



ТАШКЕНТСКИЙ  
ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ  
ИНСТИТУТ



Tashqiqot.uz

# СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

МЕЖДУНАРОДНАЯ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ

СБОРНИК НАУЧНЫЙ ТРУДОВ

25 СЕНТЯБРЬ

2020

ТАШКЕНТ



CONFERENCES.UZ

# **Современные аспекты диагностики и лечения хирургических заболеваний у детей**

Международная онлайн конференция

Ташкент - 2020

Болаларда жарроҳлик касаликларни ташхислаш ва даволашнинг замонавий жиҳатлари – Халқаро иштирокчилар ҳамкорлигидаги онлайн конференция тезислари тўплами 2020 йил 25 сентябр, Тошкент: Tadqiqot.uz, 231 Б.

Современные аспекты диагностики и лечения хирургических заболеваний у детей – сборник тезисов онлайн научно-практической конференции с международным участием 25 сентября 2020 г., Ташкент: Tadqiqot.uz 231 С.

Modern aspects of diagnosis and treatment of surgical diseases in children – Collection of thesis online scientific and practical conferences with international participation 25 September 2020, Tashkent: Tadqiqot.uz 231 P.

DOI 10.26739/conf25/09/2020

**Редакционный совет:**

**Даминов Ботир Тургунпулатович** – доктор медицинских наук, профессор, ректор Ташкентского педиатрического медицинского института

**Гулямов Суръат Саидвалиевич** – доктор медицинских наук, профессор, проректор по научной работе и инновациям Ташкентского педиатрического медицинского института

**Эргашев Насриддин Шамсиддинович** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной детской хирургии Ташкентского педиатрического медицинского института

**Алиев Махмуд Муслимович** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской детской хирургии Ташкентского педиатрического медицинского института.

**Редколлегия:**

**Эргашев Н.Ш.** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной детской хирургии ТашПМИ

**Абзалова Ш.Р.** – к.м.н., доцент, заведующая отделом научных исследований, инноваций и подготовки научно-педагогических кадров ТашПМИ

**Саттаров Ж.Б.** – д.м.н., доцент кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ

**Якубов Э.А.** – PhD, доцент кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ

**Отамуратов Ф.А.** – PhD, доцент кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ

**Хуррамов Ф.М.** – ассистент кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ

**Аллаберганов И.К.** – к.м.н., доцент кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ

Тўпламга киритилган тезислардаги маълумотларнинг ишончилиги ва иқтибослардан тўғри фойдаланилганлиги учун муаллифлар масъулдир.

Авторы несут ответственность за достоверность сведений в тезисах, включенных в сборник, и правильное использование цитат.

The authors are responsible for the accuracy of the information in the abstracts included in the collection, and the correct use of citations.

© tadqiqot.uz

© conferences.uz

© Коллектив авторов

Абдукадырова И.К., Махкамова Д.К.

## КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ И ПРИОБРЕТЕННОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Ташкентский институт усовершенствования врачей, г.Ташкент

**Актуальность.** Нейросенсорная тугоухость (НСТ) относится к заболеваниям, диагностика и прогнозирование развития которых не теряют своей актуальности. Причины, лежащие в основе формирования врожденной и приобретенной НСТ, связаны с метаболическим и гипоксическим поражением нервной ткани. Между тем, определение распространенности заболевания в детской популяции, выявление неблагоприятных факторов, наиболее часто приводящих к рождению детей с тугоухостью или способных вызвать снижение слуха, особенно в раннем возрасте, позволяют провести эффективные профилактические мероприятия для предотвращения данной патологии (Медеулова А.Р. и соавт., 2018). Значение расстройства слуха у детей принципиально отличается от взрослых, так как приводит к отклонению в речевом развитии, в формировании интеллекта и личности ребенка в целом.

**Целью** работы являлось изучение клинико-неврологических особенностей у больных с нейросенсорной тугоухостью.

**Материал и методы исследования.** На клиническом наблюдении находились 60 больных в возрасте от 3 до 6 лет. Всем пациентам были проведены расширенное клинико-неврологическое обследование, СВП, ЭЭГ и МРТ головного мозга.

**Результаты и обсуждение.** При определении степени нарушения слуха были получены следующие результаты: тугоухость 2 степени – у 10 (20 %) больных, 3 степени – у 10 (20 %) больных, 4 степени – у 40 (60 %) больных. В структуре этиологических факторов применение ототоксических антибиотиков имело место у 10 (15 %) больных, наследственно-генетический фактор – 6 (10 %) больных, последствие перенесенного менингита – 4 (7 %) больных, у 40 (61 %) больных этиологию выяснить не удалось. Согласно полученным результатам у слабослышащих детей 3-6 лет максимум для компонента P1 приходился на затылочную область, причем у детей с врожденной НСТ – в правом полушарии, а у детей с приобретенной – в левом. Таким образом, межполушарные связи были более широко представлены в группе детей с приобретенной НСТ по сравнению со страдающими врожденной тугоухостью.

**Выводы.** Комплексное обследование детей с использованием клинико-инструментальных исследований позволяет определить структуру этиологических факторов, приводящих к нарушению слуха у детей и влияющих на динамику заболевания. Показано, что раннее нарушение

развития структур мозга сказывается на межцентральных взаимоотношениях, что затрудняет анализ информации. Низкая когерентность между областями мозга у слабослышащих детей характеризует функциональную недостаточность фронтоокипитальных и межполушарных связей коры полушарий большого мозга, а также проявляется в снижении функции внимания. У слабослышащих детей выявлены существенные различия в формировании когерентных связей, указывающие на преимущественное вовлечение в процесс формирования внимания структур левого полушария у детей с врожденной, а правого полушария – у детей с приобретенной тугоухостью.

Абдуллажонов Х.М., Тешабоев Н.Н., Абдулхаев З.Ш., Исмоилов Р.А.  
**ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНЕСТЕЗИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ  
ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ДЕТЕЙ ПРИ  
ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ЭНДОНАЗАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ**  
Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан

**Цель.** Исследование показателей центральной гемодинамики для оценки эффективности комбинированных методов анестезии (КА) при эндоскопических эндоназальных операциях у детей.

**Материал и методы.** Исследования проведены у 60 детей в возрасте от 4 до 14 лет. У больных 1-й группы применялся метод анестезии на основе медленной инфузии пропофола через инфузомат с болюсным введением микродоз кетамина и фентанила. У больных 2-й группы использовались пропофол и кетамин.

