гладко. Скорость пробуждения была достаточно низкой, однако полное восстановление сознания наблюдалось значительно быстрее (p<0,05) по сравнению с младшей возрастной группой. Сохранение у некоторых детей сонливости, вплоть до 6-го этапа исследования, не вызывало опасения. В данной группе все этапы исследования характеризовались стабильными показателями АД и ОПСС. В первые минуты после окончания операции было отмечено уменьшение УОС, МОК, РЛЖ, что может быть связано с некоторыми отрицательными гемодинамическими эффектами анестетиков. С 3-го этапа исследования восстановление РЛЖ до исходного уровня свидетельствовало о более эффективном использовании кислорода и энергии по сравнению с предыдущим этапом. От 4-го к 6-му этапу, по мере уменьшения явления постмедикации препаратов анестезии, происходило постепенное восстановление до исходного уровня измененных показателей ЦГ. Наиболее частыми нежелательными проявлениями в периоде пробуждения были повышение t°Си длительный послеоперационный сон. Параметры ЦГ при анестезии на основе мидазолама и пропофола были достаточно стабильны и имели меньшую вариабельность в пределах одного показателя, чем при использовании ингаляционных анестетиков. Таким образом, мидазолам в применяемых дозировках (0,07-0,22 мг/кг/ч) оказывал менее выраженное влияние на гемодинамику по сравнению с ингаляционными анестетиками. У всех обследованных пациентов IIгруппы методика ранней активизации соблюдалась максимально строго и осложнений не было. Однако можно полагать, что при активизации пациентов с некорригированной гипотермией, невосполненным дефицитом объема циркулирующей крови и других нарушениях протокола может развить-

ся чрезмерная активация нейроэндокринной системы с опасными осложнениями.

Выводы

1. Анализ гемодинамических профилей показывает их достаточную стабильность и, в тоже время, наличие определенных закономерностей, отражающих особенности этапа оперативного вмешательства и гемодинамические эффекты используемых анестетиков.

2. В периоде пробуждения после малых операций у детей отмечается переходный нормодинамический тип кровообращения, а в старшей возрастной группе состояние гемодинамики соответствует картине умеренной гиподинамии. Продолжительность периода пробуждения (по данным теста Bidway) при использовании внутривенной анестезии в сочетании с пропофолом длительность периода пробуждения у детей составляет от 1 до 2 часов.

3. Особенности депрессивного действия на гемодинамику у изучаемых анестетиков связаны с тенденцией к централизации кровообращения при использовании мидазолама и пропофола у детей, оперированных по поводу кардиохирургической патологии.

Литература

1. Буравцев В.А., Медвинский И.Д. Реадаптация после тотальной внутривенной анестезии в хирургии одного дня. Анестезиол. и реаниматол. 2007; 1: 67-69.
2. Габа Д.М., Фиш К.Дж., Хауард С.К. Критические ситуации в анестезиологии: Пер. с англ. М.: Медицина, 2000: 440.
3. Михельсон В.А. Анестезиология и интенсивная терапия в педиатрии. М.: Медицина, 2009: 464.
4. Михельсон В.А., Кажарская Е.А. Анестезиологическое обеспечение лапароскопических операций у детей. Проблемы и пути их решения. Анестезиол. и реаниматол. 2003; 1: 4-7.
5. Острейков И.Ф., Васильев Я.И., Пивоваров С.А. Общее обезболивание оториноларингологических операций у детей в стационаре одного дня. М., 2004: 28.
6. Салтанов А.И., Давыдов М.И., Кадырова Э.Г., Бошкоев Ж.Б. Раннее постнаркозное восстановление. Издательство «ВИТАР-М», 2000: 127.
7. Bigatello L. The Postanesthesia Care Unit. Clinical anesthesia procedures of the Massachusetts General Hospital (edited by J.K.Davison et al.), 2003: 342.
8. White P.F. Ambulatory anesthesia in the 21st century. Current Opinion in Anaesthcsiology. 2008; 11 (6): 593-594.

Тошбоев Ш.О., Қодиров М.А., Абдуллаева М.И.

КИЧИК ОПЕРАЦИЯЛАРДАН СЎНГ УЙҒОНИШ ДАВРИДА БОЛАЛАР МАРКАЗИЙ ГЕМОДИНАМИКАСИГА УМУМИЙ ОҒРИҚСИЗЛАНТРИШНИНГ ТАЪСИРИ

Калит сўзлар: умумий оғриксизлаштириш, постнаркоз реадаптация, марказий гемодинамика, болалар

Постнаркоз реадаптация даври болаларда бир қатор асоратлар ривожланиши, шунингдек гемодинамик бузилишларнинг ривожланиши билан хавфлидир. Мақолада "кичик" операциялар ўтказилган болаларда асосий марказий гемодинамик кўрсаткичларнинг ўзгариши ва тикланиш тезлиги тўғрисида маълумотлар келтирилган, шунингдек, умумий анестезиянинг ижобий ва салбий томонлари баён қилинган.

Toshboev Sh.O., Qodirov M.A., Abdullaeva M.I.

INFLUENCE OF GENERAL ANETHESIA ON CENTRAL HEMODYNAMICS OF CHILDREN AT WAKING UP AFTER SMALL OPERATIONS

Key words: general anesthesia, post-anesthetic rehabilitation, central hemodynamics, children

The article deals with period of post-narcotic rehabilitation that was potentially dangerous for children by development of number complications, one of which was hemodynamic disturbances. The article presents data on nature of changes and speed of recovery of main parameters for central hemodynamics in children after "small" surgical interventions, as well as the positive and negative aspects of general anesthesia methods.

Хамраев А.Ж, Эргашев Б.Б.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА МЕТОДАМ ТРАНСАНАЛЬНОГО ЭНДОРЕКТАЛЬНОГО НИЗВЕДЕНИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Республиканский перинатальный центр;
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Изучить эффективные методы хирургического лечения БГ у детей грудного возраста.

Материалы и методы. Нами за период 2007-2018 гг., путем сравнительной оценки изучены результаты эффективности метода Соаве в модификации Ленюшкина и Делаторре - Мандрагона при хирургическом лечении БГ у 79 детей грудного возраста, на основе клинических материалов баз кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ и РПЦ РУз. Возраст грудных детей составил: период новорожденности – 6; 1-3 мес. - 10; 3-6 мес.-24; 6-12 мес. - 39.

Результаты. При ректальных формах БГ оптимальным сроком радикальной операции считаем период грудного возраста и выбором радикальной операций является метод Делаторре - Мандрагона. При ректосигмоидальных формах БГ оптимальным сроком радикальной операции является грудной возраст и выбором операций является метод Делаторре-Мандрагона. При хирургическом лечении дистальных форм БГ у детей грудного возраста операция трансанальное эндоректальное низведение толстой кишки является более эффективным и малотравматичным методом выбора.

На современном этапе хирургического лечения БГ у детей грудного возраста, выбор высокоэффективных, радикальных и малотравматичных операций представляет особую актуальность.

В эволюции хирургического лечения БГ у детей, среди классических методов лечения, операция Соаве, хотя считалась более физиологичной, во избежание рецидивов болезни и послеоперационного осложнения несколько раз подвергалась модификациям: Болея, Ленюшкина, Жоржесона, Делаторре- Мандрагона. В связи с этим, каждый модифицированный метод Соаве при хирургическом лечении больных с БГ у детей грудного возраста требует оптимизацию показания, дифференцированного выбора, сроков проведения радикальных и паллиативных операций в зависимости от анатомической формы и степени течения заболевания. Поэтому ряд вопросов тактического и оперативно-технического плана по снижению последствий осложнений требуют научного обоснования, клинического уточнения и решения, которое является актуальной проблемой в детской хирургии.

Цель работы - изучить эффективные методы хирургического лечения БГ у детей грудного возраста.

Материалы и методы

Нами за период 2007-2018 гг., путем сравнительной оценки изучены результаты эффективности метода Соаве в модификации Ленюшкина и Делаторре - Мандрагона при хирургическом лечении БГ у 79 детей грудного возраста, на основе клинических материалов баз кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ и РПЦ РУз. Возраст грудных детей составил: период новорожденности – 6; 1-3 мес. - 10; 3-6 мес.-24; 6-12 мес. - 39. Среди них, 70 ранее оперированных детей с БГ, подвергались катамнестическому (анкетированию) и клиническому исследованию с целью изучения эффективности метода хирургического лечения. Больные распределялись на 2 группы: 1 - группа (36 случаев) – оперированных больных в грудном возрасте по методу Соаве – Лёнюшкина; 2 - группа (34 случаев) - оперированных детей по Делаторре - Мандрагона.

Всем больным проводились общефизикальные, лабораторные и специальные (полипозиционная ирригография - ППИ, МРТ и УЗИ с допплером) методы исследования. Проводили анкетирование оперированных больных обеих групп (в сроках 1- 13 лет) в отдаленном периоде, с целью изучения оптимизации более эффективных методов хирургического лече-

ния БГ, путем оценки в балльной шкале отдаленных результатов. При этом, с учетом ее характера акта дефекации, клинически оценивали их отдаленные результаты: хорошее - на «1» балл, удовлетворительное на «0,5» балл, неудовлетворительное на «0» балл. При этом, если суммарный балл составляет 4–6 баллов оценивали – хорошо; 2–3 балла – удовлетворительно; до 2 баллов – неудовлетворительно и соответственно этому разрабатывали тактику оперативного и консервативного лечения, включая реабилитацию.

Результаты и обсуждение

Как известно, до настоящего времени при хирургическом лечении БГ у детей раннего возраста, среди модифицированных классических методов, операция Соаве - Ленюшкина считалась оптимальной, физиологичной и популярной. Однако, она не лишена травматичности, многоэтапности, рецидивов болезни и послеоперационных различных осложнений со стороны органов брюшной полости, стенки живота и промежности. По методу Соаве – Ленюшкина, в процессе интраабдоминальной демукозации в стенке прямой кишки, максимально приближенной к анусу, часто повреждали внутренний анальный сфинктер или наборот неполноценное её выполнение приводило к рецидиву болезни. Более того, при демукозации в глубине таза, на фоне технической трудности, часто наблюдалось перфорация стенки прямой кишки, которая приводила к тазовому перитониту и межфутлярному абсцессу или интраоперационной излишней тупой травме инструментами соседних органов малого таза различной степени тяжести; в послеоперационном периоде способствовала нарушению крово- и лимфообращению. Также, со стороны брюшной стенки и промежности зафиксировано нагноение операционной раны. В отдаленном периоде последствия приводили к спаечной болезни, деформацию заднего прохода, промежности, недержанию кала и мочи, а также явились фоновом состоянием к раннему развитию заболеваний репродуктивных органов у мальчиков и девочек.

Поэтому, нами при хирургическом лечении БГ у детей грудного возраста с целью профилактики внутрибрюшного осложнения после операции по Соаве – Ленюшкина, применен трансанальное эндоректальное низведение толстой кишки по методу Делаторре-Мандрагона. При этом, выполняется демукозация трансанальным доступом при аганглиозе прямой и сигмовидной кишки с низведением её эндоректально. После резекции зоны аганглиоза накладывается первичный колоанальный анастомоз. При длинной зоне аганглиоза и выраженной супрастенотической дилатации толстой кишки, после трансанальной демукозации внебрюшинной части прямой кишки, пересекается наружный футляр на уровне переходной складки брюшины. Далее проводятся интраабдоминальная мобилизация зоны аганглиоза, путём лигирования краевых аркадных сосудов до уровни здоровой части толстой кишки. После резекции зоны аганглиоза с расширенной частью толстой кишки, накладывается прямой колоанальный анастомоз по возможности в соответствии диаметра кишки. При этом, все основные технические моменты операции (демуказация и мобилизация) Соаве выполняются при методе Делаторре-Мандрагона в ретроградном варианте, через трансанальный доступ.

Нами метод Делаторре-Мандрагона выполнен у 39 больных грудного возраста, без предварительного наложения колостомы, БГ с ректальной и ректасигмоидальной формой, длиной зоны аганглиоза 1,5-12 см. Среди них, 26 больным при длинной зоне аганглиоза (свыше 4 см), после трансанальной демукозации внебрюшинной части прямой кишки, пересекали наружный футляр на уровне переходной складки брюшины и интраабдоминально проводили мобилизацию зоны аганглиоза, путём коагулирования и лигирования крупных краевых аркадных сосудов до уровня здоровой части толстой кишки. После резекции зоны аганглиоза с супрастенотической расширенной частью ТК, накладывали прямой коло-анальный анастомоз. В прямую кишку вставляли катетер Фолея №28 и на место колоанального анастомоза вставляли турунду, пропитанную бальзамом «Бакстимс». Перевязку проводили после ежедневного очищения и орошения прямой кишки гипертоническим раствором поваренной соли и выписывали больного на 7-8 сутки после операции. По нашим клиническим наблюдениям во всех случаях, в интра- и послеоперационном периодах, ранние осложнения, связанные с техникой операции не наблюдались. Преимуществами данного метода явились: радикальность, относительная малотравматичность, отсутствие многоэтапности и соответственно послеоперационных осложнений со стороны брюшной полости, органов малого таза и промежности. Противопоказаниями явились: наличие острых воспалений, множественные глубокие и эрозивные язвы в слизистой ампулы прямой кишки и гнойные воспаления парианальной области.

При ежемесячном контрольном осмотре до трёх месяцев, жалобы со стороны матери были только запоры разной интенсивности, что связано с процессом рассасывания (до 2-3 мес.) нити (Викрил №0/4) на месте анастомоза. Поэтому, спустя 1 мес. после операции, для раннего купирования запора и профилактики стеноза, нами проводились очистительные клизмы с раствором ромашки и бужирование (до возрастной нормы) зоны анастомоза. С целью восстановления нервно-рефлекторной связи в аноректальной зоне проведено 1-2 курса электростимуляции. При этом постепенно ликвидировались признаки запора и восстановился нормальный акт дефекации в 3-4 месяцы после операции.

Ретроспективный анализ клинических результатов оперированных 36 больных с БГ (1-я группа), брюшно - промежностной проктопластики по методу Соаве- Ленюшкина показали, что у 35% пациентов в позднем периоде наблюдались нарушения акта дефекации по типу запора с полным и частичным отсутствием чувства к позыву. В отдаленном периоде (старше 12 лет) отмечались ранние признаки семяизвержения у мальчиков и нарушения менструального цикла у девочек. При обследовании (УЗИ и МРТ) органов малого таза у этих групп больных, у мальчиков выявлен хронический простатит и трактован как последствие интраоперационной тупой травмы предстательной железы, у девочек причинами нарушения менструации явились изгибы, перегибы маточной трубы, атипичное расположение яичников и спаечные процессы.

При ежеквартальном контрольном осмотре у второй группы больных клинические ранние признаки запора отмечены у 24% больных до полного восстановления функции зоны анастомоза. После реабилитационного лечения запор ликвидирован в течение менее 6 месяцев. Недержание кала отмечено у 23% больных до 3-6 мес., которое ликвидировано путем применения электростимуляции анального жома 1-2 курсами лечения с интервалом в 3 мес.. Таким образом, у второй группы детей, 34 больных после раннего реабилитационного лечения в отдаленном периоде, клиническое нарушение акта дефекации нами отмечено, как хорошее - 84,3%, как удовлетворительное - 15,7%). Нарушение акта мочеиспускания и патологии репродуктивных органов у детей старшего возраста и подростков не наблюдались.

Выводы

1. Применение трансанального метода Делаторре - Мандрагона в грудном возрасте при хирургическом лечение БГ, обеспечивает отсутствие рецидивов болезни, интраабдоминальных осложнений и минимизацию операционной травмы соседних тазовых органов, что является основой профилактики, в отдаленном периоде после операции, нарушение акта дефекации.

2. С учетом высокой радикальности, малотравматичности и отдаленных благополучных результатов, при хирургическом лечении БГ у детей грудного возраста трансанальное эндоректальное низведение толстой кишки по Делаторре-Мандрагона является методом выбора.

Литература

1. Воробьева Г.И., Ачкасов С.И. Болезни Гиршпрунга у взрослых. Практическое руководство. М.: Издательство «Литтера», 2009.
2. Ионов А. Л. и др. Хирургическая коррекция врожденных аномалий толстой кишки и аноректальной области. Детская хирургия. 2007; 3: 13-16.
3. Ленюшкин А. И., Комиссаров И.Н. Педиатрическая колопроктология. М. Санкт-Петербург, 2009.
4. Муратов И.Д. Радикальная хирургическая коррекция болезни Гиршпрунга у новорожденных и грудных детей. Детская хирургия. 2002; 6: 44-47.
5. Alexander H. et all. Hirschsprung's disease. J.Pediatr. Surg. Int. 2006; 4: 453-475.

Хамраев А.Ж. Эргашев Б.Б.

КЎКРАК ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА ГИРШПРУНГ КАСАЛЛИГИДА ЙЎҒОН ИЧАКНИНГ ТРАНСАНАЛ ЭНДОРЕКТАЛ ТУШИРИШ ХИРУРГИК УСУЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ

Калит сўзлар: Гиршпрунг касаллиги, эрта ёшдаги болалар, даволаш.

Ушбу мақолада Гиршпрунг касаллиги билан туғилган 70 та чақалокнинг колостома ёрдамида даволаш натижалари келтирилган. Уларнинг учта асосий вариантлари тахлил қилинган. Ўтказилган клиник кузатувларга асосланиб биз барча ичак дисфункцияси билан келган чақалокларга ташхисни тўлиқ аниклаш мақсадида, шу жумладан 2-3 ёшгача консерватив даво ёрдам бермаган болаларни хирургик бўлимга госпитализация қилиш ва ичак тутилиши холатларида ичаклар декомпрессияси мақсадида колостомия қўйиш хулосасига келдик

Ergashev B.B., Hamroev U.A.

TREATMENT HIRSCHSPRUNG'S DISEASE IN CHILDREN OF BREAST AGE BY THE METHOD OF TRANSANAL ENDORECTAL LOWERING OF LARGE INSTESTINE

Key words: Hirschsprung disease, young children, treatment

The article deals with results of Hirshprung disease in 70 newborns with the help of colostomy are given in present article. Three main variants of its current are analyzed. On the base of taken clinical observations we came to conclusion on hospitalization necessity of all the in newborns with intestine dysfunction to surgical departments for determination to surgical departments for determination of final diagnosis, and, also, non-efficacy of conservative therapy for 2-3 days, and, relapse of intestine occlusion are the display to operative decompression of intestine.

Хакимов М.А., Курбанов А.Х., Шамшиева Н.Н., Медведева Н.В.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ И ЭХОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧКИ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии;
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Изучить сравнительно рентгенологические и эхографические признаки туберкулеза почки.

Материал и методы. Проанализированы данные стандартного лучевого обследования, включающего экскреторную урографию и эхографию у 344 больных туберкулезом почки. Результаты исследования верифицированы на основании клинико-лабораторных, рентгенологических, радионуклидных и патоморфологических данных.

Результаты. Различные формы туберкулеза почки на эхограммах характеризовались очаговыми и органными признаками различной выраженности и зависели, прежде всего, от глубины наступивших патоморфологических изменений. Сравнительный анализ рентгенологических и эхографических методов исследования притуберкулезе почки показывает, что четкие признаки туберкулеза почки установлены на эхограммах почки у 261 (75,9%) больных, на экскреторных урограммах – у 176 (51,2%) пациентов. Эхография почки при туберкулезе почки обеспечивает получение дополнительной информации о характере и распространенности специфического процесса в почках. Ценность этого метода заключается в возможности многовариантного его использования не только в целях диагностики, но и для контроля в процессе лечения и в послеоперационном периоде. Самое важное, что ультразвуковые исследования почек при туберкулезе почки можно применять при сниженной функциональной способности почек, когда рентгеноконтрастные методы исследования неинформативны, а также при непереносимости рентгеноконтрастного вещества пациентами и у беременных.

Несмотря на достижения современной медицины, до 80% случаев туберкулез почки (ТП) диагностируют в поздних и запущенных стадиях [4]. Запоздалое выявление определяет значительную долю распространенных и осложненных форм мочеполового туберкулеза. Информативность того или иного метода эхографической и рентгенологической диагностики туберкулеза почки зависит от локализации, характера и выраженности деструктивного процесса. Характерные для туберкулеза почки признаки наблюдаются, как правило, при его далеко зашедших формах и представлены кавернозными образованиями и различными вариантами кальцификации [2, 3, 7].

Данные литературы по рентгенографии и эхографии различных форм туберкулеза почки противоречивы. До сих пор не определена эхографическая семиотика туберкулеза почки, не разработаны эхографические дифференциально-диагностические признаки поражения почек [1, 5].

Цель работы - с целью ранней диагностики деструктивных форм процесса изучить сравнительно рентгенологические и эхографические признаки туберкулеза почки.

Материал и методы

Проанализированы данные стандартного лучевого обследования, включающего экскреторную урографию и эхографию у 344 больных туберкулезом почки. Результаты исследования верифицированы на основании клинико-лабораторных, рентгенологических, радионуклидных и патоморфологических данных. Эхографию почек проводили на аппарате «Интерскан-250» (Германия), работающем в реальном времени с использованием линейных и секторальных датчиков частотой 3,5-5,0 МГц.

Результаты и обсуждение

Различные формы туберкулеза почки на эхограммах характеризовались очаговыми и органными признаками различной выраженности и зависели, прежде всего, от глубины наступивших патоморфологических изменений. Согласно нашим наблюдениям, увеличение размеров почки при различных формах туберкулеза почки выявлялись в 41,8% случаев, уменьшение размеров почки, связанные с фиброзными изменениями почки отмечено в 2 раза реже (19,5%). В 75,9% случаев при туберкулезе почки наблюдали неровность контуров почки, что связано с деструктивными изменениями паренхимы почки. Довольно часто у больных туберкулезом почки выявили поражения чашечно-лоханочного комплекса: деформация чашечно-лоханочной системы у 79,1%; уплотнение – у 67,2%; склерозирование – у 63,1%. Также была изучена эхогенность паренхимы почек при различных формах туберкулеза почки. Это проводилось, согласно разработанным критериям для пациентов с хронической почечной недостаточностью [6]. По нашим данным, при различных формах туберкулеза почки, чаще выявлялись повышение эхогенности паренхимы почки I (41,6%) и II (22,1%) степени, а также «петрификаты» в паренхиме почки (50,3%).

Среди обследуемых больных туберкулезом почки у половины были выявлены различного характера полостные образования в паренхиме почки (каверны). Одно полостное образование наблюдалось у 70 (39,8%), более одного полостного образования – у 106 (60,2%) больных туберкулезом почки. Каверны с гнойным содержимым или очищенные в виде гипо- и анэхогенного полостных образований в паренхиме почки выявлялись у большинства больных (64,2%). Каверны с фиброзным обызвествлением в виде гиперэхогенных полостных образований в паренхиме почки встречались в 2,6 раза реже (23,9%), чем каверны с гипо- и анэхогенными полостными образованиями. Стенки каверн были уплотнены у 110 (62,5%) и утолщены – у 96 (54,5%) больных. Нередко вокруг полостных образований наблюдались фиброзные изменения и деформации (65,9%). Наиболее часто полости распада в почке характеризуются с неровными контурами (85,8%) и неправильной формой (63,6%).