**Результаты.** У детей 1 гр. по сравнению с исходными данными ЧСС возрастала на 25,27%, УПС на 24,52%. В вводном периоде анестезии СИ снижался на 10,64%, ЧСС увеличивалась на 15,46%, УПС на 25,58%. УИ, САД, СИ по сравнению с предыдущим периодом. На травматичном этапе операции СИ уменьшался на 2,38%, УИ – на 2,97%, УПС – на 7,55%, а ЧСС увеличивалась на 12,52%. В конце операции регистрировались минимальные изменения показателей, кроме ЧСС, которая возрастала на 2,43%. Анализ полученных данных позволяет сделать вывод, что применение микродоз пропофола, кетамина и фентанила при комбинированной анестезии не оказывает кардиодепрессивного эффекта. В вводном периоде анестезии у детей 2 гр. УИ возрастал на 12,1%, СИ – на 8%. На фоне этого УПС снижалось на 12,3%, ЧСС – на 10,4%, СДД – на 8% по сравнению с этапом премедикации. На основных этапах анестезии отмечалось дальнейшее увеличение УИ на 15,5%, СИ – на 10,4%, в то время как УПС снизилось на 15,1%, ЧСС и СДД – на 9,8 и 8%. На наиболее травматичном этапе операции ЧСС уменьшалась на 10,6%, СДД – на 8,2%, УПС – на 22,7% по сравнению с этапом премедикации,

хотя оставалось выше нормы на 2,4%. В период пробуждения УИ, СИ оставались практически без изменений. УПС, ЧСС, и СДД тоже изменились незначительно – соответственно на 26,4, 12,8 и 9,1 % по сравнению с этапом премедикации.

**Вывод.** КА на основе микродоз пропофола, кетамина и фентанила отличается стабильным течением, лучшим гипнотическим компонентом общей анестезии, что обеспечивает оптимальные условия для выполнения ЛОР-операций у детей.

Ажимаматов Х.Т., Эргашев Б.Б., Мирзакаримов Б.Х., Тошбоев Ш.О.,  
Гофуров З.И., Тошматов.Х.З., Юлдашев М.А.

### **К ПРОБЛЕМЕ МЕЖГОСПИТАЛЬНОЙ ТРАНСПОРТИРОВКИ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан

**Актуальность.** Учитывая территориальные и демографические особенности Республики Узбекистан, даже регионализация акушерско-неонатальной помощи не в состоянии полностью решить проблему организации и функционирование эффективной системы межгоспитальной транспортировки новорожденных. По этой причине доля новорожденных в критическом состоянии, обусловленные как соматической, так и хирургической патологией, нуждающихся в экстренной межгоспитальной транспортировке в специализированные отделения, остается высокой.

**Цель исследования.** Анализ практики межгоспитальной транспортировки новорожденных в специализированные отделения Ферганской долины.

**Материалы и методы исследования.** Анализу были подвергнуты межгоспитальная транспортировка 144 новорожденных с врожденными пороками развития поступивших в отделение детской реанимации, анестезиологии и интенсивной терапии Андижанского областного детского многопрофильного медицинского центра из родовспомогательных учреждений ЦРБ Андижанского, Наманганского и Ферганского вилоятов.

**Результаты и их обсуждение.** Наши наблюдения показали прямую зависимость летального исхода от времени, разновидности межгоспитальной транспортировки, от вида транспорта. Очень малое количество новорожденных переводятся специализированной бригадой, в силу перегруженности и ограниченного их количества. Все новорожденные дети транспортировались в отделение неонатальной хирургии АОДММЦ. Из них по г. Андижан 55 (98,2%) детей, где длительность перевозки не превышала  $30,3 \pm 9,3$  минут. Согласованные переводы между учреждениями были в 52

(92,9%) случаях. Несогласованный перевод осуществлялся у 3 (7,1%) с отсутствием подготовки во всех случаях перевода. Анализ условий транспортировки детей из родовспомогательных учреждений показал, при переводе ребенок находился на руках без теплой грелки, без кислородной подушки, в крайне тяжелом состоянии, без мониторинга показателей гемодинамики, сатурации кислорода. Транспортировка детей из районов осуществлялась на не оборудованном транспорте, без сопровождения врача. Особое внимание при подготовке и проведении транспортировки новорожденных должно уделяться соблюдению требований теплового стандарта. Несоблюдение теплового баланса у новорожденных при транспортировке приводит к нарушению микроциркуляции и другим дисфункциям органов и систем: 1) снижение уровня сахара в крови; 2) метаболические нарушения; 3) кровотечение из дыхательных путей; 4) нарушение дыхания; 5) полиорганная дисфункция; 6) интравентрикулярные геморрагии и др. Необходимо отметить, что при хирургической патологии у детей гипотермия возникает вследствие необоснованного перевода из роддома и несоблюдения условий теплового режима в специализированные клиники при различных видах обследования и хирургической коррекции. Поэтому при проведении хирургического вмешательства внимание в основном уделяется поддержке температурного баланса. При этом должны использоваться стационарные и транспортные кюветы, дополнительный обогрев операционного стола, укрытие больших раневых дефектов специальными многослойными повязками и т. д. Если ребенок не в состоянии самостоятельно обеспечить нормальный газообмен или основная и сопутствующая патология определяют высокий риск развития дыхательной недостаточности, проводится ИВЛ.

Большое значение придается оксигенотерапии, подогреву и увлажнению дыхательной смеси. Существующее общепринятое правило об ограничении использования гипероксических смесей непреложно. При уходе за послеоперационным больным лучше всего исходить из его собственных нужд. Результат проведенной подготовки ребенка к транспортировке в большинстве случаев определяет успех предоперационной подготовки больных. После поступления пациента в специализированную клинику основными критериями подготовки ребенка к операции таковы: 1) нормализация гемодинамических показателей (дыхание и кровообращение); 2) ликвидация явлений гемоконцентрации крови; 3) нормализации периферического кровообращения; 4) адекватный диурез более 1,2 мл/кг/ч. Следовательно, чем стабильнее показатели гемодинамики, тем меньше проявлений дисфункции органов и систем на этапах после хирургического вмешательства. Длительность предоперационной подготовки зависит от показателей

гемодинамики, комбинированных пороков развития и наличия сопутствующей патологии.

**Таким образом**, на основании полученных результатов исследования можно предположить, что транспортировка новорожденных с врожденными пороками развития может оказать существенное влияние на исход критического состояния больных. Основными системами органов, вовлеченными в патологический процесс, являются респираторная, центральная нервная, кардиоваскулярная и мочевыделительная системы. Наблюдается корреляционная зависимость между положительным давлением на вдохе, использованием вазопрессорных препаратов и длительностью ИВЛ.

Ажимаматов Х.Т., Эргашев Б.Б., Мирзакаримов Б.Х., Тошбоев Ш.О.,  
Гофуров З.И., Тошматов.Х.З., Юлдашев М.А.

### **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ТЕХНИКИ НАЛОЖЕНИЯ МЕЖПИЩЕВОДНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ**

Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан

**Актуальность.** Атрезия пищевода представляет собой врожденный порок развития, встречающийся в практике педиатра и детского хирурга и требующий своевременной диагностики и неотложной хирургической коррекции. В лечении больных с атрезией пищевода имеются значительные достижения, но до сих пор остается много нерешенных проблем, в том числе и технических а летальность от данного порока составляет 40-60%. В общем случае оперативная коррекция АП не является экстренным вмешательством, за исключением детей с тяжелым респираторным дистресс-синдромом (РДС), нуждающихся в жесткой респираторной поддержке. Метод выбора хирургического лечения при АП с ТПС – чрезплевральное лигирование ТПС, что в большинстве случаев резко улучшает респираторный статус пациента и дает возможность произвести первичную коррекцию АП с ТПС через 8-10 дней. Для оказания высококвалифицированной помощи данной категории пациентов необходимо наличие не только специального оборудования, но и подготовленного персонала, дефицит которого имеет место не только у нас в стране, но и во многих странах мира.

**Цель исследования.** Улучшение результатов хирургического лечения атрезии пищевода у новорожденных путем совершенствования техники наложения межпищеводного анастомоза.

**Материалы и методы.** Проведен сравнительный анализ результатов хирургической коррекции атрезии пищевода (АП) у 116 новорожденных, находившихся в отделении неонатальной хирургии Республиканского перинатального центра МЗ РУз и отделения региональной неонатальной



хирургии Андижанского областного детского многопрофильного медицинского центра. В 10 случаях одновременно была выполнена коррекция сопутствующих аномалий: сигмостомия – в 6, коррекция дуоденальной непроходимости – в 2, промежностная проктопластика – в 1, перевязка открытого артериального протока (ОАП) – в 1. Больные, в зависимости от способа операции, были разделены на две группы: первая (основная) группа – 51 новорожденный с АП, оперированный по новой методике, вторая (контрольная) группа – 65 больных, которых оперировали традиционным способом.

**Результаты и обсуждение.** Среди больных основной группы, оперированных по усовершенствованной методике, несостоятельность анастомоза наблюдалась лишь у 4 (8%) детей, что почти в 3 раза меньше, чем при наложении анастомоза традиционным способом. В контрольной группе (n=65) в раннем послеоперационном периоде несостоятельность анастомоза отмечена у 15 (23%). У шести (40%) из них развивались тяжелые гнойно-септические осложнения, которые явились одной из ведущих причин послеоперационной летальности.

**Таким образом,** результаты наших наблюдений позволяют сделать вывод о том, что усовершенствованный метод хирургической коррекции значительно снижает риск послеоперационной несостоятельности анастомоза и тем самым улучшает результаты оперативного лечения атрезии пищевода.

Азизов М.К., Ахмедов Ю.М., Курбанов Д.Д.,  
Ибрагимов К.Н., Ахмедов И.Ю.

### **МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ У ДЕТЕЙ**

Самаркандский государственный медицинский институт, г.Самарканд

**Актуальность.** Лапароскопическая (малоинвазивная) хирургия считается инновационным хирургическим методом, и она имеет ряд преимуществ над традиционной хирургией. Эндоскопическая хирургия у детей в условиях областных многопрофильных медицинских центров на сегодня мало изучена. За последнее десятилетие эндоскопическая хирургия распространилась по всему миру с несомненной пользой для человечества, уменьшая страдания людей и улучшая качество их жизни. Лапароскопическая аппендэктомия обладает всеми достоинствами эндохирургической операции: малая травматичность, снижение сроков реабилитации и нахождения в стационаре, сокращение частоты и тяжести осложнений, косметический эффект.

**Цель исследования:** изучить современный уровень и тенденции в развитии лапароскопической хирургии у детей в областных многопрофильных медицинских центрах.

Материал и методы исследования: Под нашим наблюдением с 2017 по 2020 гг. находилось 714 детей и подростков в возрасте от 2 до 18 лет с различными хирургическими патологиями. Из них с острым аппендицитом 398 больных, с левосторонним варикоцеле – 211 больных, с эхинококковой кистой печени – 31, с эхинококковой кистой легких – 11, с желчекаменной болезнью – 10, с пупочным свищом – 3, с абдоминальной формой крипторхизма – 18, с двусторонней паховой грыжей – 1, с кистой яичника – 3, с абсцессом печени – 1, с кистой почки – 3, с болезнью Гиршпрунга – 1, с спаечной кишечной непроходимостью – 1. Всем больным была произведена эндоскопическая операция. Кроме того 2 больным произведена диагностическая лапароскопия.

Больным с острым аппендицитом в 64 случаях произведена конверсия. Проведено морфологическое исследование удаленных червеобразных отростков. Острый катаральный аппендицит был у 17 больных (2,4%), флегмонозный – у 518 больных (72,5%), гангренозно-перфоративный аппендицит с перитонитом – у 179 больных, который составил 25,1 %.

Больным с варикоцеле проведена лапароскопическая перевязка яичковых вен слева. Средняя длительность оперативного вмешательства составила 15-20 минут. Через 3-4 часа после операции больные могли самостоятельно встать и в 94,3 % случаев (199 пациента) не понадобилось обезболивание. Больные были выписаны на следующие сутки после операции. Рецидив заболевания и послеоперационная водянка не наблюдалась ни у одного больного, так как все больные были оперированы с прицельным выделением лимфатических протоков.

Больному с Болезнью Гиршпрунга была произведена операция Де ла Торе Мондрагон с видеоассистированной лапароскопией.

Больным с эхинококковой кистой печени (31 случаев) произведена лапароскопическая эхинококкэктомия без конверсии. 3 больным с эхинококковой кистой легких (11 случая) в связи с наличием больших бронхиальных свищей эхинококкэктомия произведена торакоскопически, а ушивание свищей торакоконверсией с миниторакотомией.

**Таким образом,** лапароскопическая хирургия является новым, малоинвазивным, эффективным и перспективным методом лечения хирургических заболеваний у детей. Лапароскопический доступ практически исключает нагноение раны, расхождение ее краев и развитие спаек. Преимуществами лапароскопической хирургии являются раннее восстановление нормального самочувствия, уменьшение болевого синдрома, отличный косметический результат и меньшая частота послеоперационных осложнений.

Азизов М.К., Ахмедов Ю.М., Курбанов Д.Д.,  
Ибрагимов К.Н., Ахмедов И.Ю.

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ У ДЕТЕЙ

Самаркандский государственный медицинский институт, г.Самарканд

**Актуальность.** Острый аппендицит – наиболее распространенное заболевание органов брюшной полости, которое возникает на протяжении жизни по данным из разных источников у 7 % населения земного шара. Аппендэктомию переносит каждый десятый житель планеты. За последнее десятилетие эндоскопическая хирургия распространилась по всему миру с несомненной пользой для человечества, уменьшая страдания людей и улучшая качество их жизни. Лапароскопическая аппендэктомия обладает всеми достоинствами эндохирургической операции: малая травматичность, снижение сроков реабилитации и нахождения в стационаре, сокращение частоты и тяжести осложнений, косметический эффект.