Сравнительный анализ эхографических и рентгенологических исследований 344 больных туберкулезом почки установил различия в диагностической ценности этих методов. Четкие эхографические признаки туберкулеза почки были установлены у 76,2% и рентгенологические – у 51,2% больных (табл. 1).

Таблица 1

Сравнительная характеристика рентгенологических и эхографических методов исследования при различных формах туберкулеза почки, n (M±m%)

Методика	Число больных	Признаки заболевания		
		четкие	сомнительные	отсутствуют
1. Эхография почек	344	261 (75,9±2,3)	38 (11,0±1,6)	45 (13,1±1,8)
1.1.Ограниченные формы ТП	70	32 (45,7±5,9)	16 (22,9±5,0)	22(31,4±5,5)
1.2.Распространенные формы	274	229 (83,6±2,2)	22 (8,0±1,6)	23 (8,4±1,6)
2. Экскреторная урография	344	176 (51,2±2,6)	77 (22,4±2,2)	91 (26,4±2,3)
2.1.Ограниченные формы ТП	70	53 (75,7±5,1)	12 (17,2±4,5)	5 (7,1±3,0)
2.2.Распространенные формы ТП	274	123 (44,9±3,0)	65 (23,7±2,6)	86 (31,4±2,8)

При ограниченных формах туберкулеза почки четкие эхографические признаки определяли реже (45,7%), чем рентгенологические – 75,7%; а при распространенных формах туберкулеза почки, наоборот, эхографические четкие признаки туберкулеза почки выявляли чаще (83,6%), чем рентгенологических (44,9%).

Это подтверждено материалами по характеристике лучевых методов исследования при различных формах туберкулеза почки. При туберкулезном папиллите почки четкие эхографические признаки заболевания встречались в 1,7 раза реже, чем рентгенологические (45,7% и 75,7% соответственно, P< 0,01); напротив, у больных кавернозной формой туберкулеза почки четкие эхографические признаки туберкулеза почки выявлялись чаще, чем рентгенологические (78,7% и 47,5% соответственно, P<0,01). При поликавернозных и фиброзно-кавернозных формах туберкулеза почки четкие эхографические признаки встречались почти у всех (90,7%) больных, напротив, четкие рентгенологические признаки - только у 1/3 больных (P<0,01). При туберкулезном нефроциррозе четкие эхографические признаки установлены также часто (90,5%). Наоборот, в этой группе больных, за счет «немой» почки и распространенности специфического процесса, рентгенологические четкие признаки заболевания выявлены лишь в 14,3% случаев. У больных с туберкулезным пионефрозом четкие эхографические признаки заболевания встречались в 83,3% случаев, напротив, рентгенологические четкие признаки пионефроза в этих группах больных не выявлены. Это объясняется отсутствием паренхимы и значительными морфологическими изменениями почки. У больных туберкулезом единственной почки, проведенный нами анализ показал отсутствие статистических различий в частоте четких эхографических и рентгенологических признаков заболевания. При туберкулезе единственной почки, часто встречаются ограниченные формы туберкулеза почки и выражены фиброзные изменения в паренхиме и чашечно-лоханочной системе. У больных с посттуберкулезным гидронефрозом четкие эхографические признаки заболевания установлены в 94,8% случаев, а рентгенологические четкие признаки встречались лишь в половине случаев.

Таким образом, четкие признаки туберкулеза почки установлены на эхограммах почки у 261 (75,9%) больных, на экскреторных урограммах – у 176 (51,2%) пациентов. Эхография почки при туберкулезе почки обеспечивает получение дополнительной информации о характере и распространенности специфического процесса в почках. Ценность этого метода заключается в возможности многовариантного его использования не только в целях диагностики, но и для контроля в процессе лечения и в послеоперационном периоде. Самое важное, что ультразвуковые исследования почек при туберкулезе почки можно применять при сниженной функциональной способности почек, когда рентгеноконтрастные методы исследования неинформативны, а также при непереносимости рентгеноконтрастного вещества пациентами и у беременных.

Выводы

1. Эхографические признаки туберкулеза почки прямо зависят от глубины патоморфологических изменений.

2. Выявлены при туберкулезе почки главные и вторичные эхографические признаки. Главные признаки характеризуют сам туберкулез («петрификаты» в паренхиме; полостные образования в паренхиме неправильной формы с утолщенными, уплотненными стенками и неровными контурами), вторичные – обусловлены изменениями вокруг специфического очага (изменение размеров почки, деформация, склероз, уплотнение и расширение чашечно-лоханочной системы; повышение и/или снижение эхогенности паренхимы почки).

3. Сравнительный анализ рентгенологических и эхографических методов исследования при туберкулезе почки показывает, что четкие признаки заболевания установлены при эхографии почек в 76,2%; а при экскреторной урографии – в 51,2% случаев.

4. При запущенных деструктивных формах туберкулеза почки четкие эхографические признаки выявляются чаще (86,8%), чем рентгенологические – (51,2%). Эхография почек является высокоинформативным методом выявления туберкулеза почки, точность метода составляет 78,5%, специфичность – 89,7%.

Литература

1.Журавлев В.Н., Голубев Д.Н., Новиков Б.И., Скорняков И.Д. и др. Особенности выявления и тактика ведения больных туберкулезом мочеполовых органов. Урология. 2012; 1: 11-15.

2.Камышан И.С. Оценка современных методов диагностики туберкулеза почек. Урология. 2006; 4: 57-61.

3.Нерсесян А.А., Меркурьева Я.А., Зюзя Ю.Р., Батыров Ф.А. Мультиспиральная компьютерная томография в диагностике туберкулеза органов мочевой системы. Мат. VIII Российского съезда фтизиатров. 2007: 328-329.

4. Нерсесян А.А., Зюзя Ю.Р., Меркурьева Я.А., Конышев А.В., Флигиль Д.М., Батыров Ф.А. Комплексная диагностика туберкулеза мочевого пузыря с применением иммуногистохимического метода исследования. Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2010; 7: 58-62.

5.Рахматуллин Р.Р., Сигаев А.Т., Батыров Ф.А. Применение нефросцинтиографии для исследования функционального состояния почек у больных туберкулезом мочевой системы. Мат. VIII Российского съезда фтизиатров. 2007: 332-333.

6.Ольховская Б.Б. Почечная недостаточность у детей: эхографические аспекты. Урология. 1999; 6: 43-45.

7.Benchekroun A., Lachkar A., Soumana A. et al. Urogenitaltuberculosis. 80 cases. Ann. Urol (Paris). 1998; 2: 89-94.

Хакимов М.А., Курбанов А.Х., Шамшиева Н.Н. Медведева Н.В.

БУЙРАК СИЛИГА ТАШХИСЛАШДА, РЕНТГЕНОЛОГИК ВА ЭХОГРАФИК ТЕКШИРИШЛАРНИ СОЛИШТИРМА ХАРАКТЕРИСТИКАСИ

Калит сўзлар: экскретор урография, буйрак сили, эхографияси.

344 беморларда ультратовуш эхосемиотикасини ва бундан ташкари эхотомографияси меъзони асосида аниклаш, буйрак силини умумий текширишни, буйрак силида патоморфологик ўзгаришларни, ультратовуш текширувда, асосий ва иккиламчи белгилар ажратилади. Асосий белгилар буйрак силида шу билан характерланади, паренхимасида петрификатлар, паренхимада четлари ноаник шаклдаги калинлашган, калин деворли хосила билан. Иккиламчи белгиларга ўчок атрофидаги носпецифик ўзгаришлар, деформациялар, склеротик ўзгаришлар буйрак коса ва жомини калинлашиши, каттиклашиши ёки ультратовуш текширувида буйрак паренхимаси эхогенлиги ошиши ёки камайиши киради.

Khakimov M.A., Kurbanov A.Kh., Shamshieva N.N., Medvedeva N.V.

COMPARATIVE CHARACTERISTIC RADIOGRAPHICS AND ECHOGRAPHIC STUDIES IN DIAGNOSIS OF TUBERCULOSIS OF KIDNEY

Key words: excretory urography, sonography, tuberculosis of the kidney

To organize the ultrasonic echosemiotics and echotomography criteria for the detection of tuberculosis of the kidney, subjected to a comprehensive survey of 344 patients. Ultrasound signs of tuberculosis of the kidney directly depend on the depth of pathomorphological changes.The main and secondary ultrasound signs were revealed in tuberculosis of the kidney.Main features characterize the tuberculosis ("petrificada" in the parenchyma; cavernous formations in the parenchyma irregular in shape with thickened, thickened walls and irregular contours), secondary – due to changes around a specific focus (change the size of the kidney, deformation, sclerosis, induration and enlargement of Cup-pelvis-plating system; increase and/or decrease in echogenicity of renal parenchyma).

Хожелепесова Р.А.

ЭНТЕРАЛЬНОЕ И ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ У ДЕТЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Улучшить результаты лечения детей с хирургическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта путем разработки нутритивной коррекции пищевого статуса в периоперационном периоде.

Материалы и методы. Все обследуемые пациенты (44 детей 3-15 лет) получали обязательный компонент лечебных мероприятий, проводимых при критических состояниях, включая парентеральное питание. В 1-2 сутки послеоперационного периода всем больным проводилась пассивная декомпрессия ЖКТ с помощью назо-интенстинального зонда и полное парентеральное питание. Начиная с 3 суток послеоперационного периода, в основной группе больных нутритивная поддержка носила смешанный характер: энтеральное и парентеральное питание. Изучали изменения параметров общего белка, альбумина и уровня лимфоцитов

Результаты и обсуждение. В период 4-9 суток, направленность динамики показателей менялось. Нарастающая гипопротеинемия, гипоальбуминемия, уменьшение числа лимфоцитов в обеих группах отражают тяжесть системной воспалительной реакции. Происходило улучшение биохимических и иммунологических показателей как отражение позитивного сдвига в состоянии больных. У больных контрольной группы уровень общего белка, альбумина увеличивались на 25%,28% соответственно, тогда как в основной группе эти показатели возрастали достоверно в большей степени – на 33% и 43% соответственно. Число лимфоцитов в контрольной группе увеличилось в 2 раза, а в основной – в 3 раза. Полученные результаты подтверждаются значительной разницей в сроках пребывания пациентов в основной и контрольной группах в реанимационном отделении (10,6 суток и 16,2 суток соответственно).

Согласно современным концепциям, синдром кишечной недостаточности (СКН) представляет собой патологическое состояние с нарушением моторной, гомеостатической и барьерной функций кишечника, характеризующийся определенной стадийностью и развивающийся на фоне самых различных заболеваний [11]. Современные источники различают три стадии синдрома кишечной недостаточности: кишечный стаз - острые нарушения моторики без скопления в кишке газов и жидкости, при этом микроциркуляция, всасывание и структура эпителиоцитов сохранены; кишечный парез – нарушение моторики сопровождается скоплением в кишке газов и жидкости, а также мальабсорбцией, венозным стазом и изменениями эпителиоцитов; динамическая кишечная непроходимость и энтероррагия – выраженные нарушения артериальной и венозной микроциркуляции, прогрессирующая гипоксия и глубокая дистрофия энтероцитов, растяжение кишечных петель, отсутствие перистальтики, нарастающий дефицит воды, электролитов и лабильных белков [8].

Как показывают многочисленные исследования, при нарушениях питания в значительной степени снижается эффективность лечебных мероприятий, в 6 раз увеличивается количество инфекционных и септических послеоперационных осложнений, в 11 раз ухудшается показатель летальности [3, 7, 11]. При неадекватном лечении и снижении массы тела пациентов на 5%, продолжительность нахождения детей в стационаре возрастает в 3,3 раза [9, 10, 13].

СКН замыкает порочный круг формирования и поддержания полиорганной недостаточности и гиперметаболизма. Прогрессирующее течение гиперметаболизма приводит к специфической органной дисфункции и белково-энергетической недостаточности, причем резкое повышение потребностей организма в энергетических субстратах сопровождается выраженной толерантностью тканей к их усвоению [2, 6]. В таких условиях необходимо направить значительную часть лечебных усилий на обеспечение организма необходимыми пластическими и энергетическими материалами и скорейшее восстановление функций кишечника. Раннее энтеральное питание в этом аспекте преследует в основном три цели: поддержание метаболизма энтероцитов, пластический обмен которых во многом зависит от наличия внутрипросветных питательных веществ, интенсивности мембранного пищеварения и всасывания [5]; скорейшее разрешение моторных и секреторных нарушений кишечника посредством пищевой стимуляции; частичное обеспечение потребностей организма в белках, жирах и углеводах.

Однако можно заметить, что раннее подключение энтерального питания к лечебному процессу связано с рядом трудностей, таких как невозможность усвоения полимеров в связи с секреторной недостаточностью, затруднением всасывания мономерных смесей в связи с их высокой осмолярностью, быстрое инфицирование питательных смесей [1, 2].

Современные подходы к лечению СКН базируются на раннем введении в лечебный процесс энтерального и парентерального питания, начиная с глюкозо-солевых смесей с последующим постепенным переходом на мономерные питательные смеси в комбинации с парентеральным питанием, объем которого постепенно уменьшается. Критерием возможности увеличения доли энтерального питания является расчет усвоенного объема питательной смеси.

При хирургических заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), особенно в условиях низкого запаса питательных веществ и высокой напряженности обменных процессов, растущий организм быстро реагирует на недостаток нутриентов нарушением физического и психического развития, ослаблением естественного и приобретенного иммунитета [4, 5, 14]. Хирургическое вмешательство, независимо от вида сопровождающей его анестезии, является мощным стрессовым фактором и вызывает перестройку нейро-эндокринной системы организма. В условиях повышенных энергозатрат защитная реакция организма проявляется мобилизацией белково-энергетических ресурсов и направлена на сохранение гомеостаза [1, 3, 6, 8].

У детей с нарушением питания и сниженной иммунной резистентностью на фоне синдрома гиперметаболизма и ишемии кишечной стенки, после оперативных вмешательств по поводу воспалительно-деструктивных заболеваний органов брюшной полости и колоэзафагопластики, резко возрастает вероятность возникновения недостаточности межкишечного анастомоза [9, 12, 13].

Оперативные вмешательства приводят к нарушению полостного пищеварения вследствие дисфункции желез панкреато-дуоденальной зоны. Компенсаторным механизмом, обеспечивающим гидролитические процессы в тонкой кишке в раннем послеоперационном периоде, является мембранное пищеварение. Эффективным мембранное пищеварение становится лишь при использовании предварительно частично гидролизованных нутриентов в виде смесей для энтерального питания [4,6,8]. Однако, учитывая важность фактора питания в структуре лечебного процесса, появления новых питательных смесей особую актуальность приобретает рациональный выбор адекватной нутритивной поддержки у педиатрических пациентов [4,7,11].

Цель работы - улучшить результаты лечения детей с хирургическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта путем разработки нутритивной коррекции пищевого статуса

в периоперационном периоде.

Материалы и методы

Исследование проведено у 44 детей (3-15 лет), госпитализированных по поводу гнойно-воспалительных заболеваний органов брюшной полости. Анализированы пациенты с разлитым фиброзно-гнойным перитонитом в двух группах: 1-я группа – при применении парентерального (ПП) питания (гипералиментация по Дадрику) после абдоминальных операций; 2-я группа – при применении Скандинавской методики энергетического обеспечения. Осуществлено клиническое исследование (масса тела, рост, индекс массы тела, индекс Кетле), определение периферической (АДс, АДд, АД ср динам.ЧСС) и центральной (ЭхоКГ) гемодинамики, метаболизма (общий белок, остаточный азот, электролиты), иммунологические показатели.

Все обследуемые пациенты получали обязательный компонент лечебных мероприятий, проводимых при критических состояниях, включая парентеральное питание. В 1-2 сутки послеоперационного периода всем больным проводилась пассивная декомпрессия ЖКТ с помощью назо-интестинального зонда и полное парентеральное питание. Начиная с 3 суток послеоперационного периода, в основной группе больных нутритивная поддержка носила смешанный характер: энтеральное и парентеральное питание. Парентерально-энтеральное питание начиналось с введения в назо-интенстинальный зонд глюкозо-солевых растворов – 100-200 мл в первые 12 часов, со скоростью 30-70 мл/час. Затем, начиная с 3-4 суток, при условии стабилизации гемодинамики и стойкой тенденции к уменьшению застойного отделяемого из ЖКТ, в назо-интенстинальный зонд начинали введение полимерной сбалансированной безлактознойизокалорической смеси «Нутризон». В контрольной группе нутритивная поддержка продолжалась проведением ППглюкозо-аминокислотными смесями с добавлением витаминов и электролитов по стандартной методике – 150-230 г/сут. глюкозы и 320 мл растворов аминокислот, что обеспечивало сточный колораж 1380 – 1520 ккал/сут. и 37-82 г/сут. белка.

Таблица 1

Протокол парентерально-энтерального питания детей с гнойно-воспалительными заболеваниями органов брюшной полости (абс).

Сутки	Объем нутризона (мл)	Скорость введения (мл/час)	Энергия (ккал)	Содержание белка (г)	Парентеральное питание	
					Глюкоза (г)	Аминокислоты (мл)
3-4	300	25	300	12	380±20	1000
5-6	500	25	500	20	360±10	1000
7-8	1000	75	1000	40	280±20	400
9-12	2000	100-125	2000	80	200±30	
12 и более	2500	150	2500	100	140±20	

Результаты и обсуждение

Согласно полученным данным, представленным в табл.2, динамика изменений биохимических показателей в обеих группах в период 1-4 суток имела одинаковую направленность, и полученные результаты достоверно не отличаются. Нарастающая гипопротеинемия, гипоальбуминемия, уменьшение числа лимфоцитов в обеих группах отражают тяжесть системной воспалительной реакции. Но в дальнейшем, в период 4-9 суток, направленность динамики показателей менялось. Происходило улучшение биохимических и иммунологических показателей как отражение позитивного сдвига в состоянии больных. У больных контрольной группы уровень общего белка, альбумина увеличивались на 25%, 28% соответственно, тогда как в основной группе эти показатели возрастали достоверно в большей степени – на 33% и 43% соответственно. Число лимфоцитов в контрольной группе увеличилось в 2 раза, а в основной – в 3 раза. Анализируя клиническую характеристику осложненного гнойно-воспалительного процесса, заметно, что у 72% больных основной группы раннее включение энтерального питания в комплексе нутритивной поддержки принесло положительный эффект Отмечалось постепенное уменьшение количества застойного отделяемого по зонду из желудка, вводимого параллельно с интестинальным зондом – в среднем от 300±25,3 до 132±21,2 мл в сутки. Прогрессивно восстанавливалась моторно-эвакуационная функция ЖКТ. У пациентов основной группы реже возникали эрозивные повреждения ЖКТ (у 18% больных по сравнению с 48% в контрольной группе), в меньшем числе случаев отмечалось несостоятельность швов передней брюшной стенки (24% и 35% соответственно).

Таблица 2

Результаты исследований белкового обмена и иммунной системы в основной и контрольной группах (M±m)

Показатели	Сутки	Основная группа	Контрольная группа
Общий белок (г/л)	1	60,4±2,85	60,8±2,7
	4	45±1,2	43±2,6
	9	60±2,3	54±2,4
Альбумин (г/л)	1	28,4±0,2	29,1±0,6
	4	23±1,2	22,6±2,2
	9	33±0,1	29±1,2
Лимфоциты (х 10^9)	1	1,0±0,2	1,0±0,1
	4	0,5±0,2	0,5±0,2
	9	1,5±0,2	1,0±0,2

Искусственная вентиляция легких (ИВЛ) входит в комплексную терапию полиорганной недостаточности у больных с системной воспалительной реакцией. В основной группе анализируемых больных длительность ИВЛ составила 4 суток, тогда как в контрольной группе – 8. Частота летальных исходов в контрольной группе составила 2,5%, а в основной группе летальных исходов не было. У 28% больных ранняя энтеральная терапия оказалась неэффективной. Введение «Нутризола» сопровождалось усилением вздутия кишечника, тошнотой и рвотой, нарастающими потерями по назо-интенстинальному зонду (от 230±28 до 280±21 мл/сутки). В связи с этим энтеральное введение «Нутризона» было приостановлено. Как правило, все эти больные нуждались в санационных оперативных вмешательствах и осуществления парентерального питания.

Учитывая вышеизложенное, можно отметить более благоприятное клиническое течение гнойно-воспалительных процессов в брюшной полости у пациентов, получавших смешанную нутритивную поддержку с применением сбалансированной смеси «Нутризон» в ранние сроки, по сравнении с пациентами, находящимися на полном парентеральном питании. Полученные результаты подтверждаются значительной разницей в сроках пребывания пациентов в основной и контрольной группах в реанимационном отделении (10,6 суток и 16,2 суток соответственно).

Литература

1. Бахман А.У. Искусственное питание. СПб., 2001: 190
2. Вельтищев Ю.Е. Рост ребенка: закономерности, вариации, соматотипы, нарушения и их коррекция. Росс. вестн. перинатол и педиат. Приложение. М., 2010: 78-91
3. Гальперин Ю.М., Лазарев П.И. Пищеварение и гомеостаз. М. «Наука». 2008: 188.
4. Истомин Н.П., Багдатьева М.Г., Ламзина Е.А. Парентеральное питание в послеоперационном периода. Вестник интенсивной терапии. 2003; 1: 71-72.

5. Исаков Ю.С., Михельсон В.А. Штатное М.К. Инфузионная терапия и парентеральное питание в детской хирургии. М., 2005: 228
6. Каримов Ш.И., Асраров А.А., Сафаев Б.Б. Парентерально-энтеральное питание больных с гнойным разлитым перитонитом. Росс. журн. гастроэнтерол., гепатолог., колопрактол. 2006; 6 (2): 27-34.
7. Кулебрас Х.М., Попова Т.С., Лоренцо А.Г. Парентеральное питание в до- и раннем послеоперационном периоде. Нерешенные вопросы и противоречение. Вопросы питания. 2007; 6: 24-30.
8. Лутф В.М., Костюченко А.Л. Клиническое питание в интенсивной медицине. СПб, 2017: 234.
9. Мамонтова О.А., Мартынов А.М., Гельфанд Е.Б. Парентеральное питание в хирургии. Росс. мед журнал. 2002; 10 (4): 172-175.
10. Мухина Ю.Г., Майорова О.А., Боровик Т.Э. Метаболические изменения при болезнях тонкой кишки и энтеральное питание. Педиатрия. 2000; 3: 64-66.
11. Попова Т.С., Шестопалов А.Е., Тамазашвили Т.Ш., Лейдерман И.Н. Нутритивная поддержка больных в критических состояниях. М.: «М-Вести», 2018: 219.
12. Пугаев А.Ф., Федоренко Н.А. Оценка эффективности искусственного питания у хирургических больных. Совр. медицина. 2002; 12: 31-38.
13. Рагимов А.А., Щербакова Г.Н., Соловьева И.Н. Парентеральное питание в хирургии. М., 2009: 138.
14. Уголев А.М. Мембранное пищеварение. М.: «Наука», 2017: 225.