Малоинвазивная хирургия не внесла каких-либо серьезных изменения в показатель летальности при остром аппендиците, потому что летальность при данной патологии, как правило, обусловлена поздней обращаемостью больного за медицинской помощью: пациент поступает к хирургам с клиникой перитонита.

В то же время использование малоинвазивных подходов в хирургии острого аппендицита позволило снизить показатель послеоперационных осложнений и уменьшить количество напрасных аппендэктомий.

**Цель исследования.** Оценить эффективность лапароскопической аппендэктомии у детей.

**Материал и методы.** Проведено хирургическое лечение в областном детском многопрофильном медицинском центре у 398 детей с различными формами острого аппендицита, в возрасте от 2 до 18 лет, девочек было 204, мальчиков – 194. Всем больным проведена лапароскопическая аппендэктомия. У 43 больных (10,8%) с гангренозно-перфоративным аппендицитом, осложненным разлитым гнойным перитонитом произведена конверсия и аппендэктомия лапаротомным доступом. Проведено морфологическое исследование всех удаленных червеобразных отростков. Острый катаральный аппендицит был у 17 больных (2,4%), флегмонозный – у 518 больных (72,5%), гангренозно-перфоративный аппендицит с перитонитом – у 179 больных, который составил 25,1 %.

В послеоперационном периоде оценивали продолжительность болевого синдрома, активность больного, время первой самостоятельной дефекации, частоту послеоперационных осложнений.

**Результаты исследования.** После лапароскопической аппендэктомии 80 % больных к концу первых суток перестали жаловаться на боль.

Большинство больных начинали ходить через 10-12 часов после операции. Самостоятельный стул у большинства пациентов был отмечен на 2-3 сутки после оперативного вмешательства. Послеоперационные осложнения в виде межкишечного абсцесса и абсцесса дугласового пространства были отмечены у 3 больных с гангренозно-перфоративным аппендицитом, осложненным разлитым гнойным перитонитом.

Средняя продолжительность госпитализации больных после лапароскопических операций сократилась до 2,5 суток и менее в зависимости от самочувствия пациента.

**Таким образом,** лапароскопическая аппендэктомия является новым эффективным и перспективным методом лечения острого аппендицита. Лапароскопический доступ практически исключает нагноение раны, расхождение ее краев и развитие спаек. Кроме того преимуществами лапароскопической аппендэктомии являются раннее восстановление нормального самочувствия, уменьшение болевого синдрома, отличный косметический результат и меньшая частота послеоперационных осложнений. Лапароскопическая аппендэктомия, выполненная технически грамотно с учетом показаний и противопоказаний – эффективная и надежная процедура, обладающая всеми достоинствами малоинвазивной хирургии.

Азизов М.К., Ахмедов Ю.М., Курбанов Д.Д.,  
Ибрагимов К.Н., Ахмедов И.Ю.

### **СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ**

Самаркандский государственный медицинский институт, г.Самарканд

**Актуальность.** Последние годы характеризуются весьма активной разработкой различных вопросов, имеющих отношение к варикоцеле. Это обусловлено двумя основными моментами: большой частотой варикоцеле и его вредным влиянием на общий сперматогенез. Варикоцеле встречается в мужской популяции в 10-22% наблюдений. Основные проявления варикоцеле – это болевой синдром, инфертильность, гипотрофия яичек. Пациенты редко обращают внимание на расширение вен гроздевидного сплетения или на слабый болевой синдром. Основное число выявляемых заболеваний варикоцеле приходится на время медицинского осмотра, осуществляемого в подростковом периоде. Примерно в 40% случаев варикоцеле сопровождается нарушением сперматогенеза (Дронов А.Ф. и др. 2002). Благодаря применению современных методов исследования частота выявления варикоцеле возросла до 30 %. Частота встречаемости заболевания в возрастном аспекте различна: в дошкольном возрасте она не превышает 0,12 %, среди мальчиков школьного возраста варьирует от 2,2 до 10%, а у призывников – от 2,3 до 25%. (Кадыров З.А., Степанов В.Н. 2001).

В настоящее время считается, что основными причинами заболевания являются почечная венозная гипертензия и тестикулярная венозная недостаточность. (Мазо Е.Б., Корякин М.В., 2002).

**Цель исследования.** Определить наиболее эффективные и менее травматичные методы лечения варикоцеле.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находилось 211 детей и подростков в возрасте от 11 до 18 лет. У всех больных наблюдалось левостороннее варикоцеле. Всем больным проведена лапароскопическая перевязка яичковых вен слева. Средняя длительность оперативного вмешательства составила 15-20 минут.

**Результаты.** Через 3-4 часа после операции больные могли самостоятельно встать и в 94,3 % случаев (199 пациентов) не понадобилось обезболивание. Больные были выписаны на следующие сутки после операции. Через 2-3 недели больные были полностью физически активны.

Рецидив заболевания и послеоперационная водянка не наблюдалась ни у одного больного, так как все больные были оперированы с прицельным выделением лимфатических протоков.

При рецидивах варикоцеле после операция Иванисевича, Мармара и Паломо-Ерохина рекомендованы в обязательном порядке повторные операции лапароскопическим путем. Так как, при повторных операциях при рецидиве варикоцеле из 10 больных у 7 не была перевязана вена.

**Таким образом,** лапароскопическая перевязка яичковых вен является методом выбора при лечении варикоцеле у детей. Правильное выполнение операции практически полностью исключает возможность рецидива заболевания, а также развитие послеоперационных осложнений. Выбор метода хирургического вмешательства при варикоцеле должен определяться не только его клиническим эффектом, но и экономической эффективностью.

Акбаров Н.А., Курбанов А.К., Юлдашев М.А.

### **ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ, ОСЛОЖНЕННЫЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ**

Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан

**Актуальность.** По данным литературы дивертикул Меккеля (ДМ) среди пороков обратного развития желточного протока по частоте встречаемости занимает первое место и составляет более 80% всех аномалий желточного протока и в 10-25% случаев осложняется кровотечением.

**Цель.** Изучение результатов лечения дивертикула Меккеля, осложнённого кровотечением.

**Материалы и методы.** Настоящее сообщение является анализом результатов оперативного лечения 23 больных детей, в возрасте от 6 мес. до 11

лет с кишечным кровотечением на почве ДМ. Мальчиков было 18, девочек – 5.

Для диагностики ДМ осложнённый кровотечением проведены общеклинические, лабораторные и эндоскопические методы исследования. Результаты исследования. Из 23 детей, поступивших с кишечным кровотечением на почве ДМ, 17 были направлены с диагнозом «кишечное кровотечение неизвестной этиологии», 4 – «инвагинация кишечника», 2 – «кровотечения из полипоза кишечника».