Хожелепесова Р.А.

БОЛАЛАРДА ИЧАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ СИНДРОМИНИ ДАВОЛАШДА ЭНТЕРАЛ ВА ПАРЕНТЕРАЛ ОЗИҚЛАНТИРИШ

Калит сўзлар: болалар, ичак етишмовчилиги синдроми, энтерал ва парентерал озиклантириш

Тадқикот мақсади болаларда ошқозон ичак трактида жарроҳлик амалиёти ўтказилгандан сўнг парентрал озиқлантириш билан даволаш натижасини яхшилаш. Барча текширувдан ўтган беморлар (44 та 3-15 ёшгача) ва зарур бўлган даволаш билан бирга парентерал озиқлантириш ўтказилган. Беморларда жарроҳлик муолажасини ўтказилгандан кейинги 2-3 кунлари назо-интенстинал найча ва тўлиқ парентерал озиқлантириш билан ошқозон ичак трактига суст декомпрессия ўтказилди. Жарроҳлик амалиётидан кейинги 3-чи кундан бошлаб асосий гуруҳ беморларга аралаш турдаги энтерал ва парентерал озиқлантириш ўтказилди. Умумий оқсил, альбумин ва лимфоцитлар кўрсаткичларининг ўзгариши кузатилди. Беморларда жарроҳликдан кейинги 4-9 кунлари кўрсаткичлар ўзгарди Иккала гуруҳда ҳам яллиғланиш сабабли кучайиб борувчи гипопротеинемия, лимфоцитлар сонини камайиши, гипоальбуминемия камаймади. Беморларда биокимёвий ва иммунологик кўрсаткичлари яхши тарафга ўзгаришни бошлади. Назорат гуруҳидаги беморларда умумий оксил ва альбумин миқдори 25%, 28% га, асосий гуруҳдаги беморларда кўрсаткичлар ишончли даражада 33%, 43% гача кўтарилди. Лимфоцитлар сони назорат гуруҳида 2 ҳисса, асосий гуруҳда 3 ҳиссага кўпайган. Жонлантириш бўлимида асосий ва назорат гуруҳ беморларнинг колиши сезиларли фарқ қилишини олинган натижалар тасдиклади (мос равишда 10,6 кун ва 16,2 кунлар).

Khozhelepesova R.A.

ENTERAL AND PARENTERAL NUTRITION IN CHILDREN AT TREATMENT SYNDROME OF INTESTINAL INSUFFICIENCY

Key words: children, syndrome of intestinal insufficiency, enteric and paternal nutrition

The article deals with improved results of children (44 from 3-15 years old) treatment with surgical diseases of gastrointestinal tract by working out nutritional correction of feeding status in postoperative period. All patients received must-have set of therapeutic procedures, during critical state, including parenteral feeding. On 1-2 days of postoperative period, all patients were undergone to passive decompression of gastrointestinal tract by nasal intestinal probe and complete parenteral feeding. On the 3 day of postoperative period in the main group of patients the nutritional support had mixed character: enteral and parenteral. Changes in general protein, albumin parameters and the level of lymphocytes were studied. From the 4 to 9 days the directionality of for indices dynamics changed. The improvement of biochemical and immunological signs was as reflection of positive change in the patients' state. The level of general protein, albumin in patients of controlled group increased in 25%, 28% respectively, whereas in the main group these parameters increased significantly in 33% and 43% respectively. The number of lymphocytes in controlled group increased twice as much, and in main – three times as much. The received results were confirmed with considerable difference at time of staying in resuscitation department of patients in the main and controlled groups (10, 6 and 16, 2 days respectively).

Ахмедова М.М., Шарипов Р.Х.

ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ПНЕВМОНИИ

Самаркандский медицинский институт

Цель исследования. На основе комплексного изучения состояния парциальных функций почек у детей раннего возраста, больных пневмонией с поражением почек разработать принципы ранней дифференциальной диагностики поражений почек обменного генеза.

Материалы и методы. Нами изучены парциальные функции почек у 121 больных с пневмонией, имеющих дисметаболические нефропатий и 20 больных пневмонией без дизметаболических нефропатий (ДЗМН). Этим детям функция клубочкового аппарата оценивалась по клиренсу эндогенного образования, аммиака, титруемой кислотности, осмолярность мочи, метаболиты (оксалаты, ураты, мочевая кислота).

Результаты. У больных детей пневмонией с дизметаболической нефропатией отмечалось изменение парциальных функций почек, структурно-функциональных состояний цитомембран эритроцитов, а также усиления перекисного окисления липидов. В связи с чем, было рекомендовано метаболическая коррегирующая терапия этих детей.

Заболевания почек у детей являются распространенной патологией от 16.6 до 54:1000 детской популяции и в силу частоты латентного течения, склонности к хронизации представляет собой актуальную проблему современной педиатрии. Широкое внедрение в клиническую нефрологию клинико-генетических и биохимических методов исследования позволило установить изменение их нозологической структуры, учащение мультифакториально обусловленных клинических форм [3]. Так, по данным эпидемиологических исследований преобладающими в структуре нефропатии (34-40%) [1] являются нефропатии обменного генеза в т.ч. 10-19% оксалатные, 14-29% уратные нефропатии. При этом почечная патология манифестируется и устанавливается в связи с патологий органов дыхания - среди новорожденных, находящихся в отделении патологии новорожденных 34,2% [5], среди детей раннего возраста, находящихся на лечении по поводу различных бронхолегочных заболеваний 17-35%, а при стафилококковых инфекциях 78,6%. Более того, после ликвидации основного заболевания от 24,2 до 31,5 % детей выписываются с остаточным мочевым синдромом [2]. В свете сказанного становится ясным, что существующие представления о мочевом синдроме у детей раннего возраста, при наиболее распространенной в данном возрасте бронхолегочной патологии как о преходящем состоянии («инфекционная почка», «токсическая почка», «токсико-инфекционная почка») таит в себе значительную угрозу здоровью растущего организма. Существует несколько причин: во-первых, известно, что развитие токсических состояний вообще у детей раннего возраста (в т.ч. обуславливающих поражение почек) явление не случайное и в их развитии существенное значение играют токсикозы беременных, наличие наследственных нарушений обмена веществ, отягощенная нефропатиями наследственность, во-вторых, именно такое начальное проявление типично для большинства наследственных, дизметаболических и врожденных заболеваний почек, имеющих наиболее серьёзный прогноз [2,6]. На практике даже многократные эпи-

зоды мочевого синдрома на фоне различных интеркуррентных заболеваний до настоящего времени продолжают оцениваться в качестве инфекционной или токсической почки. Между тем, современные методы обследования детей и родственников, широким внедрением в нефрологическую практику генетических и биохимических методов исследования позволяют уточнить метаболические нарушения, обуславливающие поражение почек с трудно дифференцируемым мочевым синдромом [4].

Цель работы - на основе комплексного изучения состояния парциальных функций почек у детей раннего возраста, больных пневмонией с поражением почек разработать принципы ранней дифференциальной диагностики поражений почек обменного генеза.

Материалы и методы

Нами изучены парциальные функции почек у 121 больных с пневмонией, имеющих дисметаболические нефропатий (ДЗМН) и 20 больных пневмонией без дизметаболических нефропатий (ДЗМН).

Функции клубочкового аппарата оценивались по клиренсу эндогенного на Van Slayke.

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

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

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

Результаты и обсуждение

У всех больных с пневмонией отмечалась тенденция к снижению суточного диуреза, а у больных пневмонией с ДЗМН нарушениями достоверно снижалось до 0,37±0,013 по сравнению со здоровыми детьми 0,450±0,038 ($p<0,001$) и у больных пневмонией без ДЗМН 0,430±0,021 ($p<0,05$). Снижение клубочковой фильтрации обнаружено у больных пневмонией с ДЗМН до 0,97±0,17 мл/сек ($p<0,05$), что, по-видимому, связано с гемодинамическими нарушениями на фоне инфекционно-токсического поражения легких, гипертермии, микроциркуляторных расстройств.

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

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

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

Значительное увеличение экскреции оксалатов с мочой выявлено у детей пневмонией с ДЗМН до 244,0 ±1,8 мкмоль/с по сравнению со здоровыми детьми 110,0 ±10,5 ($p<0,001$), и с группой детей пневмонией без ДЗМН 130,0±11,5 ($p<0,05$), что, возможно, носит характер вторичной оксалурии, являющейся результатом нестабильности цитомембран почечного эпителия на фоне интоксикации организма, гипоксии, электролитных нарушений, сопровождающих развитие воспалительного процесса в легких.

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

У больных пневмонией с ДЗМН отмечалось почти двухкратное возрастание экскреции уратов и мочевой кислоты, соответственно 6,9 ±0,22 ммоль/с и 6,64 ±0,36 ммоль/с по сравнению с показателями у здоровых детей ($p<0,001$) и детей с пневмонией без ДЗМН 3,18 ±0,20 ($p<0,05$) и 5,2±0,3 ($p<0,05$). Увеличения экскреции уратов и мочевой кислоты можно связать с усилением катаболических процессов на фоне гипертермии, гипоксии и распадом пуриновых оснований, что вызывает

увеличение уровня мочевой кислоты в крови. Таким образом, функциональные нарушения почек свойственны пневмонии у больных пневмонией без ДЗМН концентрация нефротоксических метаболитов (уратов, оксалатов, МК) не достигает величин, оказывающих нефротоксическое действие и по мере проведения направленной терапии пневмонии, диеты и водного режима снижалась концентрация уратов, оксалатов, мочевой кислоты, чему соответствовало исчезновение таких клинических проявлений как пастозность век, лица, нормализация диуреза. В ряде работ показана высокая эффективность комплексного фитонирингового препарата канефрон в лечении и профилактике микробно-воспалительных и дисметаболических процессов мочевыдилительной системы [3].

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

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

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

Наиболее высоким показателем осмолярности мочи отмечалось у больных с МКБ 976 ±62,6 ммоль/с (р<П,П5), ИН 898 ±62,5 ммоль/с ($p<0,05$) и ПН 886 ±58,74 ммоль/с ($p<0,05$) по сравнению со здоровыми детьми 627±61,7 ммоль/с.

Таким образом, снижение функции ацидоаммониогенеза выявлено в группе больных с ИН, по сравнению с больными с ПН и МКБ, что характеризует напряженность компенсаторно-адаптационных возможностей почек по поддержанию кислотно-основного состояния (КОС) организма в условиях тканевой гипоксии, дыхательного и метаболического ацидоза при пневмонии.

Увеличение экскреции нефротоксических метаболитов (оксалатов отмечена при ПН 226,0±23,0 ммоль/с ($p<0,05$), МКБ 262,7±49,8 ммоль/с ($p<0,01$), и ИН 243,2±28,4 ммоль/с ($p<0,05$), по сравнению со здоровыми детьми. Экскреция уратов при ПН составило 6,22±0, 52 ммоль/с, МКБ 8,3±1,32 ммоль/с ($p<0,001$), ИН 6,36±0,26 ммоль/с ($p<0,001$), по сравнению со здоровыми детьми. Экскреция мочевой кислоты наиболее высок у больных при пиелонефрите 7,1±0,3 ммоль/с ($p<0,01$), при МКБ 6,26 ±0,53 ммоль/с ($p<0,05$) и ИН 6,55±0,37 ммоль/с ($p<0,05$), по сравнению со здоровыми детьми 4,13±0,21 ммоль/с.

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

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

Таким образом, выраженные изменения канальцевых функций почек у детей раннего возраста, больных дизметаболическими нефропатиями, недостаточность их адаптивных

реакций в условиях гипоксии и особенно при воздействии инфекции, являясь фактором, влияющим на течение пневмонии, способствуют хронизации патологического процесса в почках и увеличивают риск развития у них интерстициального нефрита, микрокристаллизации, камнеобразования. Лечение в этих случаях без дифференцированной коррекции дизметаболизма, с ориентиром преимущественно лишь на мочевой синдром может привести к стабилизации и хронизации почечного процесса, которые обретают самостоятельную важную медицинскую и социальную значимость.

Литература:

1. Ахмедова М.М., Шарипов Р.Х., Расулова Н.А. Дизметаболическая нефропатия. (Учебно-методическая рекомендация. Самарканд, 2015: 26)
2. Гресь А.А., Вощула В.И., Рыбина И.Л., Шлома Л.П. Мочекаменная болезнь: опыт применения и эффективность Канефрона Н. Медицинские новости. Минск, 2004; 8: 89-93
3. Ишкабулов Д.И., Ахмедов Ю.М. Наследственные заболевания почек. В кн. Нефро-урология у детей. Ташкент, 2008: 205-207)
4. Папаян А.В., Савенкова Н.Д. Клиническая нефрология детского возраста. СПБ, 2008: 600
5. Таболин В.А., Вирбицкий В.Н., Чугунова О.А. Диагностическое наблюдение детей, имевших нефропатию в неонатальном периоде. Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. 2000; 3: 42-47
6. Coe FL, Evan AP, Worcester EM. Three Pathways for human kidney stone formation. Urol. Res 2010; 38: 147-160

Эрта ёшдаги болалардаги зотилжамда дисметаболик нефропатия

Таянч сўзлар: эрта ёшдаги, сийдик синдроми, дизметаболик нефропатия.

Дисметаболик нефропатия фонида зотилжам билан оғриган 121 нафар эрта ёшдаги болалар, шунингдек сийдик синдромисиз кечаётган зотилжам касаллиги шу ёшдаги 20 нафар болалар текширилди. Болаларда буйракнинг парциал фаолияти қуйидаги текшириш усуллари ёрдамида баҳоланди: коптокча фильтрацияси, аммиак, титрланувчи кислоталик, сийдикнинг осмолярлиги, метаболитлар (оксалатлар, уратлар. сийдик кислотаси) нинг бир кеча-кундузлик скрининги. Зотилжам билан оғриган дисметаболик нефропатияли болаларда буйрак парциал фаолияти, эритроцитлар цитомембранаси структур-функционал ҳолатининг сезиларли даражада ўзгарганлиги, липидлар перекисли оксидланиши жараёнининг кучайиши аникланди. Буйрак зарарланиши кузатилган бемор болаларга коррекциялаш максадида метаболитли даволаш буюрилди.

Akhmedova M.M., Sharipov R.Kh.

DISMETABOLIC NEPHROPATHY IN CHILDREN OF EARLY AGE WITH PNEUMONIA

Key words: early age, urinary syndrome, dysmetabolic nephropathy.

121 children with pneumonia on dismetabolic nephroparthy background were investigated, and 20 children with pneumonia without urinary syndrome. It were performed following methods of kidney partial functions investigation of: glomerulus filtration, ammonia, acidity, osmotic quality of urine, daily metabolites screening (oxalates, urates, urine acid). In patients with pneumonia on dismetabolic nephroparthy background were revealed significant alterations of kidney partial functions, structural and functional condition of erythrocytes membrane, increasing of peroxides lipid oxidation processes. For the purpose of correction children with pneumonia and renal pathology it was prescribed following treatment.

Кадирханова Л.Б.

ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ВОСПРИЯТИЕ ИНФОРМАЦИИ

Южно-Казахстанская медицинская академия, Казахстан, г. Шымкент

Современные технологии неумолимо движутся вперед, делая нашу жизнь все более интересной и удобной. Если в 80-е и 90-е иметь плеер считалось престижным, и не всякий мог позволить себе его приобрести, то сегодня мобильные телефоны, игровые приставки, CD и MP3- плееры, и тому подобные технологии есть почти у каждого. Кроме того, они стали намного компактнее (современные флэш - плееры легко умещаются в кармане) и гораздо экономичнее (время беспрерывной работы плеера увеличилось во много раз), а их память позволяет хранить десятки часов музыки. Таким образом, плееры для многих людей стали привычным атрибутом повседневной жизни, начиная от школьников, слушающих музыку в перерывах между уроками, и людей, желающих занять время в общественном транспорте по пути на работу, до пожилых людей, слушающих на природе радио или ностальгирующие под песни своей молодости. При таком частом повседневном использовании у многих возникает вопрос – а не вредно ли так часто использовать наушники? Насколько серьезно это может отразиться на слуховом аппарате?

Наш интерес в подготовке данного исследовательского проекта вызван желанием узнать, как влияют наушники на слух человека и как сохранить хороший слух?

На вопрос*: Задумывались ли вы о влиянии наушников на ваш слух?*

40 опрошенных нами студентов ответили так: 10%-да, 90%-нет.

Напомним, что человеческое ухо состоит из ушной раковины, наружного слухового канала, а также среднего и внутреннего уха, которые находятся внутри черепа. Звуковые волны, попадающие в ухо через слуховой канал, при помощи барабанной перепонки преобразуются в колебания и передаются на улитку, находящуюся во внутреннем ухе, где эти колебания, в свою очередь, трансформируются в нервные импульсы, воспринимаемые мозгом. Природа предусмотрела механизм, защищающий от повреждения внутреннее ухо: при воздействии громких низких и высокочастотных звуков две мышцы, стременная и напрягающая барабанную перепонку сокращаются и, при помощи слуховых косточек, перекрывают доступ опасных колебаний во внутреннее ухо. Если же громкие звуки длительное время не прекращаются, мышцы просто утомляются и они перестают защищать внутреннее ухо, приводя к повреждениям нервных волосковых клеток улитки, ответственных за передачу импульсов в мозг. При повреждении чувствительных волосков, ответственных за тот или иной сегмент частотного диапазона, человек больше не может слышать звуки соответствующей частоты. Находясь на переднем фронте сенсорной зоны внутреннего уха, чувствительные элементы, ответственные за высокие частоты, страдают в первую очередь, поэтому неудивительно, что проблемы со слухом обычно начинают проявляться на высоких частотах (3-6 кГц).

Надеюсь, это небольшое отступление дало представление о том, почему длительное воздействие громкого звука вызывает повреждения слуха.

Медики считают, что самыми тихими звуками, которые способно уловить здоровое ухо, это 10-15 дБ. Шепот оценивается уже в 20 дБ, обычный разговор - в 30-35 дБ. Крик с уровнем звукового давления в 60 дБ уже приводит к дискомфорту, а по-настоящему опасны для слуха звуки силой от 90 дБ. Иными словами, любой поп- или рок-концерт с уровнем 100-120 дБ - это серьезное испытание для уше. По мнению медиков, возрастные изменения слуха начинаются примерно с тридцати лет, но длительное воздействие громкого звука способно привести к гораздо более трагическим последствиям еще в совсем нежном возрасте. Одной из распространенных реакций на длительное и сильное шумовое воздействие является субъективный тиннитус - звон или назойливый шум в ушах, который слышит только сам пациент. Медики отмечают, что большая часть пациентов с этим заболеванием - люди 30-40 лет, множество которых были одними из первых пользователей плееров Walkman. [2]

Александр Евтушенко приводит интересные результаты исследований, в ходе которых

установлено, что уровень звукового давления, создаваемый портативной аппаратурой, в области, непосредственно примыкающей к барабанной перепонке, составляет от 70 до 128 дБ. При этом, как показали исследования, любителям рок-музыки свойственно увеличивать необходимый для комфортного прослушивания уровень сигнала на 35-45 дБ (в сто раз!). После плееров с таким уровнем громкости у большинства наблюдалось временное снижение слуха на 5-10 дБ (в 2-3 раза) на одной или нескольких частотах, причем после 24 часов отдыха показатели слуха пришли в норму. В другой группе после часового прослушивания музыки с уровнем звука от 90 до 106 дБ снижение слуха достигало 30 дБ. Наше поколение уже и спит в наушниках. У нас, все больше школьников и студентов страдают от проблем со слухом. Если отбросить разного рода травмы, то шумовая нагрузка (дискотеки, портативные воспроизводящие устройства) – основная причина повреждения слуха. [1]

Как показали исследования в области человеческого слуха, использование наушников при занятиях спортом опасно. При интенсивной физической нагрузке кровь отливает от головы к нагружаемым конечностям, и уши становятся намного более уязвимыми для громкого звука. Специалисты утверждают, что при занятиях спортом риск получения акустической травмы увеличивается вдвое. Но многие из нас не снимают наушники на уроках физкультуры.

Использование наушников на дороге – смертельно опасно. Эксперты отмечают, что в момент, когда человек передвигается пешком по улице, при этом, слушая музыку в наушниках, он сильно отвлекается от ситуации в окружающем мире, поскольку мозг больше сосредотачивается на музыке, а не на внешних стимулах. Число пострадавших от наушников за последние семь лет увеличилось втрое, 70% случаев заканчивались неблагоприятным исходом для пешехода.

Большинство студентов любят слушать тяжёлую музыку (рок, рэп), которая больше всего раздражает ушные перепонки. Исследования показали, что подростки, после получасового пребывания на дискотеке, полностью теряют над собой контроль и впадают в состояние, близкое к гипнотическому.

Благоприятная музыка не пользуется любовью у студентов. Многие делают уроки под музыку, что приводит к снижению качества умственной работы. Например, если работать при шуме интенсивностью 70 дБ, то сделанных ошибок окажется вдвое больше, чем при работе в нормальной обстановке. Работоспособность при постоянном шуме снижается на треть.

Часть студентов слушают музыку через колонки. Они поступают правильно т.к. звук в этом случае поступает в ухо рассеянным и не оказывает высокого давления.

Рекомендации по использованию наушников

Проанализировав различные мнения врачей, ученых, студентов о влиянии наушников на слух человека, мы считаем лучше предостеречься от опасности снижения слуха, чем затем лечить данные заболевания. Если вы все-таки решились продолжать использовать наушники с плеером или телефоном, обязательно познакомьтесь с рекомендациями по использованию наушников и правилами слуховой гигиены.

1. Грамотно выбирайте марку наушников при покупке.
2. Давайте своим ушам отдыхать и время прослушивания музыки выбирайте от 40 до 60 мин, не больше. Иначе ваш слух не будет успевать восстанавливаться.
3. Пользуйтесь закрытыми наушниками, позволяющими не достигать опасной громкости.
4. Откажитесь от наушников-вкладышей, заменив их накладными.
5. Раз в два часа устраивайте перерыв на срок от пятнадцати минут до получаса.
6. Не продевайте провода под одежду: от них исходит радиоизлучение, которое оказывает вредное воздействие на организм, особенно при непосредственном контакте с телом.
7. Отдыхайте на природе («слушайте тишину»)
8. Периодически проверяйте слух у врача.

Мы проанализировали данные исследований ученых, своих микроисследований по воздействию наушников на слух человека и пришли к выводу, что использование данного прибора наносит непоправимый вред органам слуха. Человеческое ухо – единственный орган, при помощи которого мы можем услышать звук, нуждается в защите от звукового давления. Перепады звукового давления, создаваемые наушниками, наносят вред нашему организму незаметно для нас.

Данная гипотеза нашла свое подтверждение и в наших микроисследованиях, в ходе которых мы установили, что наушники отрицательно влияют на здоровье человека.

Конечно, полностью отказаться от использования наушников в повседневной жизни невозможно, но необходимо выполнять простые правила, которые помогут сохранить слух. Мы считаем, что необходимо рассказывать и объяснять ребятам, родителям, что неправильное их использование наносит непоправимый вред организму.

Литература

1. Евтушенко А. Исследование: Наушники смертельно опасны. Журнал Stereo&Video, 1997;6: 8-10
2. Зайцева О.В. Тинитус. Современное состояние проблемы. Медицинский журнал: Лечащий врач. 2013; 9: 31-34.

Kadirkhanova L.B.

INFLUENCE OF MODERN TECHNOLOGIES ON RECEPTION OF INFORMATIONN

Key words: headphones, modern technology, hearing aid

In this scientific work having information about the effects of headphones on the perception of information through the organ of hearing. About the attitude of teenagers to theirs health.

Кадирханова Л.Б.

ЗАМОНАВИЙ ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИНГ МАЪЛУМОТЛАРНИ ҚАБУЛ ҚИЛИШГА ТАЪСИРИ

Калит сўзлар: қулоқ эшитгич (наушник)лар, замонавий технологиялар, эшитиш ускунаси.

Мазкур илмий тадқиқотда сезиш аъзолари орқали маълумотни қабул қилишга қулоқ эшитгич (наушник)ларни таъсири хақидаги маълумот келтирилади. Шу билан бирга ёшларни ўз саломатлигига муносабати тўғрисида маълумот келтирилади.

Курбанова С.Ю., Абдурахмонова К.Р.

ТЕРИ ЙИРИНГЛИ-ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИДА БАКТЕРИЯЛАРНИНГ ЭТИОЛОГИК РОЛИ

Тошкент давлат стоматология институти;
Тошкент тиббиёт академияси

Тадқиқот мақсади - терида йирингли-яллиғланиш ўчоқларидаги микроорганизмлар пейзажини аниқлаш.

Материал ва услублар. Тадқиқот жараёнида терининг йирингли яллиғланиш касаллиги билан Республика тери - таносил касалликлари клиникасида даволанаётган 60 нафар бемор кузатувга олинди. Ташхиси анамнестик, клиник ва лаборатория маълумотларига асосланиб қўйилган. Микробиологик текширишлар учун бемор терисидаги папула, пустула ва бошқа жароҳатланган қисмларидан материал олиб ТТА 2-клиникаси микробиология, вирусология ва иммунология кафедрасининг илмий-тадқиқот бактериологик лабораториясида махсус озиқ муҳитларига стандарт усуллар асосида экиб, текширув олиб борилди.

Натижалар. Моноинфекцияли беморларнинг бактериологик таҳлили шуни кўрсатдики, беморлардан олинган патологик материалдан 37,1% ҳолларда стафилококклар (*S. epidermidis*–26%, *S..aureus*–11,1%), *Pseudomonas aeruginosa*–22,2% ва 17,1% ҳолда эса пиоген стрептококклар ажратиб олинди. Олинган натижалар шуни кўрсатдики, теридаги йирингли яллиғланиш касалликларининг этиологиясида асосий ролни *S. epidermidis* ва *Pseudomonas aeruginosa* ўйнар экан. Микроблар ассоциацияси келтириб чиқарган йирингли яллиғланишларнинг клиник кечиши моноинфекцияли беморларга нисбатан, оғирроқ ўтиши клиник жиҳатдан эътироф этилди.

Патологик жараёнларни сурункали шаклига ўтиши иммунологик гомеостазни бузилиши ва тери йирингли яллиғланиш касалликларни ривожланиши билан тушинтирилади, улар шартли-патоген флора хисобига келиб чикади. Шартли-патоген флора организмнинг химоя кучлари пасайганда ўзининг инвазивлик, вирулентлик, дори препаратларига чидамлилик хусусиятини оширади, уларда юкори иммуногенлик антигенларини "экранлаштириш" қобилияти ошади, бу холат уларни организмда узоқ вақт сақланишига, патологик жараённи вакти-вакти билан қайтарилишига ва сурункали шаклга ўтишига олиб келади [54].

Юқоридаги фикрлардан келиб чиқиб, биз тери йирингли яллиғланиш касалликлари билан оғриган беморларда ривожланган (терисидаги йирингли папула, пустула ва бошқа жароҳатланган қисмлар) йирингли яллиғланиш жараёнидаги ажралмаларида бактерияларнинг этиологик ролини ўрганишни ўз олдимизга мақсад қилиб қўйдик.

Тадқиқот мақсади. Терида йирингли-яллиғланиш ўчокларидаги микроорганизмлар пейзажини аниклаш.

Материал ва услублар

Тадқиқот жараёнида терининг йирингли яллиғланиш касаллиги билан Республика тери - таносил касалликлари клиникасида даволанаётган 60 нафар бемор кузатувга олинди. Ташхиси анамнестик, клиник ва лаборатория маълумотларига асосланиб қўйилган. Микробиологик текширишлар учун бемор терисидаги папула, пустула ва бошқа жароҳатланган қисмларидан материал олиб ТТА 2-клиникаси микробиология, вирусология ва иммунология кафедрасининг илмий-тадқиқот бактериологик лабораториясида махсус озиқ муҳитларига стандарт усуллар асосида экиб, текширув олиб борилди.

Ўткир ва сурункали терининг йирингли яллиғланиш касаллиги билан даволанаётган 60 нафар беморларнинг йирингли ажралмалари ва соғлом териси микрофлорасини бактериологик текширувдан ўтказилиш жараёнида қуйидаги натижалар қайд этилди (1-жадвал).

1-жадвал

Бактериологик текширувдан ўтказилган тери йирингли касалликлар таснифи

Бактериологик текширув	Текширув сони	Ажратиб олинган штаммлар сони
Вулгар хусунбузар	36	42
Пиодермия, псориаз	3	8
Ёриб чикувчи фолликулит, Ёғли себорея	6	12
Пушти хусунбузар	3	3
Конглобатли хусунбузар	3	6
Тугунчали кичима	3	6
Вулгар сикоз, тери фолликулитлари	6	9
Жами	60	86

Беморларнинг барчаларидан микроорганизмлар ажратиб олинди. Ушбу беморларнинг терисидаги папула, пустула ва бошқа жароҳатланган қисмларида ривожланган қуйидаги йирингли яллиғланишлар: 36(60%) тасида вулгар хусунбузар, 3(5%) тасида пиодермия, псориаз, 6 (10%) беморда ёриб чикувчи фолликулит, ёғли себорея, 3(5%) беморда эса пушти хусунбузар, 3 (5%) тасида конглобатли хусунбузар, яна 3(5%) тасида кичима ва 6(10%) беморда эса вулгар сикоз, тери фолликулитлари кузатилди.

Ўткир ва сурункали терининг йирингли яллиғланиш касаллиги билан даволанаётган 60 нафар беморларнинг патологик ўчоклардаги йирингли ажралмаларини ва соғлом териси микрофлорасини бактериологик текширилганда ҳар хил тери йирингли яллиғланиш жараёнини касалликларини келтириб чикарувчи кўзғатувчилар ажратиб олинди.

2-жадвал

ТЙЯК билан оғриган беморлар терисида ривожланган ўткир йирингли ўчокнинг ажралмасидан ажратиб олинган аэроб ва факультатив бактериялар кўрсаткичлари

Ажратиб олинган микроорганизмлар	Ажратиб олинган микроорганизмлар кўрсаткичлари		Назорат гуруҳи тери микрофлораси кўрсаткичлари	
	Учраш даражаси %	КҲҚБ/мл lg	Учраш даражаси %	КҲҚБ/мл lg
S. aureus	37/20-54,05	6,44 ± 0,59*	0	0
S.epidermidis	37/4-10,81	6,06 ± 0,18*	0	0
S. hemolyticus	37/6-16,21	6,12±0,14*	0	0
Str. pyogenes	37/3-8,1	5,19± 0,0*	0	0
P. aeruginosa	37/0	0	0	0
Str. saprophyticus	0	0	12	3,24± 0,0
Str. viridens	37/2-5,4	4,87 ± 0,06*	0	0
Klebsiella spp	37/1-2,7	4,15± 0,17*	0	0
E. coli	37/1-2,7	3,24± 0,0*	0	0
Sarsina	0	0	12	4,74 ± 0,18
Micrococcus spp	0	0	12	4,73± 0,11

3-жадвал

ТЙЯК беморларининг терисида ривожланган сурункали йирингли ўчокнинг ажралмасидан ажратиб олинган аэроб ва факультатив бактериялар кўрсаткичлари

Ажратиб олинган микроорганизмлар	Ажратиб олинган микроорганизмлар кўрсаткичлари		Назорат гуруҳи тери микрофлораси кўрсаткичлари	
	Учраш даражаси %	КҲҚБ/мл lg	Учраш даражаси %	КҲҚБ/мл lg
S. aureus	23/15-65,21	6,12 ± 0,13*	0	0
S.epidermidis	23/1-4,34	4,79 ± 0, 18*	0	0
S. hemolyticus	23/1-4,34	6,02± 0,17*	0	0
Str. pyogenes	23/1-4,34	5,19± 0,0*	0	0
P. aeruginosa	23/2-8,69	5,87± 0,08*	0	0
Streptococcus viridens	23/1-4,34	4,87 ± 0,06*	0	0
Streptococcus saprophyticus	23/0	0	12/3	03,24± 0,0
Klebsiella spp.	23/1-4,34	5,24± 0,0*	0	0
E. coli	23/1-4,34	3,15± 0,17*	0	0
Sarsina	23/0	0	12/5	4,74 ± 0,18
Micrococcus spp.	23/0	0	12/4	4,73± 0,11

Изох: *- умумий аэроб ва факультативларга нисбатан ишонарли (P<0,05) фарқланиши. Натижалар (%) ажратиб олинган умумий бактериялар штаммларига нисбатан ҳисобланган.

ЙЯЖ чақирувчи қўзғатувчиларнинг асосий қисмини стафилококклар, яъни коагулазапозитив ***St. aureus*** ташкил этди. Бошқа бир қатор муаллифларникидан фаркли ўлароқ коагулазанегатив стафилококкларга 11% ($p<0,05$) тўғри келди. Нисбатан камроқ энтеробактериялар учради. Йирингли яллиғланиш инфекцияснинг асосий вакилларидан ҳисобланувчи стрептококклар ва кўк йиринг таёкчаси эса камроқ миқдорларда топилди.

Граммусбат бактерия вакилларидан асосан тилларанг стафилококклар ва камроқ миқдорда йирингли жараёнлар чақирувчи стрептококклар учради (4-жадвал).

4-жадвал

Граммусбат микроорганизмларнинг ўзаро нисбати (абсолют, %)

Микроорганизмлар	Штаммлар сони	%
Staphylococcus aureus	35	46,67
Staphylococcus epidermidis	10	13, 33
Staphylococcus hemoliticus	15	20
Streptococcus pyogenes	9	12
Streptococcus viridens	6	8
Жами	75	100

Юқоридаги жадваллардан кўриниб турибдики, ТЙЯК беморлар терисидаги папула, пустула ва бошқа жароҳатланган қисмларида ривожланган йирингли яллиғланиш касалликлари билан оғриган 60 беморнинг йирингли ажралмаларини бактериологик текширувдан ўтказганда 86 та микроб штаммлари ажратиб олинди. Булардан 75 штамми факультатив анаэробларга (92,6%) тўғри келди. Факультатив анаэроб бактериялар ичида, бошқа бактерияларга нисбатан кўпроқ 46,6% *S.aureus* ажратиб олинди. *S. hemolyticus* 15 та штамм (20%), *St.pyogens* эса 9 та штамм (12%), *S.epidermidis* 10 та штамм (13,33%) ва *Streptococcus viridens* 6та штамм (8%) беморлардан ажратиб олинди. Шуни айтиб ўтиш лозимки, ТЙЯК беморларида терисидаги папула, пустула ва бошқа жароҳатланган қисмларида ривожланган йирингли яллиғланиш жараёнларида ажратиб олинган бактериялардан, ривожланган йирингли яллиғланиш асоратларида факат 2 беморда (3,33%) кўк йиринг таёкчаси (*Ps. aeruginosa)* бемор йирингида топилган. Грамманфий бактериялардан асосан *Klebsiella spp.* 3 штамм (5%) ва *E.coli* 2 штамм (3,33%) ажратиб олинди.

Бу натижалар *S.aureus* ни бошқа кокклярга нисбатан 2-2,5 маротаба ва грамм манфий таёкчаларга нисбатан эса 3,95 маротаба кўпрок топилиши, ТЙЯК беморларида терисидаги йирингли яллиғланиш ривожланишида *S.aureus* нинг муҳим этиологик аҳамияти борлигини билдиради.

ТЙЯК беморларида ривожланган йирингли яллиғланиш касалликлари нинг адабиёт шарҳларида касалликнинг этиологик аҳамиятга эга бактериялар кўпчилик ҳолларда ассоциацияда учраши айтиб ўтилган [2,3,5,6]. Биз ҳам олинган натижаларни таҳлил қилганимизда қуйидаги натижаларни олдик, бактериологик текширув ўтказилган 60 беморнинг 13 нафарида икки ва ундан ортик микроблар ассоциацияси (20,5%) 47 нафар беморда (79,5%), монокультуралар йирингли яллиғланишни келтириб чикарган. Моноинфекцияни асосан *S. aureus* келтириб чикарган (60%) бўлса, камроқ миқдорда *S. hemolyticus* (26,1%) ва *S. epidermidis* (13%) учраган.

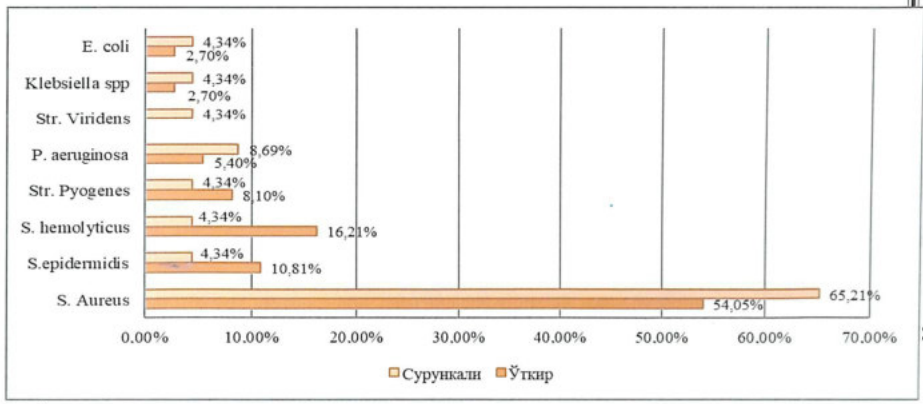
Олинган натижаларни асосий гуруҳ кўрсаткичларига солиштирилганда, тери қоплами жароҳатлари асоратларида йирингли яллиғланишларни моноинфекция 4,1 маротаба кўпрок келтириб чикарар экан. Микроблар ассоциацияси эса ўз навбатида 3,9 маротаба камрок учради.

Шундан кўриниб турибдики, ТЙЯК беморлари терисидаги папула, пустула ва бошка жароҳатланган кисмларида ривожланган йирингли яллиғланиш касалликларини келиб чикишида моноинфекцияси сифатида этиологик ролни асосан *S.aureus* ўйнар экан.

Аэроб микроорганизмлардан асосан стафилококклар (*S. aureus, S. hemoliticus*), *Streptococcus pyogenes, Streptococcus viridens* ва *Pseudomonas aeruginosa* микроблар ассоциациясида етакчи ўринда турди.

Тадқикот давомида барча беморлардан микроорганизмлар ажратиб олинди. Беморлардан жами 86 та қўзғатувчилар ажратиб олинди. Олинган натижалардан кўриниб турибдики терида ЙЯК билан касалланганларда кўпинча вулгар хуснбузар кўпрок учрар экан.

Ўткир ва сурункали йирингли яллиғланиш билан оғриган беморларда аникланган микроорганизмларнинг солиштирма кўрсаткичлари тахлил қилинганда қуйидаги натижалар кузатилди (расмга қаранг).



Ўткир ва сурункали терининг йирингли яллиғланиш касалликларида қўзғатувчиларнинг учраш кўрсаткичлари

Ажратиб олинган 86 бактериялар штаммининг 75 таси факультатив ва аэроб бактерияларга (77,1%) тўғри келган бўлса, булардан 4,8% каътий аэроб бактериялар ташкил қилган. Олинган натижалардан маълум бўлдики, назорат гуруҳ беморларда факультатив ва аэроб бактерияларнинг этиологик роли асосий гуруҳ беморларга солиштирганимизда 1,3 маротаба ошган. Факультатив анаэроб бактериялар ичида бошқа бактерияларга нисбатан бу гуруҳда грам мусбат бактериялардан *S. epidermicus* 7та (26%) ва грам манфий бактериялардан *Pseudomonas aeruginosa* 6та (22,2%) умумий ажратиб олинган штаммларга нисбатан кўпрок топилди. Асосий гуруҳ беморларида*S. epidermicus* 8,43% ҳолатларда ажратиб олинган эди. Буни назорат гуруҳи кўрсаткичи билан солиштирганимизда, назорат гуруҳида *S. epidermidis* 3,08 маротиба кўп учрамоқда. *S. aureus* эса назорат гуруҳининг 3 та беморидан (11,1%) ажратиб олинди. Бу кўрсаткични асосий гуруҳ беморлар кўрсаткичларига солиштирганимизда *S. aureus* бу гуруҳ беморларда 2,7 маротаба камрок учраётганлиги кузатилди. Шундай кўрсаткич *St. pyogenes* га ҳам таалукли бўлди.

Бактериологик текшириш натижаларини тахлил қилганимизда қуйидагилар аникланди: соғлом одамларда 100% бўлган бир пайтда, ўткир йирингли яллиғланишли беморларда *S.saprophyticus* (мос равишда 85,0% гача), *Sarsina* (65,0%) ва *Micrococcus spp.*лар (65%гача) ўсиш фоизи камайган. *Staphylococcus aureus* (85,0%), *ЛН E. coli* (35,0%) ва *Streptococcus A* гуруҳи (50,0%), *Candida albicans* (35,0%) каби ШПМ ларнинг учраш фоизи ортганлиги аникланди.

Сурункали йирингли яллиғланиш билан касалланганларда эса, индиген тери микрофлораси вакиллари *S.saprophyticus* (мос равишда 75,0% гача), *Sarsina* (60%) ва *Micrococcus spp.* лар (35% гача) ўсиш фоизи камайганлиги билан бир вактда *Staphylococcus aureus* (75,0%), ЛН *E. coli* (40,0%) ва Streptococcus *A* гуруҳи (65,0%), *Candida albicans* (45,0%) каби ШПМ ларнинг учраш фоизи ортганлиги аникланди.

Тери йирингли яллиғланиш касаллиги билан оғриган беморларида терисидаги жароҳатланган қисмларида ривожланган йирингли яллиғланиш жараёнларида ажратиб

олинган бактерияларнинг этиологик ролини кўриб чиққанимизда, йирингли-яллиғланиш асоратларда асосан моноинфекцияларни роли юқори эканлиги (77,3%) маълум бўлди, фақат 22,7% ҳоллардагина йирингли яллиғланишларнинг микроблар ассоциацияси келтириб чиқарган. Моноинфекцияли беморларнинг бактериологик таҳлили шуни кўрсатдики, беморлардан олинган патологик материалдан 37,1% ҳолларда стафилококклар (*S. epidermidis*–26%, *S..aureus*–11,1%), *Pseudomonas aeruginosa*–22,2% ва 17,1% ҳолда эса пиоген стрептококклар ажратиб олинди. Олинган натижалар шуни кўрсатдики, теридаги йирингли яллиғланиш касалликларининг этиологиясида асосий ролни *S. epidermidis* ва *Pseudomonas aeruginosa* ўйнар экан. Микроблар ассоциацияси келтириб чиқарган йирингли яллиғланишларнинг клиник кечиши моноинфекцияли беморларга нисбатан, оғирроқ ўтиши клиник жиҳатдан эътироф этилди. Ушбу беморларнинг йирингли яллиғланиш касалликлари билан асоратланишида организм реактивлик ҳолатини ишонарли пасайиши, айниқса маҳаллий иммунитетни сустлашиб кетиши, касалликда микроблар ассоциацияларини ошишига сабабчи бўлишини, шу биотопларга хос бўлмаган грам манфий таёқчаларнинг ҳам этиологик аҳамиятга эга эканлигини намоён килди.

Адабиётлар

1. Миронов А.Ю. Стрептококки в этиологии гнойно-воспалительных заболеваний кожи и мягких тканей. Курский научно-практический вестник человек и его здоровье. 2009; 2: 46-53.
2. Новикова И. А. и др. Клинико-иммунологические особенности хронических рецидивирующих гнойных инфекций кожи. Вестник Российского университета дружбы народов. 2010; 1: 143-152.
3. Поликарпова С.В. Pseudomonasaeruginosa при гнойно-воспалительных заболеваниях кожи и мягких тканей. Курский научно-практический вестник Человек и его здоровье. 2008; 2: 88-97.
4. Толовская К.Р.и др. Доклинические испытания соматического антигена золотистых стафилококков как основы препаратов для лечения стафилококковых поражений кожи. Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2009; 3:42-46.
5. Carestia A., Rivadeneyra L., Romaniuk M.A., Fondevila C., Negrotto S., Schattner M. Functional responses and molecular mechanisms involved in histone-mediated platelet activation. Thromb. Haemost. 2013; 110: 1035–45.
6. Hurtado-Nedelec M., Makni-Maalej K., Gougerot-Pocidalo M.A., Dang P.M., El-Benna J. Assessment of priming of the human neutrophil respiratory burst. Methods Mol. Biol., 2014; 1124: 405–412. doi:10.1007/978-1-62703-845-4_23
7. Introduction of rapid methicillin-resistant Staphylococcus Aureus polymerase chain reaction testing and antibiotic selection among hospitalized patients with purulent skin infections. Clinical infectious diseases. 2014; 58(8): E129-E132;
8. Kinoshita M. et al. Enhancement of neutrophil function by interleukin-18 therapy protects burn-injured mice from methicillin-resistant Staphylococcus aureus. Infect Immun. 2011; 79 (7): 2670-80.
9. Minami M. et al. Protective effect of hainosan-kyuto, a traditional Japanese medicine, on Streptococcus pyogenes infection in murine model. PLoS One. 2011; 6(7): e22188.

Курбанова С.Ю., Абдурахмонова К.Р.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ РОЛЬ БАКТЕРИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЕ ГНОЙНЫМ-ВОСПАЛЕНИЕМ КОЖИ

Ключевые слова: гнойные воспалительные процессы, микробиология, микрофлора.