Клинически кровотечение из ДМ не имело особых отличительных черт и характеризовалось симптомами острого кишечного кровотечения другой этиологии и они зависели от интенсивности, объема и давности кровотечения. При рецидивирующих кровотечениях интервал между кровотечениями колебался от нескольких часов до нескольких суток, иногда до нескольких месяцев. В большинстве случаев дети поступали в первые 24 часа от начала кровотечения. т.е. появления кровавого стула.

Однократное кровотечение наблюдалось у 8 детей, повторное – у 11, многократное (рецидивирующие) – у 4. В ряде случаев (10) отмечались ноющие (6) или схваткообразные (4) боли в животе, однократная (7) или двукратная (5) рвота, субфебрильная температура(5). У всех больных истинная причина кишечного кровотечения была установлена на операционном столе.

Все больные (23) оперированы с явлениями профузного или повторного кишечного кровотечения. Объем и длительность консервативной предоперационной подготовки зависели от интенсивности, объема кровопотери и общего состояния больных . 12 больных оперированы через 3 часа после поступления, 7 – через 11-24 часов, 2 – на вторые сутки, 2 – на третьи сутки. Поскольку точное распознавание истинной причины кровотечения до операции не было возможным, у всех больных производилась лапаротомия срединным (15) или трансректальным (8) доступом. При этом ДМ обнаруживался на расстоянии 20-80 см от илеоцекального угла.

У 2 пациентов было установлено, что язва наряду с кровотечением осложнилась перфорацией ДМ. Сочетание ДМ с неполным свищом желточного протока наблюдалось у 4 больных. У 13 больных с ДМ с узким основанием лапароскопически произведена дивертикулэктомия по типу аппендэктомии, у 8 – с широким основанием – клиновидная резекция ДМ, у 2 – резекция тонкого кишечника вместе с ДМ, т.к. в непосредственной близости к дивертикулу кишки обнаружены множественные язвы. Следует отметить, что во всех случаях в просвете ДМ обнаружены пептические кровоточащие язвы различной выраженности. Все больные выписаны из стационара с выздоровлением.

### **Выводы.**

1. Если у ребенка в анамнезе среди полного здоровья периодически обнаруживается кровавый стул, то следует заподозрить прежде всего пептическую язву ДМ.

2. Кровотечения из ДМ необходимо дифференцировать с полипом или полипозом прямой, толстой, тонкой кишок и желудка, с язвенной болезнью желудка и 12 перстной кишки, варикозно расширенных вен пищевода и желудка при портальном блоке, эрозивным геморрагическим гастритом, синдромом Меллори-Вейса, удвоением и ангиоматозом кишечника, болезнью Крона, капилляротоксикозом, дизентерией, инвагинацией кишечника. В связи с этим при поступлении детей с кровотечением из желудочно-кишечного тракта в процессе дифференциальной диагностики и во время лапаротомии при ревизии брюшной полости следует иметь в виду перечисленные выше источники кровотечения.

3. Для исключения полипоза толстого кишечника до операции необходимо проводить фиброколоноскопию. Для окончательной диагностики ДМ необходимо лапароскопии.

Акилов Х.А., Асадуллаев Д.Р., Шохайдаров Ш.И. Юлдашева М.А.

### **ОСЛОЖНЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,  
г.Ташкент

**Актуальность.** Инородные тела желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) представляют собой одну из наиболее актуальных проблем детской хирургии и гастроэнтерологии. Согласно данным литературы, в более чем 80% случаях инородные тела выходят естественным путем, не причиняя вреда здоровью ребенка, однако в 20% наблюдений требуется выполнение эндоскопических и/или хирургических интервенций, так как задержка инородного тела на любом уровне пищеварительного тракта может привести к развитию жизнеугрожающих осложнений.

**Цель.** Изучить особенности осложненных форм инородных тел желудочно-кишечного тракта у детей.

**Материал и методы исследования.** В исследование включены 1046 детей младше 18 лет, находившиеся на стационарном обследовании и лечении с диагнозом ИТ ЖКТ, за период с 2017 по 2019 гг. Пациентам при поступлении выполнялись обзорные, контрастные рентгенологические исследования и ФЭГДС.

**Результаты.** ИТ ЖКТ чаще отмечены у мальчиков (59.4%). Средний возраст детей с ИТ был  $4.28 \pm 0.11$  лет. У 62 (6%) пациентов отмечены

осложненные формы ИТ ЖКТ. Возраст детей с осложненными формами ИТ ЖКТ ( $3.63 \pm 0.54$  лет) достоверно не отличался от детей с неосложненными формами ( $4.32 \pm 0.11$  лет). Среди осложненных форм ИТ ЖКТ достоверно ( $p=0.041$ ) чаще выявлены задержка еды ( $n=25$ , 39.6%) и батарейки ( $n=22$ , 35.4%). Значительно реже выявлялись тупые предметы и монеты ( $n=8$ , 12.9%), острые объекты ( $n=6$ , 9.6%) и магнитные ИТ ( $n=1$ , 1.6%). По локализации большинство осложненных форм ИТ ЖКТ отмечены в пищеводе ( $n=48$ , 77.4%). Так же осложненные формы ИТ ЖКТ отмечены на уровне глотки (2), желудка (5), двенадцати перстной кишки (2), в тонкой (3) и в одном случае в толстой кишках. Множественные ИТ тела в различных областях ЖКТ отмечен в одном наблюдении. Выполнены 12 открытых оперативных вмешательств и 50 эндоскопических. В половине случаев открытые оперативные вмешательства выполнены при ИТ пищевода. Летальных исходов не отмечено.

**Выводы.** Таким образом наиболее опасными в плане развития осложненных форм представляются ИТ пищевода. При этом батарейки и острые предметы чаще всего являлись причиной развития осложнений требующих открытых хирургических вмешательств.

Акилов Х.А., Низомов Ш.А.

## **РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРИКТУР ЗАДНЕГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,  
г.Ташкент

При посттравматических стриктурах уретры восстановление проходимости уретры является первостепенной задачей. Но по достижении цели вскоре появляется новая задача, направленная на устранение импотенции. Так, в нашу клинику поступило 31 детей с наличием цистостомической трубки, у которых повторно сформировалась облитерация (17) и стриктура (14) заднего отдела уретры после операции по Б.Н. Хольцову. Из них у 5-х детей полностью отсутствовала, а у 9 была слабая эрекция. При повторной операции нами отмечено, что у детей луковично-кавернозная мышца полностью (у 5-х детей) или частично атрофирована (у 9 детей). Интересно отметить, что у 9 детей со слабой эрекцией зарегистрировано зарубцевание прямокишечно-луковичной мышцы.

Как известно, волокна прямокишечно-луковичной мышцы переплетаются с волокнами наружной циркулярной мышцы ануса и прикрепляются к сухожильному концу луковично-кавернозной мышцы. Когда луковичный отдел уретры высвобождается вместе со спонгиозной тканью



луковицы и луковично-кавернозной мышцей (вариант, предложенный Э.И.Фракманом и В.И.Русаковым) и единым блоком отделяется от прямокишечно-луковичной мышцы и их прочная связь теряется. При сокращении седалищно-кавернозной и луковично-кавернозной мышц происходит эрекция и нам представляется, что напряжение последнего сохраняется сокращением прямокишечно-луковичной мышцы, вот почему при потере их связи происходит слабая эрекция.

Учитывая это предположение мы у 31 детей, поступивших в нашу клинику с травматической облитерацией и стриктурой заднего отдела уретры, мы несколько изменили технику операции по Б.Н.Хольцову: Срединно-промежностным разрезом кожи, подкожной клетчатки обнажаем поверхность луковично-кавернозной мышцы. По срединной линии створки этой мышцы осторожно отделяются на две стороны, а в нижнем отделе раны разрез очень тонко продолжается до циркулярных волокон наружного сфинктера ануса. При этом прямокишечно-луковичная мышца также разделяется на две части и главным образом ее связь с луковично-кавернозной мышцей не теряется. Спонгиозную ткань не отделяем от уретры, а последнюю отсекаем максимально ближе от места входа к мочеполовой диафрагме. Тупо расширяем мочеполовую диафрагму, после чего, найдя тупой конец проксимальной уретры, тщательно производим анастомоз "конец в конец" и полностью восстанавливаем взаимосвязь и взаимоотношения мышц промежности.

Отдаленные результаты такого подхода к операции показали, что у всех 31 детей проходимость уретры полностью восстановлена, урофлоуметрические показатели не отличались от нормы. Из них у 30 детей эрекция в полном объеме, только у одного была слабая эрекция.

При устранении травматических облитераций и стриктур заднего отдела уретры по Б.Н. Хольцову необходимо полностью восстановить взаимосвязь и взаимоотношение анатомических структур и образований промежности. Это позволяет полностью восстановить акта мочеиспускания и избежать возникновения вторичной импотенции у растущего организма.

Акмоллаев Д.С., Притуло Л.Ф., Акмоллаев Э.С.

### **РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК ПОСЛЕ АПЕНДЭКТОМИИ**

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», г.Симферополь

**Введение.** Острый аппендицит является частой патологией брюшной полости, требующей urgentной хирургической коррекции. Общие звенья крово- и лимфообращения слепой кишки с аппендиксом и внутренними

половыми органами при наличии патологических изменений в одном из них могут вызвать нарушения функций матки и яичников. Несмотря на многочисленные публикации, посвященные успехам в диагностике и лечении острого аппендицита в детском возрасте, не достаточно информации о функциональном состоянии репродуктивной системы девочек после аппендэктомии.

**Цель.** Изучить влияние перенесенной аппендэктомии на формирование и функционирование репродуктивной системы у девочек.

**Материалы и методы.** Объектом исследования явились 108 девочек в возрасте от 2 до 17 лет, оперированных по поводу острого аппендицита. У 38 (1 группа) выявлены сочетание деструктивного аппендицита и заболеваний внутренних половых органов. У 70 (2 группа) выявлены различные формы острого аппендицита без поражения внутренних половых органов. Верификация диагноза проводилась при помощи общепринятых методов обследования, данных ультразвукового исследования, интраоперационной картины и результатов морфологического обследования.

**Результаты и обсуждения.** Дети оперированы в срочном порядке. По результатам патогистологического заключения у 54 верифицирован острый флегмонозный аппендицит, у 16 – гангренозный. У 38 выявлено сочетание острого аппендицита и заболевания внутренних половых органов. Острый аппендицит сочетался с правосторонним сальпингоофоритом – у 9, кистой правого яичника – у 5, кистой левого яичника – у 1, аппopleксией яичника – у 3, двухсторонним сальпингоофоритом – у 3, кистой правой маточной трубы – у 2, кистой левой маточной трубы – у 1, кистой левого яичника – у 1. У троих детей правый яичник и маточная труба участвовали в формировании стенки парааппендикулярного абсцесса, были резко отечны, гиперемированы, утолщены, покрыты фибрином, спаяны с окружающими тканями. По результатам патогистологического заключения у 27 девочек верифицирован острый флегманозный, 6 – гангренозный, 5 – гангренозно-перфоративный аппендицит. Все дети в раннем послеоперационном периоде осмотрены гинекологом – назначено лечение. При клиническом обследовании оперированных детей в сроки от 5 до 10 лет констатированы различные нарушения репродуктивной функции у 70% детей первой группы и 21% детей второй группы (нарушения менструальной функции, олигоменорея, вторичная аменорея, пубертатные ми маточные кровотечения, гиперполименорея. При ультрасонографическом обследовании выраженный спаечный процесс в малом тазу отмечен у 65% детей первой группы и 35% детей второй группы.

**Выводы.** Девочки с деструктивными формами острого аппендицита имеют высокий риск нарушений репродуктивной функции и требуют диспансерного наблюдения и лечения у гинеколога. Особую группу

составляют девочки с сочетанием острого аппендицита с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов.

Акмоллаев Д.С., Притуло Л.Ф., Акмоллаев Э.С.

### ЭНТЕРОКИСТОМА У ДЕТЕЙ

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», г.Симферополь

**Введение.** Энтерокистома является довольно редкой патологией кишечного тракта, которая вызвана нарушением облитерации желточного протока на поздних этапах развития. Как правило, энтерокистома располагается в терминальной части подвздошной кишки антимезентериально, в области пупка или между пупком и терминальной частью подвздошной кишки. Редкость данной патологии обуславливают сложность диагностики и требует дифференциального подхода в выборе способов хирургического лечения.

**Цель.** Анализ особенностей диагностики и лечения энтерокистом у детей.

**Материалы и методы.** За последние тридцать лет под нашим наблюдением находилось 15 детей (новорожденных – 3, до 3 лет – 7, от 3 до 6 лет – 5) с энтерокистомами различных локализаций, у 13 – между пупком и терминальной частью подвздошной кишки, у 1 – в терминальной области подвздошной кишки и у 1 – сочеталась с пупочным свищом. У 13 детей отмечено осложненное течение: кишечная непроходимость (11), нагноение кисты (2). У двух при неосложненном течении энтерокистома диагностирована во время аппендэктомии (1) и иссечения пупочного свища (1).