При изучении нами этиологической роли бактерий выделенных из образовавших ран при гнойно-воспалительных процессах у больных с гнойным-воспалением кожи, было установлено что, важную роль играют моноинфекции (77,3 %), только в 22,7% случаях гнойные воспаления были вызваны ассоциациями микробов. Бактериологический анализ моноинфецированных больных показало, что из патологического материала в 37,1% случаях стафилококки (*S. epidermidis*–26%, *S..aureus*–11,1%), *Pseudomonas aeruginosa*–22,2% и 17,1% пиогенные стрептококки были извлечены. Полученные результаты показали, что в этиологии гнойно-воспалительных болезней кожи главную роль играют *S. Epidermidis* и *Pseudomonas aeruginosa.* Клинически признано тяжест течение гнойных воспалений кожи вызванные ассоциациями микробов.

Kurbanova S.Yu., Abduraxmonova K.R.

ETIOLOGICAL ROLE OF BACTERIA IN CASE OF PURULENT INFLAMMATION OF SKIN

Key words: purulent inflammatory processes, microbiology, microflora.

When we studied the etiological role of bacteria isolated from wounds that had formed during purulent-inflammatory processes in patients with purulent inflammation of the skin, it was found that monoinfections play an important role (77.3%), only in 22.7% cases the purulent inflammations were caused by associations microbes. Bacteriological analysis of monoinfected patients showed that from pathological material in 37.1% of cases of staphylococcus (S. epidermidis – 26%, S..aureus – 11.1%), Pseudomonas aeruginosa – 22.2% and 17.1% pyogenic streptococci were extracted. The obtained results showed that S. Epidermidis and Pseudomonas aeruginosa play the main role in the etiology of purulent-inflammatory skin diseases. The severity of purulent inflammation of the skin caused by microbial associations is clinically recognized.

Халметова Ш.А., Халметов З.С.

ИНТЕГРАЦИЯ ТРАДИЦИОННОГО И ИННОВАЦИОННОГО МЕТОДА ОБУЧЕНИЯ

Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Казахстан

Великая цель образования – не только знания,
но и прежде всего действия.
А.Шопенгауэр

На сегодняшний день система образования не только в Казахстане, но и во всем мире претерпевает изменения. Прежде всего, это связано с развитием инновационных технологий, которые в свою очередь притесняют традиционные методы образования. Этот процесс сопровождается существенными изменениями в педагогической теории и практике учебно-воспитательного процесса. Происходит смена образовательной парадигмы: предлагаются другое содержание, другие подходы, отношения, поведение, и иной педагогический менталитет. Содержание образования обогащается новыми процессуальными умениями, развитием способностей оперированием информацией, творческим решением проблем науки и рыночной практики с акцентом на индивидуализацию образовательных программ способствующих развитию профессиональных компетенций.

В системе традиционного обучения доминировала лекционно-практическая методика обучения, характерными элементами которого являются:

- лекция как основная форма передачи большого объема систематизированной информации, которая должна быть ориентировочной основой для самостоятельной работы студентов;
- семинарско-практические занятия - форма организации, углубление, расширение, закрепления учебного материала, использование его на практике и для контроля знаний, полученных на лекции и в процессе самостоятельной работы.

Если в традиционном обучении внимание акцентировалось на запоминании и воспроизведении информации, то в новых условиях возникла необходимость развития творческого мышления студента, формирование его коммуникативных умений и практической подготовки к активной жизнедеятельности в

постоянно меняющейся социальной среде [1].

Традиционное обучение, использующее устную и письменную речь, уступает место компьютерным средствам применяющим телекоммуникационные сети глобального масштаба.

Сами термины «инновационное» и «традиционное» обучение, а также идея их альтернативности были предложены группой ученых в докладе римскому клубу в 1978 году. Доклад привлек внимание и вызвал значительный резонанс в образовательной среде, что послужило толчком к разработке и внедрению в педагогические процессы высших учебных заведений инновационно-дидактических технологии [2].

Одним из направлений инновационного обучения является интерактивное обучение, представляющее собой применение новых технологий в процессе обучения. Интерактивный («Inter» — это взаимный, «act» — действовать) — означает взаимодействовать, находится в режиме беседы, диалога с кем-либо. Интерактивное обучение — это специальная форма организации познавательной деятельности. Познание осуществляется в форме совместной деятельности студентов. Все участники когнитивного процесса обмениваются информацией, взаимодействуют друг с другом, решают проблемы, оценивают собственное поведение и действия других, моделируют ситуации. В процессе коммуникации создаются условия комфортного обучения, при которых студент чувствует свою успешность, свою интеллектуальную состоятельность. Взаимодействие при интерактивном обучении осуществляется не только между преподавателем и студентом, в данном случае все обучаемые контактируют и работают сообща (или в группах). Интерактивные методы обучения – это всегда взаимодействие, сотрудничество, поиск, диалог, игра между студентами и информационной средой [3].

Используя активные и интерактивные методы обучения на уроках, преподаватель повышает объем усвоенного студентами материала до 90 процентов. Использование интерактивных методов обучения начиналось с обычных наглядных пособий, плакатов, карт, моделей и т.д. Сегодня современные технологии интерактивного обучения включают новейшее оборудование:

интерактивные доски;

планшеты;

компьютерные тренажеры;

В процессе интерактивного обучения студенты учатся мыслить критически, анализируют обстоятельства и полученную информацию; решают сложные проблемы, принимают продуманные решения, участвуют в дискуссиях, учатся общаться с другими людьми. На занятиях организуются как парная, так и групповая форма работы, ролевые игры, применяются исследовательские проекты, проводится работа с документами и источниками информации, используются творческие работы. Преподавателю в образовательном процессе отводится функция помощника в работе и, вместе с тем, он побуждает студентов к самостоятельному обучению.

Интерактивные занятия:

- пробуждают у студентов интерес к образовательному процессу и когнитивной деятельности;
- каждый обучающийся принимает активное участие в образовательном процессе;
- происходит эффективное усвоение учебного материала студентами;
- участники образовательного процесса учатся формировать собственное мнение и отношение к действительности и ко всему происходящему вокруг них;
- формируются жизненные навыки;

Применение интерактивных методов обучения в образовательном процессе медицинских вузов способствует полноценному и наглядному освоению материалов. На примере занятий по предмету ИКТ, можно сказать, что применение облачных технологий, технологий веб-квеста, метода разработки баз данных и применение мобильных приложений на занятии увеличивает мотивацию, заинтересованность и активное участие студентов в образовательном процессе, а также сводит к минимуму необходимость траты времени на проверку заданий во время занятия, исключается возможность дублирования работы другого студента, формируется командный дух способствующий развитию коммуникативных и когнитивных навыков.

Таким образом, интерактивные методы обучения мотивируют студентов к учебно-профессиональной деятельности и повышают собственную активность обучающихся. Интерактивный способ ведения образовательного процесса позволяет перейти от пассивного усвоения знаний студентами к их активному применению в модельных или реальных ситуациях профессиональной деятельности, что повышает качество подготовки будущих специалистов и делает их конкурентоспособными на мировом рынке труда.

Литература

1. Евтеева Т.Н. Сочетание инновационных и традиционных моделей и технологий проектирования и организации методической работы. Режим доступа: https://nsportal.ru/nachalnaya-shkola/obshchepedagogicheskie-tekhnologii/2013/04/18/sochetanie-innovatsionnykh-i
2. Туркот Т.И. Педагогика высшей школы. ХГАУ, 2013. Режим доступа: http://uchebnikionline.com/pedagogika/ pedagogika_vischoyi_shkoli_-_turkot_ti/pedagogika_ vischoyi_shkoli_-_turkot_ti.htm
3. Лобанова Е. Ю., Тумакова Н. А. Эффективность использования интерактивных методов обучения в техническом вузе. Молодой ученый. 2015; 8: 971-974. — URL https://moluch.ru/archive/88/17677/

Халметова Ш.А., Халметов З.С.

АНЪАНАВИЙ ВА ИННОВАЦИОН ЎҚИТИШ УСЛУБЛАРИНИНГ ИНТЕГРАЦИЯСИ

Калит сўзлар: интерфаол таълим, одатий таълим

Мақолада анъанавий таълимдан инновацион усулига ўтиш ва ўзаро алоқаси саволи кўрилади. Таълим жараёнида ўқитишнинг интерфаол усулларининг қўллаш самарадорлиги ҳам кўрилади.

Halmetova Sh.A., Halmetov Z.S.

INTEGRATION OF TRADITIONAL AND INNOVATION TEACHING METHODS

Key words: interactive learning, traditional learning

Resume the article deals with the issue of interaction and transition from the traditional to the innovative method of learning. The effectiveness of interactive teaching methods in the educational process.

Шарипов Р.Х., Ахмедова М.М.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ БРОНХОДИЛЯТАТОРОВ ПРИ ОБСТРУКТИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ У ДЕТЕЙ

Самаркандский медицинский институт

Цель исследования. Сравнение клинической эффективности бронходилятаторов у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Для достижения указанной цели был проведен анализ клинических данных у 48 больных. Дети были разделены на 2 группы в соответствии с применением небутамола и эуфиллина. С целью контроля эффективности проводимых лечебных мероприятий осуществляли ЭКГ исследование до и после лечения бронходилятаторами у всех наблюдаемых больных.

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

Известно, что эуфиллин является одним из наиболее популярных препаратов, применяемых при лечении бронхообструктивного

ПЕДИАТРИЯ 2/2019

Материалы Первой Центрально-Азиатской студенческой научно-практической конференции «Актуальные проблемы детской хирургии»

синдрома [3]. Вместе с тем, он требует определенной осторожности при применении, поскольку имеет небольшую терапевтическую широту, длительный период полураспада и вызывает ряд побочных эффектов со стороны ЦНС, сердечно-сосудистой системы и других органов [1,4].

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

Цель работы - сравнение клинической эффективности бронходилятаторов у детей раннего возраста.

Материалы и методы

Для достижения указанной цели был проведен анализ клинических данных у 48 больных. Дети были разделены на 2 группы в соответствии с применением небутамола и эуфиллина. С целью контроля эффективности проводимых лечебных мероприятий осуществляли ЭКГ исследование до и после лечения бронходилятаторами у всех наблюдаемых больных.

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

Результаты и обсуждение

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

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

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

Полученные результаты показали, что у больных I-й группы значительно быстрее наступало клиническое улучшение: уже на 10-й минуте после введения небутамола отмечалось уменьшение выраженности тахипноэ, у 22 больных на 2-3 й день выявлено улучшение состояния, уменьшение цианоза носогубного треугольника, кашля и одышки, исчезновение симптомов бронхообструкции. У детей II-й группы положительная динамика отмечена у 17 больных: полное снятие бронхообструктивного синдрома наблюдалось у 11 больных на 3 день лечения; кашель с мокротой исчезали на 5-6 день лечения. У 6 больных было достигнуто лишь незначительное улучшение: мокрота стала слизистой, количество ее уменьшилось. Результаты наших исследований показали, что у больных, получавших небутамол, исчезновение симптомов интоксикации происходило на 2-3 день у 91,6% больных, а во II-й группе этот показатель составил 79,1%. Особый интерес представляет купирование бронхообструктивного синдрома: так, на 2-3 день лечения больных эуфиллином купирование обструкции отмечалось лишь у 66,6% больных, при применении небутамола полное снятие бронхообструктивного синдрома отмечалось у 91% больных. Кашель с выделением мокроты у больных, получавших небутамол, исчезал на 7 день у 91,6% больных, а в группе сравнения – на 7 день у 66,6% больных.

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

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

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

Еще одним из важных показателей клинической эффективности небутамола является сокращение пребывания больных в стационаре на 2,6 дней по сравнению терапией эуфиллином, что в среднем составило 7,4±0,6 койко-дней против 10,0±0,6.

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

Выводы

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

Литература

1. Зубаренко А.В., Портнова О.А., Стоева Т.В. Основные принципы этиопатогенеза, диагностики и дифференциальной диагностики бронхообструктивного состояния у детей. Здоровье ребенка.-2007; 4(7): 95-99
2. Недельская С.Н., Боярская Л.Н., Шумная Т.Е. и др. Факторы риска развития обструктивного бронхита у детей раннего возраста. Здоровье ребенка. 2007; 3(6): 14-17
3. Охотникова Е.М. Синдром бронхиальной обструкции и аллергического генеза у детей раннего возраста и муколитическая терапия. Здоровье ребенка. 2007: 82-86
4. Сорока Ю.А., Чернышева О.Е., Левченко С.А., Фоменко Т.А. Алгоритм оказания неотложной помощи детям раннего возраста с бронхообструктивным синдромом. Педиатрия на пороге третьего тысячелетия: Сб.науч. трудов, посвященный 85 летию профессора Е.М. Витебского. Донецк, 2007: 82-86
5. Юлиш Е.И., Болычевцева И.В., Гадецкая С.Г., Вакуленко С.И. Особенности терапии рецидивирующего обструктивного бронхита у детей раннего возраста, инфицированными внутриклеточными патогенами. Современная педиатрия. 2007; 3: 175-178

Шарипов Р.Х., Ахмедова М.М.

БОЛАЛАРДАГИ ОБСТРУКТИВ ҲОЛАТЛАРДА БРОНХОДИЛЯТАТОРЛАРНИНГ САМАРАДОРЛИГИГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДОШУВ

Калит сўзлар: болалар, обструктив ҳолатлар, баҳолаш.

Илк ёшдаги 48 болаларда бронходилятаторларнинг клиник самарадорлиги солиштирилди. Олинган натижалар шуни кўрсатдики, I гурух беморларига (24) небутамол қўлланиши тахип-

ноэни тезрок камайишига, йўтал ва бурун-лаб учбурчаги цианозининг камайишига, бронхообструкция белгиларининг йўқолишига олиб келди. Эуфиллин билан даволанган II гурух болалари (24) ичида эса айрим беморларнинг динамикада ижобий ўзгариши кечрок кузатилди. Эуфиллин қўлланишининг 2-3 кунида бориб факат 66,6 % беморларда обструкция белгилари бартараф этилди, небутамол ишлатилганда эса 91% беморларда бронхообструктив синдромининг тўлик йўқотилиши кузатилди. Шундай қилиб, бронхообструкцияни даволашда небутамолнинг қўлланилиши беморлар аҳволининг тез яхши томонга ўзгариши ва препаратнинг асоратсиз ўзлаштирилишини кўрсатди.

Sharipov R.Kh., Akhmedova M.M.

A MODERN POINT OF VIEW ON EFFICIENCY OF BRONCHODILATORS OBSTRUCTIVE STATES IN CHILDREN

Key words: children, obstructive conditions, assessment

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

Эшонхужаев О.О., Абдуназаров Т.А.

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ УРОИНФЕКЦИЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Оценка частоты и качества использования комбинированной антибактериальной терапии при беременности.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 1708 историй болезни беременных женщин, которые за период 2008-2009 гг. были госпитализированы в 4-х роддомах Андижанской области в отделение «патология беременных» и получили антибактериальную терапию (АБТ) с эубиотиками.

Результаты. Результаты ретроспективных анализов медицинских документов, клинических наблюдений и социологических опросов свидетельствуют о том, что лекарственные средства могут играть значительно более важную роль в возникновении врожденной патологии, замедлении внутриутробного развития плода и последующего физического и интеллектуального развития ребенка, о котором свидетельствовали ранние факты.

Применение лекарственных средств при беременности является одной из наименее изученных проблем клинической фармакологии [2]. В силу этических причин большие клинические исследования у беременных женщин не проводятся [1,2]. Результаты ретроспективных анализов медицинских документов, клинических наблюдений и социологических опросов свидетельствуют о том, что лекарственные средства могут играть значительно более важную роль в возникновении врожденной патологии, замедлении внутриутробного развития плода и последующего физического и интеллектуального развития ребенка, чем об этом свидетельствовали ранние факты [3].

Согласно результатам опроса из 5564 бразильских женщин 4614 (83,8%) принимали в период беременности лекарственные средства. В США 62% женщин получают в течение беременности, по крайней мере, 1 лекарственный препарат, 25% принимают опиаты и 13% - психотропные средства. Около 15% женщин принимают лекарственные средства в первые 6 месяцев беременности, 75% из них – от 3 до 10 препаратов. Лекарственные препараты назначают беременным в 38% случаев обращений к врачу [4]. Но в этих работах не затрагивается вопрос о частоте применения антибактериальных средств при беременности. В частности о том, что какие антибактериальные средства применяются при патологиях у беременных и какова их доля от всех примененных лекарственных препаратов [4, 5].

Цель работы - оценка частоты и качества использования комбинированной антибактериальной терапии при беременности.

Материалы и методы

Работа является описательным, ретроспективным, фармакоэпидемиологическим исследованием. Для качественного обзора полученного материала был использован фармакоэпидемиологический метод «исследование серии случаев» (сообщения о группе сходных клинических случаев у пациентов, принимавших определенный препарат).

Проведен ретроспективный анализ 1708 историй болезни беременных женщин, которые за период 2008-2009 гг. были госпитализированы в 4-х роддомах Андижанской области в отделение «патология беременных» и получили антибактериальную терапию (АБТ) с эубиотиками.

В специально разработанных индивидуальных регистрационных картах регистрировались демографические данные, назначение комбинированных антибактериальных препаратов с эубиотиками и их режим дозирования, пути введения, длительность лечения, лабораторные показатели, указанные в историях болезни.

Статистический анализ проводили путем вычисления стандартного набора показателей, использующихся в описательной статистике с помощью компьютерной программы Excel для Windows 97. Для качественных переменных определяли частоту случаев и долю (в %) от общего числа случаев.

Результаты и обсуждение

За период с 2008 по 2009 гг. были госпитализированы 1078 беременных, получивших АБТ. Из них 365 (33,8%) получили комбинированную антибактериальную терапию. Бактериологический анализ не проводился ни у одной беременной. Температура тела была зарегистрирована до начала антибактериальной терапии с эубиотиками у 461 (85,0%) пациенток и в среднем равнялось – 36,2 ± 0,01° С. Из лабораторных данных общее число лейкоцитов до применения антибактериальной терапии была зарегистрирована у 531 (97,9%) беременных и составила в среднем – 8,4x10⁹ ± 0,16 мкмоль/л час. После лечения этот показатель был зарегистрирован у 119 (21,9%) беременных и равнялся – 5,9x10⁹ ± 0,08 мкмоль/л час.

Среди заболеваний на первом месте регистрировался: хронический пиелонефрит у 141 (26,0%) беременной пациентки; угроза на преждевременные роды – у 110 (20,3%); анемия (I, II, III степени) – у 73 (13,5%); гестационный пиелонефрит – у 58 (10,7%); острый пиелонефрит – у 50 (9,2%); бронхит – у 42 (7,7%); пиелонефрит беременных – у 27 (5,0%); гестоз – у 18 (3,3%); цистит – у 8 (1,5%); кольпит – у 8 (1,5%); токсоплазмоз – у 3 (0,6%); гидронефроз – у 2 (0,4 %, и, наконец, холецистит и системная склеродермия – у по одной (0,2%) беременной.

Из антибактериальных средств, часто применяемым препаратом был ампициллин в 410 (55,8%) случаях. Ампициллин применен в первом триместре у 76 (18,5%) пациенток, из них у 15 (19,7%) - при диагнозе угроза на преждевременные роды; у 27 (35,5%) - при хроническом пиелонефрите; у 6 (7,9%) -при остром пиелонефрите; у 7 (9,2%) - при гестационном пиелонефрите; у 5 (6,6%) - при пиелонефрите беременных; у 5 (6,6%) - при бронхите; у 1 (1,3%) - при холецистите; у 1 (1,3%) - при цистите; у 9 (11,8%) - при анемии. Во втором триместре ампициллин применялся у 161 (39,3%) беременных, из них у 46 (28,6%) при хроническом пиелонефрите; у 34(21,1%) - при угрозе на преждевременные роды; у 17 (10,6%) - при остром пиелонефрите; у 21 (13,0%) - при анемии; у15 (9,3%) - при гестационном пиелонефрите; у 9 (5,6%) - при пиелонефрите беременных; у 10 (6,2%) - при бронхите; у 1 (0,6%) - при системной склеродермии; у 4 (2,5%) - при цистите; у 1 (0,6%) - при токсикозе и у 3 (1,7%) - при кольпите. В третьем триместре ампициллин применялся в 173 (42,2%) случаях, из них в 43 (24,8%) - при хроническом пиелонефрите; в 29 (16,7%) - при

угрозе на преждевременные роды; в 13 (7,5%) - при остром пиелонефрите; в 24 (13,8%) - при анемии; в 27 (15,6%) - при гестационном пиелонефрите; в 8 (4,6%) - при пиелонефрите беременных; в 9 (5,6%) - при бронхите;в 17 (9,8%) - при гестозе; в 1 (0,6%) - при цистите; в 1 (0,6%) - при гидронефрозе и в 1 (0,6%) - при кольпите.

Анализ разовой и суточной дозы ампициллина показал, что по 1,0 г. 3 раза в сутки применялся у 331 (80,7%) пациенток; по 0,5 г. 3 раза в сутки у 26 (6,3%); по 0,5 г. 4 раза в сутки у 22 (5,4%); по 1,0 г. 4 раз в сутки у 16 (3,9%); по 1,0 г. 1 раза в сутки у 6 (1,5%); по 1,0 г. 2 раза в сутки у 5 (1,2%); по 0,5 г. 2 раза в сутки у 2 (0,5%); по 0,25 г. 3 раза в сутки у 1 (0,2%); по 2,0 г. 1 раза в сутки у 1 (0,2%) беременной.

Средняя продолжительность антибактериальной терапии (СПАТ) ампициллином составила – 5,2 ± 0,08 дней.

Вторым, часто использованным препаратом, был фуродонин с эубиотиками – в 115 (15,6%) случаях. Фуродонин в первом триместре использовался в 28 (24,3%) случаях, из них в 11 (39,3%) при хроническом пиелонефрите; в 3 (10,7%) - при остром пиелонефрите; в 6 (21,4%) - при гестационном пиелонефрите; в 1 (3,6%) - при пиелонефрите беременных; в 1 (3,6%) - при бронхите; в 3 (10,7%) - при угрозе на преждевременные роды; в 2 (7,1%)- при цистите; в 1 (3,6%) - при анемии. Во втором триместре фуродонин применялся в 52 (45,2%) случаях, из них в 19 (36,5%)-при хроническом пиелонефрите; в 4 (7,7%)- при остром пиелонефрите; в 7 (13,4%) - при гестационном пиелонефрите; в 6 (11,6%) - при пиелонефрите беременных; в 3 (5,8%) - при цистите; в 6 (11,6%) - при угрозе на преждевременные роды; в 7 (13,4% - при анемии. В третьем триместре препарат был назначен 35 (30,5%) раз. Из них 2 (5,7%) - при хроническом пиелонефрите; 6 (17,1%) - при остром пиелонефрите; 8 (22,8%) - при гестационном пиелонефрите; 2 (5,7%)- пиелонефрит беременных; 5 (14,3%)- при угрозе на преждевременные роды; 7 (20,0%) -при анемии; 2 (5,7%)- при гестозе; 1 (2,9%- при цистите; 1 (2,9%)- при кольпите и 1 (2,9%)- при гидронефрозе.

Анализ разовой и суточной дозы фуродонина с эубиотиками показал, что по 0,05 г. 3 раза в сутки он применялся у 102 (88,7%) пациенток; по 00,5 г. 2 раза в сутки у 7 (6,1%); по 0,1 г. 3 раза в сутки -у 6 (5,2%) беременной.

Средняя продолжительность антибактериальной терапии фуродонином составила – 5,7 ± 0,2 дней.

Бензилпенициллин натриевая соль с эубиотиками применялась в 99 (13,5%) случаях. В первом триместре бензилпенициллин использовался в 31 (31,3%) случаях, из них в12 (38,7%) при диагнозе - угроза на преждевременные роды;в 2 (6,4%) при хроническом пиелонефрите; в 6 (19,3%) - при остром пиелонефрите; в 1 (3,2%) - при гестационном пиелонефрите; в 3 (9,7%) - при бронхите; в 2 (6,4%) - при цистите; в 3 (0,7%) - при анемии и по одной при кольпите и при токсикозе беременных. Во втором триместре этот препарат применялся в 40 (40,4%), из них в 3 (7,5%) - при диагнозе анемии; в 11 (27,5%) - при угрозе на преждевременные роды; в 9 (22,5%) - при хроническом пиелонефрите; в 5 (12,5%) - при диагнозе гестационный пиелонефрит; в 11 (27,5%) - при бронхите и в 1 (2,5%) - при кольпите. И в третьем триместре бензилпенициллин был назначен 28 (28,3%) беременным, из которых 6 (21,4%) при диагнозе анемия; 5 (17,8%) - при угрозе на преждевременные роды; 4 (14,2%) - при хроническом пиелонефрите; 1 (3,6%) - при гестационном пиелонефрите; 2 (7,1%) - при пиелонефрите беременных; 5 (17,8%) - при остром пиелонефрите; 3 (10,7%) - при бронхите; 1 (3,6%) - при гестозе; 1 (3,6%) - при гидронефрозе.

Анализ разовой и суточной дозы бензилпенициллина показал, что по 1000000 ЕД 3 раза в сутки он применялся у 54 (54,6%) пациенток; по 1000000 ЕД г 4 раза в сутки -у 32 (32,3%); по 1000000 ЕД 1 раза в сутки- у 7 (7,1%); по 1000000 ЕД 2 раза в сутки- у 3 (3,0%); по 500000 ЕД 3 раза в сутки -у 1 (1,0%); по 500000 ЕД 4 раза в сутки- у 1 (1,0%) и по 400000 ЕД 8 раза в сутки -у 1 (1,0%) беременной.

Средняя продолжительность антибактериальной терапии бензилпенициллином составила 5,2 ± 0,2 дней.

Нитроксолин использовался в 60 (8,1%) случаях. В первом триместре нитроксолин использовался в 5 (8,3%) случаях, из них 2 (40%) - при хроническом пиелонефрите и при остром пиелонефрите; одна - при гестационном пиелонефрите. Во втором триместре нитроксолин применялся в 22 (36,7%), из них в 9 (40,9%) - с диагнозом хронический пиелонефрит; 2 (9,1%) - при угрозе на преждевременные роды; 1 (4,6%) - при цистите; 5 (22,7%) - при остром пиелонефрите и 1- при пиелонефрите беременных. В третьем триместре препарат был назначен 33 (55,0%) беременным, из которых 11 (33,3%) - при хроническом пиелонефрите; 3 - (9,1%) при остром пиелонефрите; 7 (21,3%)- при гестационном пиелонефрите; 5 (15,2%) - при пиелонефрите беременных; 1 (3,0%) - при диагнозе анемия; 3 (9,1%) - при гестозе; 1 (3,0%) - при цистите и 1 (3,0%) - при гидронефрозе.

Анализ разовой и суточной дозы нитроксолина показал, что по 0,05 г. 3 раза в сутки он применялся у 33 (55,0%); по 0,1 г. 3 раза в сутки- у 20 (33,3%); по 0,05 г. 2 раза в сутки- у 3 (5,2%); по 0,1 г. 4 раз в сутки -у 2 (3,4%); по 0,05 г. 4 раза в сутки-у 2 (3,4%); по 0,1 г. 2 раза в сутки- у одной (1,7%) беременной.

Средняя продолжительность антибактериальной терапии нитроксолином составила 5,4 ± 0,27 дня.

Гентамицин использовался 17 (2,3%) раз. В первом триместре гентамицин использовался в 2 (11,7%) случаях - при хроническом пиелонефрите и при угрозе на преждевременные роды. Во втором триместре гентамицин применялся в 7 (41,2%) случаях, из них в 4 (57,1%) - при хроническом пиелонефрите; в 2 (28,6%) - при бронхите и один раз (14,3%) - при остром пиелонефрите. И в третьем триместре препарат был назначен 8 (47,1%) беременным пациенткам, 2 (25,0%) - при хроническом пиелонефрите; 1 (12,5%) - при остром пиелонефрите; 4 (50,0%) - при бронхите и 1 (12,5%) - при анемии.

Анализ разовой и суточной дозы гентамицина показал, что по 0,08 г. 3 раза в сутки он применялся у 13 (76,5%) беременных, по 0,08 г. 2 раза в сутки, по 0,08 г. 1 раз - у 4 (23,5%) пациенток.

Средняя продолжительность антибактериальной терапии гентамицином составила 4,7 ± 0,57 дней.

Нистатин применялся в 14 (1,9%) случаях. Нистатин в первом триместре использовался в 4 (28,6%) случаях, по одной - при хроническом пиелонефрите, холецистите, кольпите, анемии. Во втором триместре нистатин применялся в 5 (35,7%) случаях, из них 2 (40,0%)- при хроническом пиелонефрите; 2 (40,0%)- при остром пиелонефрите; 1- (20,0%) при кольпите. И в третьем триместре препарат был назначен 5 (35,7%) беременной, по одной - при гестационном пиелонефрите, остром пиелонефрите, бронхите, гестозе и анемии.

Анализ разовой и суточной дозы нистатина показал, что по 250000 МЕ 3 раза в сутки он применялся у 6 (42,9%); по 250000 МЕ 4 раза в сутки - у 5 (35,7%); по 250000 МЕ 2 раза в сутки - у 2 (14,3%); по 250000 МЕ 1 раз в сутки -у 1 (7,1%) беременной.

Средняя продолжительность антибактериальной терапии нистатином составил 5,1 ± 0,39 дней.

Бисептол применялся в 10 (1,7%) случаях. Бисептол в первом триместре использовался в 4 (40,0%) случаях, по одной при хроническом пиелонефрите, остром пиелонефрите, угроза на преждевременные роды и кольпите. Во втором триместре бисептол применялся в 3 (30,0%) случаях, один при хроническом пиелонефрите и у двух при диагнозе кольпит. И в третьем триместре препарат был назначен 3 (30,0%) беременным, по одной - при гестационном пиелонефрите и угрозе на преждевременные роды.

Анализ разовой и суточной дозы бисептола с эубиотиками показал, что по 0,96 г 2 раза в сутки он применялся у 4 (40,0%); по 0,48 г 2 раза в сутки - у 5 (50,0%); по 0,96 г 3 раза в сутки - у 1 (10,0%) беременной.

Средняя продолжительность антибактериальной терапии бисептолом составил 4,6 ± 0,89 дней.

Метронидазол применялся в 7 (0,9%) случаях. В первом триместре метронидазол использовался в 1 (14,3%) случае при диагнозе анемия. Во втором триместре метронидазол применялся в двух случаях, при диагнозе анемия и при угрозе на преждевременные роды. В третьем триместре препарат был назначен в 4 (37,1%) случаях, из них в 3 (75%) -при хроническом пиелонефрите и одна - при бронхите.

Анализ разовой и суточной дозы метронидазола показал, что по 100,0 мл 1 раза в сутки он применялся у 3 (42,9%); по 0,25 г. 1 раза в сутки- у 2 (28,5%); по 0,25 г. 3 раза в сутки- у 1 (14,3%); по 0,25 г. 2 раза в сутки- у 1 (14,3%) беременной.

Средняя продолжительность антибактериальной терапии метронидазолом составила 3,1±0,85 дней.

Сульфадемизин применялся в 3 (0,4%) случаях. Сульфадемизин в первом триместре использовался в одном случае при угрозе на преждевременные роды. Во втором триместре сульфадемизин применялся также у одной пациентки с диагнозом анемия. И в третьем триместре препарат был назначен одной беременной при токсикозе.

Анализ разовой и суточной дозы сульфадемизина показал, что он применялся у 3 беременных по 0,25 г. 3 раза в сутки.

Средняя продолжительность антибактериальной терапии сульфадемизином составила 4,9 ± 0,88 дней.

Соотношение парентерального и энтерального применения всех использованных антибактериальных средств составил 497 (67,6%) на 238 (32,4%) соответственно.

Комбинации антибактериальных средств (АБС) использовались у 180 (33,2%) пациенток. Из них комбинация из двух АБС зарегистрировалась в 169 (93,9%) случаях, комбинация тремя АБС - в 9 (5,0%) и комбинация четырьмя АБС - в 2 (1,1%) случаях.

Выводы

1. Антибактериальная терапия при беременности проводилась не обоснованно и не рационально.
2. Аминогликозидные антибиотики при беременности назначаются только по жизненным показаниям.
3. Почти во всех случаях выбор стартового АБС производился эмпирически.
4. Замена неэффективного АБС также проводилась без бактериологического анализа.
5. Разовая, суточная доза и кратность введения не соответствует научным стандартам.
6. Очень часто применялись неактивные АБС в отношениях патогенных микроорганизмов.
7. Для лечения уроинфекций нижних мочевыводящих путей в большинстве случаев АБС применялись парентерально, но рациональнее было назначение пероральных АБС для обеспечения постоянной антибактериальной концентрации в моче.
8. Продолжительность АБТ был слишком коротким.

Литература

1. Петров В.И. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в России: состояние проблемы и перспективы развития. Клинич. исслед. лекарств в России. 2002; 1: 8-10.
2. Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н. Инфекции мочевыводящих путей. Антибактериальная терапия. Практическое руководство. Москва. РЦ «Фармединфо», 2000:106-109.
3. Страчунский Л.С., Рафальский В.В. Антибактериальная терапия уроинфекций у беременных: компромисс между активностью, эффективностью и безопасностью антибиотика. Акушерство и гинекология. 2010; 2: 16 – 19.
4. Brigg C.G., Freeman R.K., Yaffe S.L. Drugs in pregnancy and lactation. Williams and Wilkins, 1994: 48-53.
5. Mengue SS, Schenkel EP, Duncan BB, Schmidt ML. Drug use by pregnant women in six Brazilian cities. Rev Saude Publica 2008; 35: 415-20.

Eshonhuzhaev O.O., Abdunazarov T.A.

PHARMACOEPIDEMIOLOGICAL ANALISES OF COMBINED ANTIBACTERIAL THERAPY UROINFECTIONS AT PREGNANCY

Key words: pregnancy, uroinfections, antibacterial drags, antibacterial therapy, pharmacoepidemiology, combination.

Using the medicinal facilities, at pregnancy is one of the most studied problems to clinical pharmacology. On the strength of ethical reasons greater clinical studies beside expectant mother's are not conducted. The results of retrospective analysis of medical documents, clinical supervisions and sociological questioning testify that medications can play an important role the origin of innate pathology and deceleration of antenatal fetation. In subsequent it all can be reflected, on physical and intellectual development of child.

Эшонхужаев О.О., Абдуназаров Т.А.

ҲОМИЛАДОРЛИКДАГИ УРОИНФЕКЦИЯЛАРДА КОМБИНАЦИЯЛАШГАН АНТИБАКТЕРИАЛ ТЕРАПИЯНИНГ ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ

Калит сўзлар: ҳомиладорлик, уроинфекция, фармакоэпидемиология, антибактериал воситалар, антибактериал терапия, комбинация.

Ҳомиладорликда дори воситаларини қўллаш клиник фармакологиянинг энг кам ўрганилган соҳаларидан бири ҳисобланади. Масаланинг маънавий томонидан келиб чиқиб, ҳомиладор аёлларда йирик клиник текширувлар ўтказилмайди. Клиник кузатишлар, тиббий ҳужжатларнинг ретроспектив таҳлил натижалари ҳамда социологик суриштирувлар шундан дарак бермоқдаки, ҳомиладорликда қўлланилувчи дори воситалар туғма патологиялар вужудга келиши, ҳомила ичи ривожланишининг секинлашуви ва кейинчалик чақалоқларнинг жисмоний, ақлий ривожланишига таъсир кўрсатиши мумкин.

Мухитдинов У.Б., Амонов Ш.Э.

ДИАГНОСТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГОСРЕДНЕГО ОТИТА

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования.Оценить результаты тимпанопластики при хроническом гнойном среднем отите.

Материал и методы. Проведен анализ результатов тимпанопластики 204 пациентов в возрасте от 10 до 50 лет с ХГСО, находившихся на стационарном лечении в ЛОР-отделении клиники ТашПМИ, до и после хирургического лечения.Исследуемые в зависимости от используемого материала были разделены на три группы.

Результаты.Использование надхрящницы с хрящом для замещения барабанной перепонки, приводит к улучшению слуховой функции, что позволяет его рекомендовать для тимпанопластики.

Хронический гнойный средний отит (ХГСО) еще остаётся одной из важных проблем оториноларингологии. Из всех существующих способов функционально-реконструктивных оперативных вмешательств при ХГСО наиболее часто в клинической практике применяется способ восстановления барабанной перепонки, т.е. мирингопластика [1, 2, 4, 6, 8]. Эффективность мирингопластики зависит от размера перфорации барабанной перепонки, длительности заболевания, стадии патологического процесса, адекватного подбора биоматериала и от регенеративных возможностей тканей ложи трансплантата. От успешности выполнения мирингопластики зависит как функциональный результат, так и исход по прекращению инфицирования барабанной полости через перфорацию [3, 5, 7, 8, 9].

С диагностической точки зрения при ХГСО в настоящее время неоспоримую помощь оказывает мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) височной кости. Данная методика является достаточно информативным в плане диагностики, она особенно важна перед проведением слухоулучшающих операций, для оценки состояния слуховой трубы, структурных клеток сосцевидного отростка и мозговых оболочек, состояние слуховых косточек и лабиринта [7].

Материал и методы

Проведен анализ результатов тимпанопластики 204 пациентов в возрасте от 10 до 50 лет с ХГСО, находившихся на стационарном лечении в ЛОР-отделении клиники ТашПМИ, до и после хирургического лечения.

Исследуемые в зависимости от используемого материала были разделены на три группы. В I группу включены 69 (33,8%) пациенты, у которых для закрытия дефекта барабанной перепонки применена надхрящница козелка с хрящем. Во II группу вошли 67 (32,8%) пациентов, где была применена надхрящница козелка. В III группу - 68 (33,4%) пациентов, у которых для тимпанопластики использована

фасция височной мышцы.

Пациентов с двусторонним поражением уха было 127 (62,3%), с односторонним поражением 77 больных (37,7%). При двухсторонних поражениях, операция тимпанопластики выполнялась на хуже слышащем ухе. Всем пациентам было выполнено общее клиническое обследование, традиционный осмотр ЛОР-органов, отомикроскопия, определение проходимости слуховой трубы, эндоскопическое исследование носоглотки и устья слуховой трубы, акуметрия, тональная пороговая аудиометрия и МСКТ височных костей.

Анализ клинических данных обследованных пациентов проводился в четырех возрастных группах: от 10 до 20 лет - 76 (29,4%) пациентов, от 21 до 30 лет - 65 (36,1%), от 31 до 40 лет - 39 (21,6%) и от 41 до 50 лет - 24 (12,7%) пациентов.При сборе анамнеза заболевания выявлено, длительность хронического процесса в среднем ухе от 1 года и до 10 лет составила у 79% пациентов, а у остальных 21% заболевание продолжалось более 11 лет.

Результаты и обсуждение

Данные отомикроскопического обследования показали наличие субтотальной перфорации барабанной перепонки у 48% пациентов, тотальную - у 32%, и краевую у 20%. По месту локализации - центральная перфорация имела место у 80%, краевая - у 20%. При исследовании слуховой трубы у всех пациентов имело место нарушения её функций II-III степени. У больных на тональной пороговой аудиометрии кондуктивный характер тугоухости выявлено у 196 (96,1%) и смешанный - у 8 (3,9%) с превалированием кондуктивного типа.

В предоперационном периоде проводили и оценивали данные МСКТ височных костей. При лучевых исследованиях височных костей у 73,3%, выявлены склеротические изменения в сосцевидном отростке, в основном у пациентов с субтотальной и тотальной перфорацией, у 26,7% отмечено нарушение пневматизации в виде расширения периантральных клеток. Нарушение пневматизации в виде утолщения костного устья слуховой трубы было отмечено у 37,2%, кариозные изменения в длинном отростке молоточка у 16,6% и частичное разрушение цепи слуховых косточек было обнаружено в 6% случаях.

Операции проводили под местной и общей анестезией, эндоуральным доступом. I группу составили 69 (33,8%) пациентов. После анестезии вырезался фрагмент хряща с надхрящницей необходимого размера с козелка, затем под микроскопом по краям хрящевую часть отделяли от надхрящницы и удаляли, оставляя в середине хрящевую основу. Последняя истончалась, получался ровный, тонкий соединительно-тканный трансплантат. Главная отличительная особенность метода заключалась в необходимости уложить хрящевую основу трансплантата на остатки рукоятки молоточка. Приготовленный трансплантат высушивался и укладывался под остатки барабанной перепонки (underlay) с целью профилактики возникновения вторичной холестеатомы, предварительно заполняя барабанную полость желатиновой губкой, пропитанной антибиотиком, которая служила основанием для фиксации и питания трансплантата в первые дни после операции.

Во II группе в 67 (32,8%) случаях пластика барабанной перепонки проводилась с надхрящницей, взятой из козелка. Разрез делался по свободному краю козелка, выделялась надхрящница, вырезался фрагмент необходимого размера. Получался ровный, тонкий соединительно-тканный трансплантат, размером 1х1 см, достаточный для замещения дефектов, обычно превышающих размер перфорации барабанной перепонки. В тех случаях, когда цепь слуховых косточек была сохранена и подвижна, вмешательство ограничивалось восстановлением барабанной перепонки. При фиксации цепи слуховых косточек спаечным процессом восстанавливалась их подвижность с иссечением рубцов.

В III группе материалом для восстановления барабанной перепонки в 68 (33,4%) случаях служила фасция височной мышцы, последнюю брали общепринятым методом. В основном фасцию использовали у пациентов с субтотальным дефектом барабанной перепонки. Барабанная полость также заполнялась желатиновой губкой и фиксировалась как в I и во-II группах.

Анализ результатов исследования позволило выявить особенности выполнения вмешательств, влияющие на процесс адаптации разнородных трансплантатов.

В ходе результатов катамнестического анализа проведенной работы у пациентов I группы при аудиологическом тестировании выявлено

улучшение слуховой функции на 17,2±1,52 дБ, у пациентов II группы на 14,3±1,54 дБ, у пациентов III группы на 8,5±1,47 дБ. При этом, результаты анализа проведенной работы показали, что у пациентов I группы - у 2 (2,8%) улучшение слуховой функции не отмечалось, у пациентов II группы - у 5 (7,4%), у пациентов III группы - у 7 (10,2%). Причем вторичная перфорация барабанной перепонки у пациентов I группы не наблюдалось, во II группе - у 6 (8,9%) и в III - у 10 (14,7%).

Результаты анализа аудиологических данных (через 2 года) выявили у пациентов I группы 97,1% улучшения слуховой функции, во II группе - 92,5% и в III группе - 89,7%.

Анализ результатов клинико-аудиологических исследований показал, что надхрящница с хрящом служит надежным материалом для улучшения передачи звуковых колебаний в структуре внутреннего уха и надежным материалом для восстановления целостности барабанной перепонки.

Применение комплекса предварительных исследований с включением МСКТ височных костей при ХГСО является информативным в плане подготовки пациентов к тимпанопластике.

Использование надхрящницы с хрящом для замещения барабанной перепонки, приводит к улучшению слуховой функции, что позволяет его рекомендовать для тимпанопластики.

Литература

1. Агеенко А.И. Рос.оториноларингология 2004; 1: 8: 24-25.
2. Вишняков В.В., Пискунов Г.З. Реконструктивная микрохирургия среднего уха при хроническом гнойном среднем отите: учебное пособие. М 2004; 40.
3. Загайнова Н. С., Бродовская О. Б. О хирургическом лечении хронического гнойного среднего отита. Российская оториноларингология. 2008. Прил. 2.: 247-249.
4. Кофанов Р.В., Ростовцев В.Н. Актуальные вопросы практической и теоретической медицины: к 50-летию клиники Челябинской государственной медицинской академии. Челябинск 1997; 123-124.
5. Крюков А. И. и соавт. Показатели заболеваемости и качество оказания амбулаторной лор–помощи больным с патологией уха и верхних дыхательных путей в городе Москве. Материалы VII научно–практической конференции «Фармакологические и физические методы лечения в оториноларингологии». М., 2008:10–13.
6. Пальчун В.Т. Надежность и достоверность научной информации в оториноларингологии: материалы IV общероссийской ежегодной конференции. М. 2005; 14-18.
7. Ikeda M. et al. Canal wall down tympanoplasty with canal reconstruction for middle-ear cholesteatoma: post-operative hearing, cholesteatoma recurrence, and status of re-aeration of reconstructed middle-ear cavity. J. Laryngology & Otology, 2003; 117 (4): 249-255.
8. Mishiro Y. et al. Tympanoplasty with and without mastoidectomy for non-cholesteatomatous chronic otitis media.Eur. Arch. Otorhinolaryngol., 2001; 258: 13-15.
9 Sasaki T. et al. Results of hearing tests after total middle ear reconstruction.ActaOtolaryngologica, 2007; 127 (5): 474–479.

Мухитдинов У.Б., Амонов Ш.Э.

СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТНИ ТАШХИСЛАШ ВА ХИРУРГИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Калит сўзлар: сурункали йирингли ўрта отит, тимпанопластика, компьютер томография.