**Результаты и обсуждения.** Клинические проявления были различны. У детей с осложненным течением – вследствие заворота кишечника отмечается внезапное начало со схваткообразными болями в животе, тошнотой и рвотой. Пульс учащен, живот вздут, мягкий при пальпации, определяется болезненность в правой его половине и вокруг пупка. На обзорной рентгенограмме брюшной полости в вертикальном положении больного видны вздутые петли кишечника и горизонтальные уровни жидкости. При нагноении кисты у двоих детей был выставлен ошибочный диагноз острый аппендицит и перитонит. Клинические проявления неосложненной энтерокистомы не имели характерных особенностей, хотя периодически обращали внимание болевые ощущения в области пупка. Все дети оперированы. У детей с кишечной непроходимостью после ликвидации заворота тяж у основания пересекали между лигатурами и удаляли вместе с

энтерокистомой. При нагноении энтерокистомы ее удаляли с тяжом между лигатурами и перитонизацией культи.

**Выводы:** Энтерокистома является редким пороком развития, малоизвестная широкому кругу детских врачей. Клинические проявления и симптомы патологии порой довольно противоположны, от бессимптомного течения до ярко выраженной картины, свидетельствующей о присоединении грозных осложнений.

Акмоллаев Д.С., Умерова А.Д.

### **КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ**

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», г.Симферополь

**Актуальность.** Воспаление дивертикула Меккеля (ДМ) является одной из частых причин, вызывающую острую хирургическую ситуацию в брюшной полости у детей. Это вызвано особенностями детского организма. Многоликость клинических проявлений приводит к сложности диагностики и развитию тяжелых осложнений.

**Цель.** Изучить особенности клинической картины, определить оптимальные пути диагностики и лечения ДМ.

**Материалы и методы.** Воспаление дивертикула Меккеля выявлено у 187 детей в возрасте от первых суток после рождения до 14 лет.

Острый катаральный дивертикулит (108 наблюдений) наблюдался преимущественно у детей старше 3 лет, поступавших в стационар в основном в течение первых суток заболевания, острый флегманозный дивертикулит у 44 – в возрасте 7-14 лет, гангренозный – у 12 (от 3 до 12 лет), гангренозно-перфоративный – у 23 (от 3 дней до 14 лет).

**Результаты и их обсуждение.** Клинические проявления характеризовались большой вариабельностью симптомов. У новорожденных характерным было беспокойство, бледность кожных покровов, многократная рвота застойным содержимым, стул с примесями крови либо его задержка. У детей старшей возрастной группы в большинстве случаев заболевание начиналось остро, с резких приступообразных или постоянных болей в животе. Они обычно сопровождалась тошнотой и рвотой, порой многократной. При пальпации боли локализовались в основном в правой подвздошной области или в правой половине живота, реже – в области и пупка или не имели четкой локализации. У детей с деструктивными формами дивертикулитов порой клинические проявления были идентичны клинической картине деструктивного аппендицита. С целью диагностики использовались клинико-лабораторные данные, УЗИ, рентгенологические и радиоизотопные методы исследования, лапароскопия. Все дети оперированы открытым и

лапароскопическим методами. Как правило, в последние годы оперативные вмешательства начинали с диагностической лапароскопии с последующей дивертикулэктомией. Проведен посев содержимых брюшной полости. У детей с катаральным дивертикулитом у двоих высеяны *V. Coli* и *Staph. aureus*. При флегмонозном у 4 – *V. Coli*, у 2 – стафилококк, у 1 – энтерококк, при гангренозном у 6 – *V. Coli*, у 4 – стафилококк, при гангренозно-перфоративном у 10 – *V. Coli*, у 8 – золотистый стафилококк. У остальных посева роста не дали. Гистологические исследования препаратов дивертикула выявило у 10 гетеротопию слизистой при катаральном воспалении, при флегмонозном гетеротопия слизистой обнаружена у 5. При гангренозном и гангренозно-перфоративном дивертикулитах гетеротопия слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки отмечена у 8. Послеоперационное течение у детей с катаральным дивертикулитом было гладким. У 11 детей, оперированных до 1972 года, и у одного – после отмечены осложнения в послеоперационном периоде (нагноение послеоперационной раны – 7, разлитой перитонит – 2, динамическая кишечная непроходимость – 2, ранняя спаечная кишечная непроходимость – 1). Умер один ребенок 3,5 года с гангренозно-перфоративным дивертикулитом и каловым перитонитом, у которого заболевание было распознано несвоевременно и привело к поздней госпитализации.

**Выводы:** Наш опыт свидетельствует о многоликости клинических проявлений дивертикулитов у детей. Диагностика дивертикулита Меккеля у детей должна быть комплексной и включать современные лечебно-диагностические мероприятия по показаниям (УЗИ, рентгенологические и радиоизотопные методы исследования). Оперативное лечение необходимо начинать с лапароскопии, которая, как правило, позволяет не только своевременно установить диагноз, но и провести дивертикулэктомию.

Акромов Н.Р<sup>1</sup>., Исроилов А.А<sup>2</sup>.

### **ОДНОТРОАКАРНЫЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ МАЛЬЧИКОВ С НЕПАЛЬПИРУЕМЫМИ ЯИЧКАМИ**

<sup>1</sup>Казанский государственный медицинский университет Минздрава России, г.Казань

<sup>2</sup>Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Введение.** Хирургические операции с использованием лапароскопических технологий у мальчиков с непальпируемыми яичками (НЯ) с диагностической целью впервые начали выполняться с 1976 года. С тех пор лапароскопия стала одним из стандартов диагностики и лечения НЯ. Информативность лапароскопии в дифференциальной диагностике

абдоминальной ретенции и монорхизма достигает 100%, а мобилизация сосудов яичка путем мобилизации брюшины от тестикулярных сосудов легко выполнима, даже у детей, имеющих малый объем брюшной полости. Кроме того, многие хирурги отмечают безопасность, наличие превосходного косметического результата при использовании лапароскопических технологий. Однако, остаются вопросы о минимизации хирургической травмы по отношению к семенному канатику и яичку, а также улучшению косметических результатов.

**Цель.** Оценить опыт применения лапароскопических методов диагностики и лечения непальпируемых яичек у детей.

**Материалы и методы.** За период с 2011 г по 2020 г было пролечено 58 пациентов с НЯ с использованием лапароскопических технологий: из них 22 пациента – с использованием классических лапароскопических технологий и 19 – методики единого лапароскопического доступа (ЕЛД) и 17 – одностроакарным лапароскопическим доступом (ОЛД). Показаниями для проведения операции являлись: отсутствие яичка в мошонке и невозможность определить его в паховом канале при физикальном обследовании и ультрасонографии.