Сурункали йирингли ўрта отит (СЙУО) билан оғриган 10 ёшдан 50 ёшгача бўлган 204 беморда ўтказилган тимпанопластика амалиёти натижаларининг хирургик давогача ва хирургик даводан кейинги таҳлили ўтказилган. Беморлар 3 гуруҳга ажратилди. I гуруҳга ноғора пардаси нуксонини ёпишда қулоқ дўмбоқчасининг тоғай усти пардаси билан тоғай қўлланилган 69 (33,8%) бемор киритилди. II гуруҳ 67 (32,8%) бемордан ташкил этди, бу беморларда нуксонни ёпишда думбоқча тоғай усти пардасидан фойдаланилди. III гуруҳга 68 (33,4%) бемор киритилди, бу беморларда

тимпанопластика амалиётида чакка мушаги фасциясидан фойдаланилди. Ўтказилган тадқикот натижаларининг катамнестик тахлили шуни кўрсатдики, I гуруҳ беморларида аудиологик тест ўтказилиши натижасида эшитиш функцияси 17,2±1,52 дБ га, II гуруҳ беморларида 14,3±1,54 дБ га, III гуруҳ беморларида 8,5±1,47 дБ га яхшиланган. Шу I гуруҳдаги 2 (2,8%), II гуруҳдаги 5 (7,4%) ва III гуруҳдаги 7 (10,2%) беморда эшитиш функциясида ўзгариш қайд этилмаган. Ноғора пардасининг иккиламчи тешилиши I гуруҳ беморларида кузатилмади, II гуруҳда - 6 (8,9%) беморда ва III гуруҳда - 10 (14,7%) беморда қайд этилган. Аудиологик текширув натижаларининг тахлили (2 йилдан кейин) эшитиш функциясининг I гуруҳ беморларида 97,1% га, II гуруҳда 92,5% ва III гуруҳда 89,7% га яхшиланганлигини кўрсатди.

Mukhitdinov U.B., Amonov Sh.A.

DIAGNOSTICS AND RESULTS OF SURGICAL TREATMENT CHRONIC PURULENT ACUTE EAR

Key words: chronic otitis media, tympanoplasty, CTscan.

There was hold an analyze of 204 medical records of patients at the age from 10 to 50 with COM before and after surgical treatment. Patients were divided into three groups. Perichondrium tragus with cartilage was used for closing the defect in the tympanic membrane in the Group I, which includes 69 (33,8%) patients. Group II includes 67 (32,8%) patients, there was used perichondrium tragus. Group III includes 68 (33,4%) patients, where there was used temporal fascia for tympanoplasty.Catamnesis results of the analyses performed during audiological testing revealed, patients of Group I Improvement of Hearing function 17,2±1,52 дБ, patients of Group II - 14,3±1,54 дБ, patients of Group III - 8,5±1,47 дБ. At the same time, the Improvement of Hearing function was not observed in patients as a results of the analysis of the work done, Group I - 2 (2,8%) patients, Group II - 5 (7,4%) patients, Group III - 7 (10,2%) patients. Moreover, tympanic membrane perforation secondary in patients of Group I was not observed, Group II - 6 (8,9%) patients, Group III - 10 (14,7%) patients.Results of the analysis of audiological data (after 2 years), 97,1% of Hearing Improvement function was revealed in patients of the Group I, 92,5% of improvement in patients of the Group II and 89,7% in Group III.

Юсупов А.С., Таджиев Б.М., Каримова Д.У., Файзиев Б.О.

НАРУШЕНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ ОБУСЛОВЛЕННОЙ ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Оценить состояние иммунной системы при токсикозе, обусловленным хроническим вирусным гепатитом В на фоне хронического пиелонефрита.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 42 больных, в возрасте от 16 до 62 лет с хроническим гепатитом, у всех больных имело место сопутствующей патологии - хронический пиелонефрит. Все исследуемые дети были разделены на 2 группы - основная группа – 22 больных, которым назначался Гепа-Мерц в дозе 20 г в сутки внутривенно капельно и нитроксолин по 1таблетке 3 раза в день на фоне инфузионной терапии. Контрольную группу составили 20 больных, которые получали инфузионную терапию и антибиотик цефтриаксон на фоне инфузионной терапии.

Результаты. У больных с синдромом токсикоза, обусловленным хроническим вирусным гепатитом В на фоне хронического пиелонефрита, получившиеся лечение препаратами Гепа-Мерц и нитроксолин на фоне дезинтоксикационной инфузионной терапии, имело место более быстрого исчезновения основных клинических симптомов заболевания, свидетельствующее о более высокой терапевтической эффективности комплексной терапии.

Тяжелые формы вирусных гепатитов на фоне сопутствующих заболеваний внутренних органов отягощает течение основной патологии. Одним из ведущих мест в патогенезе многих инфекционных заболеваний принадлежит токсикозу, который усугубляет общее состояние больных и нередко является причиной летального исхода [2, 3, 5]. В течение болезни токсикозы развиваются очень быстро со снижением иммунологических показателей. В настоящее время проблема лечения таких форм заболеваний является актуальным в области гепатологии. В многочисленных исследованиях описано, что лечение хронических форм гепатита на фоне хронической патологии почек с использованием препарата Гепа-Мерц в комбинации с нитроксолином способствало улучшению общего состояния больных [1, 2, 4]. В связи с этим, проведение исследования в данном направлении является наиболее актуальным.

Цель работы - оценить состояние иммунной системы при токсикозе, обусловленным хроническим вирусным гепатитом В на фоне хронического пиелонефрита.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 42 больных, в возрасте от 16 до 62 лет с хроническим гепатитом. У всех больных имело место сопутствующая патология - хронический пиелонефрит (из них 17 мужчин и 25 женщин). Всем исследуемым больным был определён план обследования, включающий клиническое обследование, общеклинические, биохимические, инструментальные, бактериологические и иммунологические исследования (основные показатели клеточного и гуморального иммунитета. Все исследуемые дети были разделены на 2 группы - основная группа – 22 больных, которым назначался Гепа-Мерц в дозе 20 г. в сутки внутривенно капельно и нитроксолин по 1 таблетке 3 раза в день на фоне инфузионной терапии. Контрольную группу составили 20больных, которые получали инфузионную терапию и антибиотик цефтриаксон на фоне инфузионной терапии.

Результаты и обсуждение

При исследовании существенное значение уделено бактериологическим и иммунологическим исследованиям (определение количества Т-, В- и О- лимфоцитов и их субпопуляций, иммуноглобулинов А, М, G).

При посевах мочи у 58,9% больных выделена кишечная палочка, у 13,2% - протей, у 6%- клебсиелла, у 22,9% - стафилококк. Клиническое течение болезни, несмотря на разновидность возбудителей, существенно не отличалось. В основной группе больных наряду с инфузионной терапией в составе комплексной терапии включён препарат Гепа-Мерц и нитроксолин.

Характеристика продолжительности исчезновения клинических симптомов при средне-тяжелом течении болезни приведена в таблице.

Характеристика продолжительности исчезновения клинических симптомов при средне-тяжелом течении болезни

Клинические симптомы	Дни исчезновения клинического симптома (дни)	
	Инфузионная терапия+Гепа-Мерц+Нитроксолин	Инфузионная терапия+цефтриаксон
Общая слабость	7	8
Желтушность кожи и склер	9	12
Зуд кожи	5	8
Сухость кожных покровов, жажда	2	2
Тошнота	3	3
рвота	2	2
Боли в поясничной области	3	5

В контрольной группе больных пиелонефритом при поступлении в стационар имело место значительное уменьшение количества Т-лимфоцитов (P<0,001), которая сохранялась через две недели от начала лечения и перед выпиской из стационара. Наряду с этим у этих

больных отмечалось уменьшение количества Т-хелперов и увеличение Т-супрессоров, снижение отношения Тх/Тс (P<0,01), повышение процентного содержания 0-клеток (P<0,001) при отсутствии значимых изменений числа В-лимфоцитов в крови. Кроме того, у больных с пиелонефритом при поступлении в стационар выявлялось незначительное снижение уровня иммуноглобулина G, на всех этапах исследования – небольшое снижение концентрации иммуноглобулина А и увеличение содержания иммуноглобулина М в сыворотке крови (P<0,005).

Сравнительный анализ результатов исследований у больных основной и контрольной группы показал неоднозначные сдвиги иммунологических показателей. У больныхосновной группы, на этапах исследования сохранялся дефицит Т-лимфоцитов и хелперов, отмечалось увеличение количества В- и 0- клеток в крови (P<0,005), содержание иммуноглобулина G было нормальным, иммуноглобулина А пониженным, а количество иммуноглобулина М в сыворотке повышалось (P<0,001).

У больных контрольной группы на втором этапе исследования отмечалось уменьшение содержания Т-лимфоцитов, хелперов и В-клеток (P<0,001) на фоне увеличения количества супрессоров и 0-лимфоцитов в крови (P<0,001). Но выявленные изменения содержания популяций и субпопуляций лимфоцитов в крови больных, получавших Гепа-Мерц и нитроксолин на фоне инфузионной терапии, оказались менее выраженными, чем у больных контрольной группы. Перед выпиской из стационара у больных основной группы регистрировалась нормализация количества Т-лимфоцитов, хелперов и супрессоров, при сохранении уменьшенного числа В-лимфоцитов (P<0,001) и небольшого увеличения числа 0-клеток в крови. На втором этапе исследования имело место снижение содержания иммуноглобулина G (P<0,005), а также небольшое снижение содержания иммуноглобулина А. Повышение концентрации иммуноглобулина М в сыворотке крови у данных больных было менее выраженным, чем в контрольной группе больных.

У больных с синдромом токсикоза, обусловленным хроническим вирусным гепатитом В на фоне хронического пиелонефрита, получивших лечение препаратами Гепа-Мерц и нитроксолин на фоне дезинтоксикационной инфузионной терапии, имело место более быстрое исчезновение основных клинических симптомов заболевания, свидетельствующее о более высокой терапевтической эффективности комплексной терапии, что подтверждается более быстрым наступлением клинико-лабораторной ремиссии и нормализацией иммунологических показателей.

Литература

1. Астахин А.В., Ефимова Е.Э., Зверев В.В., Левитан Б.Н., Афанасьев С.С. Концентрация естественных аутоантител к интерферону - альфа и показатели интерферонового статуса при хронических гепатитах и циррозе печени. Журн.микробиол. 2007; 4: 65-68.
2. Сапронов Г.В., Николаева Л.И. Новые перспективы персонифицированной терапии хронического вирусного гепатита С. Эпидемиол. и инфекц. бол. 2013; 3: 27-36.
3. WHO Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection 2014. WHO publication.
4. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatitis C virus infection. Journal of Hepatology 2014; 60j: 392–420
5. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C. 2015. Journalof Hepatology.

Юсупов А.С., Таджиев Б.М., Каримова Д.У., Файзиев Б. О.

СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ В ФОНИДА БУЙРАК КАСАЛЛИКЛАРИДАГИ ИНТОКСИКАЦИЯДА ИММУН ТИЗИМИДАГИ БУЗИЛИШЛАР

Калит сўзлар: сурункали вирусли гепатит В, сурункали пиелонефрит, иммун тизимининг лаборатор параметрлари, Gepa-Mertz, нитроксолин.

Тадкикот максади - сурункали пиелонефрит фонида сурункали вирусли гепатит В даги токсикозда иммун тизим холатини бахолаш. Кузатувимиз даврида 16 ёшдан 62 ёшгача бўлган 42 нафар сурункали гепатит билан оғриган беморларнинг хаммасида биргаликда патологик сурункали пилонефрит бўлган. Тадбик этилган барча болалар икки гуруҳга бўлинади: асосий гуруҳ - 22 нафар бемор инфузион терапияси пайтида кунига 20 г дозада интра веноз томизиш ва нитроксолинни 1 таблеткадан 3 маҳал Gepa-Mertz буюрилган. Назорат гуруҳидаги 20 нафар бемор инфузион терапия вақтида антибиотик цефтриаксонни қабул қилган. Сурункали пиелонефрит фонида сурункали гепатит В билан оғриган беморлардаги токсикоз синдромида дезинтоксикацион инфузион даволаш билан биргаликда Hepa-Merz ва нитроксолинни биргаликда қўллаш юқори терапевтик самарадорлик берган ва касалликнинг асосий клиник белгилари тез йўқолиши кузатилган.

Yusupov A.S., Tadjiev B.M., Karimova D.U., Fayziev B.O.

DISORDERS OF IMMUNE SYSTEM AT INTOXICOSATION CAUSED BY CHRONIC PATHOLOGY ON THE BACKGROUND OF CHRONIC VIRUS HEPATITIS B

Key words: Chronic viral hepatitis B, chronic pyelonephritis, laboratory indices of the immune system, Hepa-Mertz, nitroxoline.

The purpose of the study was to assess the state of the immune system in toxicosis caused by chronic viral hepatitis B against chronic pyelonephritis. We observed 42 patients at the age of 16 to 62 years with chronic hepatitis, all patients had concomitant pathology - chronic pyelonephritis. All studied patient were divided into 2 groups - the main group - 22 patient, who were prescribed Gepamertz in a dose of 20 g.intravenozis and nitroxolin 1 tablet 3 times a day on the background of infusion therapy. The control group consisted of 20 patient who received infusion therapy and an antibiotic ceftriaxone on the background of infusion therapy. In patients with toxicosis syndrome caused by chronic viral hepatitis B against chronic pyelonephritis, the treatment with Hepamertz and nitroxoline with the use of detoxification infusion therapy resulted in a faster disappearance of the main clinical symptoms of the disease, which indicates a higher therapeutic effectiveness of complex therapy.

Хайтматова Н.А.

К ВОПРОСУ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ В ТАШКЕНТЕ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XIX ВЕКА

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Детская хирургия в отличие от общей хирургии, которая стара как мир, очень молодая отрасль медицины — она дала свои первые ростки лишь в XIX веке. До этого времени хирургическую помощь детям оказывали хирурги общего профиля и единственным отличием хирургии детей от хирургии взрослых они считали размеры объекта своей деятельности. Ребенок с медицинских и биологических позиций рассматривался как «взрослый в миниатюре». Родилась детская хирургия на стыке двух медицинских специальностей — хирургии и педиатрии, когда стало ясно, что ребенка от взрослого в очень значительной мере отличают анатомо-физиологические особенности. С развитием науки этих особенностей выявлялось все больше и больше.

Но практическая медицина вплотную занялась детской хирургией лишь во второй половине XIX столетия. В 1869 г. в Санкт-Петербурге была открыта первая в России детская больница с впервые же открытым хирургическим отделением. Организатором больницы, ее первым главным врачом и вместе с тем заведующим детским хирургическим отделением был известнейший в то время педиатр и хирург К.А. Раухфус, чье имя после 1917г. больница носит по сей день (до революции она носила имя принца П.-Г.Ольденбургского, на средства которого по просьбе Раухфуса была построена). Это было образцовое детское лечебное учреждение, многие годы служившее эталоном организации педиатрической помощи.

11 июля 1867 г. в результате ликвидации Кокандского ханства было образовано Туркестанское генерал-губернаторство. Первым генерал-губернатором был назначен барон фон Кауфман. Ему были предоставлены широкие полномочия. Он получил право самолично без

согласования с центральным правительством решать все политические, экономические и пограничные вопросы в крае, обмениваться посольствами с сопредельными странами, заключать с ними договоры [7]. Весь край, в отличие от центра России, был подчинён не министерству внутренних дел, а военному министру. Был образован сильный военный аппарат управления, что свидетельствует о колониальном положении края.

Вместе с критикой событий колониального и советского периодов необходимо отметить, что: «...и в условиях колониализма, и в советское время власти способствовали национальной интеллигенции при участии передовых представителей некоренного населения в становлении светского образования, науки, новых жанров литературы, новых видов искусства». Также отмечаются процессы распространения медицинского обслуживания на коренное население Туркестана во второй половине XIX - начале XX вв. [13, 15]. В конце XIX в. в Туркестане появились медицинские учреждения европейского типа.

В рассматриваемый период местное население края пользовалось услугами народной, доисламской и исламской медицины. Такие врачеватели народной медицины, как табибы, джаррахи (хирурги), риштачи (хирурги, удалявшие ришту – гвинейскую червь), синикчи (травматологи), доя (повивальные бабки), зулукчи (гирудотерапевты) оказывали медицинские услуги населению. Роль хирургов в основном выполняли цирюльники. На территории Ташкента в этот период лечением больных так же занимались духовные лица, дервиши и др. [4]. Духовники лечили больных чтением отдельных сур (глав) Корана, а некоторые заклинанием. Во время чтения (заклинания) больной укрывался шкурой животного, принесенной им в жертву. Кровь животного размазывалась по телу больного. По-видимому, жертвоприношения должны были заменить возможную смерть больного смертью животного. К этому времени в каждом городе работали всего по 3–4 табиба, которые естественно, не могли оказать медицинскую помощь всем нуждающимся. К тому же методы их лечения отставали от европейской научной медицины и находилось на уровне средних веков. Однако и она была не доступной для всех. Поэтому население пользовалась услугами народной медицины, которая оказалась основной формой медицинской помощи [1]. Достижения науки и техники весьма слабо проникали в край.

Первое медицинское лечебное заведение в Ташкенте открылось в 1868 г., через несколько лет после начала военных действий по присоединению среднеазиатских ханств и через год после создания Туркестанского генерал-губернаторства. Это был Ташкентский военный лазарет, который был преобразован в 1870 г. в Ташкентский военный госпиталь второго класса на 415 кроватей, в нем оказывали медицинскую помощь солдатам, пострадавшим во время военных действий, а также вновь прибывшему в Туркестан населению[2].

С 1883 г. в Ташкенте начала работать «амбулаторная лечебница для туземных женщин и детей», идея создания которой принадлежала женщинам-врачам Н.Н.Гундиус, А.В.Пославской и Е.Н.Мандельштам, заметивших, что религия и традиционность женщин автохтонного населения региона не позволяют им обращаться за помощью к мужчинам-врачам. Они обратились к Туркестанскому генерал–губернатору и «предложили безвозмездно свои услуги». Именно они стали первыми врачами этого медицинского учреждения. 25 октября 1883 г. на страницах газеты «Туркестанские ведомости» было опубликовано положение об организации амбулатории [7]. В соответствии с ним в учреждении, созданной в «старой» части Ташкента, медицинский персонал мог состоять только из женщин. При создании документа учитывались традиции народов Туркестана. Вся медицинская помощь в амбулатории оказывалась бесплатно – и лекарства, и водные процедуры, и несложные операции и перевязки. Женщины-врачи предлагали свои медицинские услуги безвозмездно на первоначальном этапе. В лечебнице работала переводчицей татарка Биби Гафифа Нургалиева. Незнание местных языков большинством врачей и отсутствие переводчиков усложняло оказание медицинской помощи населению.

В первые же годы после образования амбулаторий на страницах газеты «Туркестанские ведомости» стали публиковаться подробные отчеты, касающиеся деятельности этих медицинских учреждений. Оказание женщинам и детям медицинской помощи было во всех амбулаториях бесплатным, в то время как

мужчины платили за медицинские услуги 20 копеек [10]. Например, в отчете по врачебной части Туркестанского Генерал-губернатора за 1885 год было отмечено, что «Ташкентская амбулаторная лечебница для туземных женщин и детей вела свое дело при том же составе медицинского персонала, как и раньше: 2 женщины врача и фельдшеры. В Ташкентской женской лечебнице в отчетном году было обратившихся к женщинам-врачам 3115 женщин и детей. Такие отличные результаты говорят сами за себя и, в виду приведенных цифр, не представляется надобности доказывать, что русские врачи весьма полезны для края» [3]. Но уже в отчете О деятельности лечебницы для туземцев женщин и детей в азиатской части г. Ташкента за 1897 год отмечалось: «В 1897 году амбулаторную лечебницу для туземцев женщин и детей посетило 8200 человек, сделавшие 13365 посещений. Из них женщин было 4459 человек, сделавшие 7221 посещений, детей было 3741 человек, сделавших 6144 посещения». Это говорит о том, что население Туркестанского края, наряду с народной медициной, постепенно начинает доверять и пользоваться услугами европейской медицины». Но, тем не менее, И.Добросмыслов отмечает, что «серьезно говорить о медицинской помощи населению за первые 15 лет русского управления Ташкентом нельзя. Что мог сделать один врач на 100 000 населения без больницы и приемного покоя..» [2, 3]. Хирургическое отделение в амбулатории было устроено по принципам асептики. Операционная, перевязочная и стерилизационная комнаты были для этого не очень хорошо оборудованы. Из антисептических растворов в операционной и перевязочной имелись растворы цианистой ртути, лизола, борной кислоты и марганцовокислого калия.

Почти треть умерших в хирургическом отделении детей умирали от инфекционных заболеваний. В "Отчетах" описано много случаев, демонстрирующих, что дети нередко тяжело болеют оспой, корью, тифом, тропическими болезнями (ришта, малярия, пендинская язва). В больнице ежегодно наблюдались заболевания эпидемическими формами болезней среди детей хирургического отделения. В Туркестанском крае были распространены несколько видов эндемических заболеваний. К числу таковых относились: так называемая «сартовская болезнь», проказа, а также эндемический зоб [16]. Афганская язва или паша-хурда (разъедаемая мухой), по-русски называлась «сартовской болезнью» [11], представляла собой накожное заболевание и была распространена в Ташкенте. Она начиналась с папулы, затем превращалась в язву величиной от горошины до сливы, а иногда ладони и больше, от которой после заживления оставался рубец, большею частью неглубокий. Язвы были не смертельными, поражали человека, главным образом, на открытых местах тела и редко сопровождались лихорадкой и ухудшением самочувствия. Болезнь продолжалась от 2 до 8 месяцев. Лучшим лечением для «сартовской болезни» было содержание в чистоте, покой и перевязка антисептическими растворами. Довольно удачно лечили «сартовскую болезнь» и табибы. Большинство населения, проживавшего в Туркестане, как русского, так и местного, объясняли «сартовскую болезнь» свойствами используемой воды. Помимо этого, местное население использовало различные едкие средства, такие как сулема, киноварь, мышьяк, медный купорос.

Гвинейский червь или медицинский струнец в Туркестане был более известен под названием «ришта» (в переводе с персидского означает «нитка»). Местом обитания зрелой ришты служит подкожная клетчатка человека; паразит наблюдается на всех участках тела, включая ладони, ступни и даже веки, исключая волосистую часть головы, но чаще всего он сосредотачивается на нижних конечностях [12]. Умиравший под кожей паразит или обрывок паразита, который оставался при извлечении, вызывал тяжелое флегмонозное воспаление. Заражение риштой происходило через питьевую воду или напитки, с которыми смешивалась некипяченая вода. А.П.Федченко указывал на то, что эндемия была связана с недостатком проточной воды, которая собиралась в прудах и освежалась лишь периодически. С питьевой водой внутрь организма человека проникали циклопы, зараженные зародышами ришты, из которых развивалась зрелая глиста [6]. Необходимо отметить, что из всех видов водных ракообразных наиболее часто в местных водоемах встречались различные виды циклопов и дафний. Как метод решения проблемы А.П. Федченко предлагал очистить водоемы от глистов ришты с помощью разве-

дения рыб [5]. Первоочередной он считал обеспечение населения качественной питьевой водой. Для лечения болезни табибы практиковали в качестве основного следующий прием: как только обнаруживалось присутствие червя под кожей, непосредственно над ним, в середине, бритвой делали круглую вырезку, предварительно приподняв кожу острием большой швейной иглы с тем, чтобы не поранить червя, а затем, поддевая паразита тупым концом иглы, вытягивали его руками. Хотя местное население с каждым годом все чаще обращалось за медицинской помощью в амбулатории, снижение числа заболевших острым и инфекционными болезнями не наблюдалось.

При описании результатов лечения детей с черепно-мозговой травмой имеет место смешение понятий. Дети с этой патологией описаны в разделах "ушибы", "переломы других костей", в частности в разделе "переломы других костей" — подраздел о больных с "сотрясением мозга", которых, судя по описанию, отнести к данной категории в нашем понимании невозможно. По утверждению А.Л. Шварца, русские врачи не смогли завоевать доверие местного населения при лечении переломов и вывихов. Так, за 10 лет с 1883 по 1894 гг. в амбулатории в связи с ними обратилось всего 100 человек, в 1897–1908 гг. количество выросло до 201 человека, т. е. на каждый год приходилось 20 пациентов. В процентном отношении это число было весьма незначительным. На основе изучения многочисленных данных доктор А.Л. Шварц утверждал, что табибы-костоправы были конкурентами докторов и считал, что они в этом отношении опередили европейскую медицину, тем более, что метод недолгой перевязки и массажа поврежденного органа приводил к быстрому заживлению [14]. Особо целебные свойства при переломах костей приписывались мумиё, как способствовавшее их скорейшему сращиванию. Мумиё в среднеазиатской медицине считалось панацеей, так как, почти не было болезней, при лечении которых оно не использовалось.

Результаты лечения детей в рассматриваемый период трудно оценить, так как распределение пациентов по группам отлично от принятого в настоящее время. Так же многие болезни, которые в настоящее время мы уверенно относим к разряду хирургических, в то время столь же уверенно относили к терапевтическим: плеврит, перикардит, выпадение прямой кишки, септические состояния (например, на фоне пневмонии), сотрясение головного мозга, внутричерепные гематомы.

В конце XIX – начале XX вв. в Ташкенте предпринимались попытки подготовки фельдшеров, акушерок, повивальных бабок медицинских сестер. Несмотря на многочисленные инициативы, в Туркестане не удалось открыть учебные заведения для подготовки медицинских работников с высшим и средним образованием [8].

Появление медицинских учреждений, несмотря на все их преимущества и самоотверженный труд представителей российских медицинских учреждений, поначалу воспринималось местным населением в значительной степени с конфессиональной точки зрения. Происходило это, прежде всего, из-за различий в подходах в религии, культуре, менталитете, неприемлемости для мусульманского населения приемов, использовавшихся представителями российской медицины, неприятия чего-то чуждого, пришедшего со стороны. Вместе с тем проблема недоверия постепенно преодолевалась. В развитии медицинской науки в республике важное значение имели общества врачей. Первое общество врачей и естествоиспытателей в Туркестане было образовано 1870 г. в г.Ташкенте. Его организатором и первым ученым секретарем был известный естествоиспытатель А. П. Федченко. В 1892 г. врачи, работавшие тогда в Туркестане, образовали Ферганское общество врачей. Затем были созданы медицинские общества в других городах, а также общества врачей по отдельным специальностям — терапии, хирургии, офтальмологии, дерматологии и венерологии, гигиене [9].

В развитии медицинской науки и практического здравоохранения важную роль играли съезды и симпозиумы, проходившие в городах Узбекистана. Первый научный съезд врачей Туркестана состоялся 23–28 октября 1922 г. в Ташкенте. В нем участвовали 188 врачей-делегатов из разных городов Туркестана (Центральной Азии). На съезде было заслушано 82 научных доклада по различным вопросам медицинской науки и практики. 5–8 февраля 1927 г. в г.Самарканде проходил I съезд врачей Узбекистана. На нем рассматривались важные актуальные научные и организационные проблемы, стоящие перед здравоохранением республики. Такие ученые, как Р.С.Гершенович, А.А. Коган, Б.Х. Магзумов, В.В. Вахидов, У.А. Арипов, К.А.Зуфаров, Н М.Мажидов, А.Н.Николаев, А. М.Максудов, Л.М. Исаев, Д.М.Ниязов, В.П.Широкова-Диваева, С.С.Сабиров, М.А.Мирзамухамедов, У.А.Каримов, О.С.Махмудов и многие другие внесли свой огромный вклад в становление и развитие медицинской науки во взаимосвязи с практическим здравоохранением в Узбекистане.

Врачи и медицинский персонал Ташкента проводили большую работу, часто оказывали самую необходимую помощь. Появление медицинских учреждений, несмотря на все их преимущества и самоотверженный труд представителей российских медицинских учреждений, поначалу воспринималось местным населением с осторожностью. В конце XIX - начале XX вв. в Ташкенте не предпринимались попытки интегрирования народной медицины в западную систему медицины, они существовали самостоятельно, народная медицина края оценивалась как несовременная и далекая от достижений европейской науки. Вместе с тем проблема недоверия постепенно преодолевалась.

Литература

1. Аллаяров Х. А. История народной медицины Средней Азии. Дисс. докт. …. мед. наук. Москва, 1993.
2. Добросмыслов И. Ташкент в прошлом и настоящем. Исторический очерк. Ташкент, 1912. 557 с.
3. История повседневной жизни народов Туркестанского края в Архивных источниках. Сборник архивных документов по истории здравоохранения. Ташкент, 2017
4. Кадыров А. А. Возникновение медицины в Средней Азии. Ташкент: Медицина. 1990. 41 с.
5. Колосов Г.А. Медицинская помощь инородцам Туркестана и их отношение к русским врачам. Труды антропологического общества при Военно-медицинской академии. СПб., 1903: 61-127.
6. Маев Н. Русский Туркестан. Вып.2. Ташкент, 1872: 273-289.
7. Муртазаева Р.Х., Дорошенко Т.И. История Узбекистана. Учебник для студентов Высших учебных заведений. «Фан ва технология» Т:. 2011.
8. Палиенко Д. Об организации родовспомогательного дела в азиатской части Ташкента. Туркестанские ведомости. 1893. 25 августа.
9. Палиенко Д. О подготовлении повитух из туземок. Туркестанские ведомости. 1893. 29 сентября.
10. Положение об амбулаторной лечебнице для туземного женского населения в г. Старом Ташкенте. Туркестанские ведомости. 1883: 42.
11. Сатанский А. Ташкентская язва или сартовская болезнь. Туркестанские ведомости. 1877; 46-48.
12. Свияжский И. К изучению о происхождении и развитии ришта. Туркестанские ведомости. 1882: 39.
13. Смесова Е. А. Русские духовно-культурные учреждения в Туркестане (во второй половине XIX - начала XX вв.): Автореф. дисс. ... канд. исторических наук. Ташкент, 2011. 34 с.
14. Успехи русской медицины среди туземцев. Туркестанский курьер. 1909; 172-173.
15. Центральная Азия в составе Российской империи. отв. ред. С. Н. Абашин, Д. Ю. Арапов, Н. Е. Бекмаханова. М.: Новое литературное обозрение, 2008. 464 с.
16. Шалыгин К. Об эндемическом зобе в Коканде. Туркестанские ведомости. 1877; 20-24.

Агзамходжаев С.Т., Абдуллаев З.Б. Ретроспективный анализ результатов пластики уретры при дистально стволовой форме гипоспадии у детей — 2

Agzamkhodjaev S.T., Abdullaev Z.B. Retrospective analysis of urethroplasty at distal stem shape of hypospadias in children

Агзамходжаев С.Т., Абдуллаев З.Б., Теребаев Б.А., Носиров А.А. Структурные изменения стенки пиелоуретерального сегмента у детей с врожденным гидронефрозом — 5

Agzamkhodjaev S.T., Abdullaev Z.B., Terebaev B.A., Nosirov A.A. Structural changes of ureteropelvic segment in children with congenital hydronephrosis

Алиев М.М., Дехконбоев А.А., Салихова К.Ш. Преимущество и недостатки лапаротомии и лапароцентеза у новорожденных с осложненным некротизирующим энтероколитом — 9

Aliev M.M., Dehkonboev A.A., Salikhova K.Sh. Advantages and disadvantages of laparotomy and laparocentesis in newborns with complicated necrotizing enterocolitis

Алиев М.М., Нарбаев Т.Т. Проблемы хирургического леченияаноректальной мальформациюу детей — 15

Aliev M.M., Narbaev T.T. Problems of surgical treatment for anorectal malformation in children

Алиев М.М., Тилавов У.Х., Арифджанов Н.С., Каримов Б.А. Лечебно-диагностическая баллонная дилатация протяженных постожоговых рубцовых стриктур пищевода — 19

Aliev M.M., Tilavov U.H., Arifdjanov N.S., Karimov B.A. Medical and diagnostic balloon dilatation of extended postburn scar strictures of esophagus

Алиев М.М., Юлдашев Р.З., Турсунова Д.Б. Ренальная флебогипертензия у детей с внепеченочной портальной гипертензией — 23

Aliev M.M., Yuldashev R.Z., Tursunova D.B. Renal phlebohypertension in children with extrahepatic and portal hypertension

Алиев М.М., Юлдашев Р.З., Ахмаджонов А.М. Особенности диагностикии выбор метода хирургического лечения кист холедоха у детей — 29

Aliev M.M., Yuldashev R.Z., Akhmadjonov A.M. Peculiarities of chronic diagnosis for method surgical treatment of choledoch cyst in children

Акбаров Н.А., Юлдашев М.А.,Тураkулов З.Ш., Акбарова Р.М. Послеоперационная реабилитация детей, больных с двусторонним нефролитиазом — 33

Akbarov N.A., Yuldashev M.A., Turakulov Z.Sh, Akbarov R.M. Postoperative rehabilitation of children with bilateral nephrolithiasis

Алиев М.М., Нарбаев Т.Т., Тураева Н.Н., Тилавов У.Х., Чулъбаев А.И., Тураев Ш.Б. Результаты оперативного лечения болезни Гиршспрунга у детей — 37

Aliev M.M., Narbaev T.T., Turaeva N.N., Tillavov U.H., Chulbaev A.I., Turaev Sh.B. Results of operative treatment Hirshprung's disease at children

Байахмедов Ф.Ф., Тилавов Ў.Х., Абдукодиров О.А. Болаларда ўпкадан кон кетиш билан асоратланган бронхоэктатик касалликда аъзоларни сакловчи операцияларни асослаш — 44

Bayakhmedov F.F, Tilavov U.Kh., Abdukodirov O.A. Justification of organ welfare operations in children with bronchoectatic disease being complicated with pulmonary bleeding

Эргашев Н.Ш., Ражабова Ш.Г. Особенности клиники, диагностики и лечения болезни Гиршпрунга у детей — 48

Ergashev N.Sh., Rajabova Sh.G. Peculiarities of clinics, diagnosis and treatment Hirsprung's disease at children

ПЕДИАТРИЯ 2/2019

CONTENTS

Эргашев Н.Ш., Хуррамов Ф.М., Худойкулов З.М. Диагностика и лечение инвагинации кишечника у детей по материалам клиники — 52

Ergashev N.Sh., Khurramov F.M., Khudoykulov Z.M. Diagnosis and treatment intestinal invagination in children by clinics materials

Нарбаев Т.Т., Тураева Н.Н., Тилавов У.Х., Теребаев Б.А., Тураев Ш.Б.,Чулъбаев А.И. Модификация операции Stoune-Benson при низких свищевых формах аноректальной мальформации — 56

Narbaev T.T., Turaeva N.N., Tillavov U.Kh., Terebaev B.A., Turaev Sh.B., Chulbaev A.I. Modification of Stoune-Benson operation at low fistulous forms of anorectal malformation

Насиров А.А., Собитов И.З. Хирургия нефролитиаза при первичном гиперпаратиреоидизме у детей — 64

Nasirov A.A., Sobitov I.Z. Nephrolithiasis surgery at primary hyperparathyroidism in children

Отамурадов Ф.А., Кулдошев Ф.М., Махмудов М.М. Сочетанные пороки развития при аноректалых мальформациях у девочек — 68

Otamuradov F.A., Kuldoshev F.M., Makhmudov M.M. Combined maldevelopments at anorectal malformations in girls

Оллабергенов О.Т., Теребаев Б.А., Норбаев Т.Т. Антигельминтная профилактика рецидива эхинококкоза у детей — 71

Оллабергенов О.Т., Теребаев Б.А., Норбаев Т.Т. Anti-helminth prophylaxis of recurrence of echinococcosis in children

Саттаров Ж.Б., Бердиев У.Т. Диагностика и хирургическая тактика при обратной ротации кишечника у детей — 74

Sattarov Zh. B., Berdiev U.T. Diagnosis and surgical tactics at reverse rotation of children's intestines

Теребаев Б.А., Оллабергенов О.Т., Нарбаев Т.Т., Мажидов Т.Х. Консервативные методы послеоперационного лечения анальной инконтиненции у детей с аноректальными пороками развития — 78

Terebaev B.A., Ollabergenov O.T., Narbaev T.T., Mazhidov T.Kh. Conservative methods of postoperative treatment for anal inconstinence in children with anorectal maldevelopments

Тилавов У.Х, Байахмедов Ф.Ф., Нарбаев Т.Т., Чулиев М.С., Абдукадиров О.А. Значение эндоскопической диагностики при выборе тактики лечения химических ожогов пищевода у детей — 81

TilavovU.Kh, Bayakhmedov .F.F, Norbaev T.T., Chuliev. M.S, Abdukhodirov O.A. Significance of endoscopic diagnosis at tactics choice at treatment chemical burn of child's esophagus

Хамраев А.Ж., Уббиев Д.К. Особенности клинического течения и лечения геморроя у детей — 85

Hamroev A.J., Ubbiev D.K. Pecularities of clinical course and treatment hemorroid at children

Хамраев А.Ж., Рахмонов Д.Б. Причины возникновения и тактика хирургической коррекции после операционной недостаточности анального сфинктера у детей — 90

Хамраев А.Ж., Рахмонов Д.Б. Causes and corrections of postoperative anal sphincter failure in children

Хотамов Х.Н., Чулиев М.С., Тожибоев А.Ш. Болаларда уретропластикадан кейинги асоратларни қайта бартараф килиш усули — 96

Khotamov Kh.N., Chuliyev M.S., Tojiboev A.Sh. Recorrecting surgery at complications of neoreteroplasty in children

Чулиев М.С., Хотамов Х.Н., Байахмедов Ф.Ф. Бездренажный метод лечения местной формы аппендикулярного перитонита у детей — 99

Chuliyev M.S., Khotamov Kh.N., Xolmetov Sh.Sh. Acute hematogenic epimethaphysis and osteomyelitis in early age children diagnosis and treatment

Чўлиев М.С., Холметов Ш.Ш., Байахмедов Ф.Ф. Ўткир гематоген эпиметафизар остеомиелитнинг диагностикаси ва давоси 103

Chuliev M.S., Kholmetov Sh.Sh., Bayahmedov F.F. Diagnosis and beginning of breast hematogenic epimetafizar osteomyelitis

Агзамходжаев Т.С., Юсупов А.С., Маматкулов И.А., Файзиев О.Я., Эламонова Э.Э. Состояние центральной гемодинамики в условиях обезболивания севофлураном при интраокулярных операциях у детей 107

Agzamhodjaev T.S., Yusupov A.S., Mamatkulov I.A., Fayziev O.Ya., Elamonova E.E. Central hemodynamics at anesthesia with sevofluran at intraouricular operations in children

Буриев М.Н., Норбеков Х.М. Болаларда бцф касаллигининг спастик турида бўғимлардаги контрактураларни боскичли даволашни такомиллаштириш 111

Buriev M.N., Norbekov X.M. Improvement of consequent treatment of contractures in spastic forms of cerebral palsy in children

Искандаров А.И., Кулмирзаев Ш.Г., Кузиев О.Ж. Судебно-медицинская оценка автомобильной травмы у детей 115

Iskandarov.A.I., Kulmirzaev Sh.G., Kuziev.O.J. Forensic medical assessment of car injury in children

Исмаилов С.И., Урманова Ю.М., МавлоновУ.Х., Азизий А.А. Виды хирургического лечения при заболеваниях щитовидной железы у детей и подростков с нарушениями роста и пубертата 118

Ismailov SI, Urmanova Yu.M., Mavlonov U.X., Aziziy A.A. Kinds of surgical treatment diseases of thyroid at children and teenages with disorder of growth and puberty

Қўзиев О.Ж., Мамадалиев К.М. Суд тиббиёти амалиётида қўл бармоқ андозаларининг туғма ўзгармас белгилари асосида тана узунлигини аниклаш 124

Kuziev O.J., Mamadaliyev K.M. Determination of body length is based on unchanging fingerprints in forensic medical practice

Карабаев Х.Э., Шоазизов Н.Н. Отогенные внутричерепные осложнения (вопросы этиопатогенеза, хирургического и консервативного лечения) 128

Karabaev Kh.E., Shoazizov N.N. Otogenic intracranial complications (ethyphatogenesis, surgical and conservative treatment)

Карабаев Х.Э., Шоазизов Н.Н. Риносинусогенные внутричерепные осложнения: вопросы этиопатогенеза, хирургического и консервативного лечения 133

Karabaev X.E., Shoazizov N.N. Rhynosinusogenic intracranial complications questions on etiopathogenesis, surgical and conservative treatment

Кодиров М.А., Джалилов Д.А., Салиева А.А. Значение кислотной резистентности эритроцитов как показатель степени развития гипоксии у новорожденных с респираторным дистресс-синдромом 138

Kodirov M.A., Djalilov D.A., Salieva A.A. Significance of acid resistance for erythrocytes as an index level of hypoxia development in the newborns with respiratory distress-syndrome

Кодиров М.А., Тошбоев Ш.О., Солиев О.З. Влияние гипотермии и уровня гликемии на конечный результат лечения новорождённых с хирургической патологией 142

Kodirov M.A., Toshboev Sh.O., Salieva A.A. Influence of hypothermia and glycemia level on final result of treatment newborns with surgical pathology

Нурмухамедова Ё.К., Фахриев Ж.А. Артериальная гипертензия и кардиоренальные соотношения у беременных 148

Nurmukhamedova Y.K., Faxriev J.A. Arterial hypertension and cardiorenal correlations in the pregnants

ПЕДИАТРИЯ 2/2019

CONTENTS

Нарзикулов У.К., Нишонов Л.Д. Восстановление функции поврежденного локтевого сустава после переломов проксимального отдела лучевой кости у детей 150

Narzikulov U.K. Nishnov L.D. Restoration of elbow joint function after fracture proximal part of radial bone in children

Рузикулов У.Ш., Валиев Н.А. Болаларда кўкрак қафаси гирдобсимон деформациясининг бириктирувчи тўқима дисплазияси оғирлик даражасига боғлиқлиги 154

Ruzikulov U.Sh., Valiev N.A. Relationship of thoracic funnel shape deformity with the level of connective tissue displasia

Тошбоев С.М.,Тошпулатов Ф.Х., Кузиев О.Ж. Сравнительный анализ признаков колото-резаных ран 158

Toshboev S.M., Toshpulatov F.X., Kuziev O.J. Comparative analysis of features for stab and cutting wounds

Тошбоев Ш.О., Абдуллажонов Х.М., Исмоилов Р.А. Чақалоқларда кўкрак бўшлиғи аъзоларида ўтказилган операциялардан кейинги оғриксизлантириш усулларининг таққослама тахлили 161

Toshboev Sh.O., Abdullajonov X.M., Ismoilov R.A. Promotional efficiency of methods after future operations in small and mediterranean experiences

Тошбоев Ш.О., Қодиров М.А., Абдуллаева М.И. Влияние общего обезболивания на центральную гемодинамику детей в период пробуждения после малых операций 165

Toshboev Sh.O., Qodirov M.A., Abdullaeva M.I. Influence of general anethesia on central hemodynamics of children at waking up after small operations

Хамраев А.Ж, Эргашев Б.Б. Лечение болезни гиршпрунга у детей грудного возраста методам трансанального эндоректального низведении толстой кишки 171

Ergashev B.B., Hamroev U.A. Treatment Hirschsprung's disease in children of breast age by the method of transanal endorectal lowering of large instestine

Хакимов М.А., Курбанов А.Х., Шамшиева Н.Н., Медведева Н.В. Сравнительная характеристика рентгенологических и эхографических исследований в диагностике туберкулеза почки 174

Khakimov M.A., Kurbanov A.Kh., Shamshieva N.N., Medvedeva N.V. Comparative characteristic radiographics and echographic studies in diagnosis of tuberculosis of kidney

Хожелепесова Р.А. Энтеральное и парентеральное питание у детей при лечении синдрома кишечной недостаточности 178

Khozhelepesova R.A. Enteral and parenteral nutrition in children at treatment syndrome of intestinal insufficiency

Ахмедова М.М., Шарипов Р.Х. Дисметаболические нефропатии у детей раннего возраста при пневмонии 183

Akhmedova M.M., Sharipov R.Kh. Dismetabolic nephropathy in children of early age with pneumonia

Кадирханова Л.Б. Влияние современных технологий на восприятие информации 187

Kadirkhanova L.B. Influence of modern technologies on reception of information

Курбанова С.Ю., Абдурахмонова К.Р. Тери йирингли-яллиғланиш касалликларида бактерияларнинг этиологик роли 189

Kurbanova S.Yu., Abduraxmonova K.R. Etiological role of bacteria in case of purulent inflammation of skin

Халметова Ш.А., Халметов З.С. Интеграция традиционного и инновационного метода обучения 195

Halmetova Sh.A., Halmetov Z.S. Integration of traditional and innovation teaching methods

CONTENTS

Шарипов Р.Х., Ахмедова М.М. Современный взгляд на эффективность бронходилятаторов при обструктивных состояниях у детей 197

Эшонхужаев О.О., Абдуназаров Т.А. Фармакоэпидемиологический анализ комбинированной антибактериальной терапии уроинфекций при беременности 200

Мухитдинов У.Б., Амонов Ш.Э. Диагностика и результаты хирургическое лечение хронического гнойного среднего отита 205

Юсупов А.С., Таджиев Б.М., Каримова Д.У., Файзиев Б.О. Нарушения иммунной системы при интоксикации обусловленной почечной патологией на фоне хронического вирусного гепатита В 208

Хайтматова Н.А. К вопросу истории развития детской хирургии в Ташкенте во второй половине XIX века 211

Sharipov R.Kh., Akhmedova M.M. A modern point of view on efficiency of bronchodilators obstructive states in children

Eshonhuzhaev O.O., Abdunazarov T.A. Pharmacoepidemiological analises of combined antibacterial therapy uroinfections at pregnancy

Mukhitdinov U.B., Amonov Sh.A. Diagnostics and results of surgical treatment chronic purulent acute ear

Yusupov A.S., Tadjiev B.M., Karimova D.U., Fayziev B.O. Disorders of immune system at intoxicosation caused by chronic pathology on the background of chronic virus hepatitis B

Khaitmatova N.A. To the question of history development of pediatric surgery in Tashkent in the second part of XIX century

Гос.научная медицинская библиотека МЗ РУз

ПЕДИАТРИЯ 2/2019

ҚАЙДЛАР УЧУН