Изначально, всем пациентам проводился диагностический этап операции, который включал в себя ревизию брюшной полости и внутренних паховых колец с обеих сторон, поиск гонад в брюшной полости. Определение дальнейшей тактики зависело от следующих факторов: 1) при слепо заканчивающихся семявыносящем протоке и яичковых сосудах процедура завершалась диагностикой; 2) при аплазии и атрофии гонад осуществлялась лапароскопическая орхэктомия; 3) при «коротких» тестикулярных сосудах выполнялась двухэтапная лапароскопическая орхопексия по Fowler-Stefens; 4) при достаточной длине семенных сосудов и семявыносящего протока проводилась лапароскопическая одноэтапная орхопексия; 5) при наличии сосудов и семявыносящего протока, уходящих в паховый канал, выполнялась скрототомия с поиском гонады. Пациенты, прооперированные по методикам ОЛД и ЕЛД, начинали самостоятельно ходить в день операции или на следующий день. Исходя из полученных данных, мы можем утверждать, что продолжительность операций при НЯ варьировала в зависимости от используемой методики и объема оперативного вмешательства. Средняя продолжительность диагностических и лечебных процедур была минимальной как при применении ЕЛД, так и при использовании ОЛД.

**Заключение.** Таким образом, лапароскопические способы хирургического лечения детей с НЯ целесообразнее использовать ввиду их малой травматичности, продолжительности госпитализации, ранней реабилитации пациента после операции, косметическому результату в сравнении с классическими «открытыми» способами. Разработанные и

представленные методы односторонней лапароскопической орхэктомии и орхопексии при НЯ по всем показателям (продолжительность госпитализации, длительности операции, косметическому эффекту) превосходят хирургические операции по методике ЕЛД и «открытые» операции.

Акромов Н.Р.<sup>1</sup>, Исроилов А.А.<sup>2</sup>.

## ТРАНССКРОТАЛЬНАЯ ОРХОПЕКСИЯ ПРИ ПАХОВЫХ ФОРМАХ ДВУХСТОРОННЕГО КРИПТОРХИЗМА

<sup>1</sup>Казанский государственный медицинский университет Минздрава России, г.Казань

<sup>2</sup>Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Введение.** Лечение крипторхизма у детей в настоящее время является социально значимым. Существующие методы хирургической коррекции крипторхизма, несмотря на достигнутые значительные успехи имеют рецидивы и осложнения. Описаны разные способы трансскротальной орхопексии, однако, нами не найдено публикаций в международной литературе по одномоментному низведению яичек. В связи с чем, в настоящее время недостаточно данных для формирования алгоритма применения трансскротального доступа при двухстороннем крипторхизме у мальчиков.

**Цель.** Определить возможности использования трансскротального доступа при орхопексии у мальчиков с двухсторонним крипторхизмом.

**Материалы и методы.** За период с 2011 г по 2020 г было оперировано 92 мальчика с различными паховыми формами двухстороннего крипторхизма с использованием трансскротального доступа. Из них 5 имели высокую паховую ретенцию яичка (у внутреннего отверстия пахового канала), 40 – низкую паховую ретенцию и 57 – паховую эктопию. У всех мальчиков была выполнена одномоментная двухсторонняя трансскротальная орхопексия. Орхопексия выполнялась из доступа по срединной линии мошонки. Данный доступ позволял из одного разреза проводить двухстороннюю орхопексию. Результаты лечения оценивали через 2, 6 и 12 месяцев после операции. Осложнения были выявлены у 8 мальчиков: у 1 – односторонний рецидив крипторхизма, у 2 – односторонняя атрофия яичка и у 5 – в виде подкожной гематомы мошонки, которая самостоятельно купировалась в течение двух месяцев. Односторонний рецидив крипторхизма и атрофия одного яичка возникли при использовании трансскротального доступа у мальчиков с высокой паховой ретенцией яичка, еще в одном случае односторонняя атрофия яичка развилась при низкой форме паховой ретенции яичка.

**Заключение.** Таким образом, двухстороннюю трансскротальную орхопексию целесообразно использовать у мальчиков с низкими паховыми

формами и паховой эктопией яичек. Данный доступ нецелесообразно использовать при высокой паховой ретенции яичка.

Алиев М.М., Теребаев Б.А., Оллабергенов О.Т.

## ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ АНАЛ ИНКОНТИНЕНЦИЯНИНГ РЕАБИЛИТАЦИОН БАЁННОМАСИ

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент ш.

**Долзарблик.** Ҳозирги мавжуд илмий мақолаларда болаларда кузатиладиган нажас тутолмаслик бўйича келтирилган маълумотлар, муаммонинг энг мухим томонларини кўрсата олмайди. Сабаби адабиётлардаги маълумотларда операциядан кейинги анал инконтиненция фоизи баъзи маълумотларда 10-30% бўлса, бошқаларида 50% дан юқори. Аслида бу муаммонинг асл моҳияти эмас, энг асосийси бемор боланинг жамиятдан ажралиб қолиши, тенгдошлари томонидан масҳара қилиниши ва баъзи ҳолатларда суицид ҳолатларига олиб келиши каби салбий оқибатлардир. Бу ўз навбатида патологиянинг нақадар долзарблигини аңглатади. Шундай қилиб, аноректал мальформациялардан кейинги анал инконтиненцияни олдини олиш бўйича кшплаб изланишлар лозим ва ечилмаган муаммоли масалалар етарли.

**Мақсад.** Болаларда операциядан кейинги анал инконтиненцияни олдини олиш бўйича реабилитацион баённомани ишлаб чиқиш.

**Материал ва услублар:** ТошПТИ клиникаси режали хирургия бўлимида аноректал мальформация бўйича оралик ва қорин оралик проктопластика операцияси амалга оширилган 279 та беморларнинг реабилитация натижалари таҳлил қилинди. Беморлар 2 гуруҳга ажратиб ўрганилди. 1-гуруҳ 151 та бемор (2015-2017 йиллар) реабилитация тўлиқ амалга оширилмаган ёки режа асосида қилинмаган, баъзи ҳолатларда умуман бажарилмаган. 2-гуруҳ 128 та бемор (2018-2020 йиллар) ишлаб чиқилган реабилитация баённомаси асосида реабилитация чора тадбирлари тўлиқ назорат остида амалга оширилган.

**Натижалар ва уларнинг таҳлили.** Анал сфинктерлар ва дефекация мушакларининг тўлиқ анатомо-функционал ҳолатини баҳолашда энг маъқул усул бу сфинктерометриядир. Биз натижалар таҳлилида "Гастроскан-СФ" (Россия) сфинктерометр ускунасидан фойдаландик. 106 та беморларда сфинктерометрия текшириши амалга оширилди. Шундан 47 та 1-гуруҳга ва 59 та 2-гуруҳга тегишли. Ўз навбатида ҳар иккала гуруҳдаги беморларда монометрия кўрсаткичлари ўрганилганда, бажарилган бирламчи оператив муолажа эътиборга олинган ҳолда (оралиқ проктопластика (ОПП) ва қорин-оралиқ проктопластика (ҚОПП)) солиштирма таҳлил қилинди. 2-гуруҳдаги



беморларда ишлаб чиқилган реабилитацион чора тадбирлар энг ками 6 ой ва 1 йилгача бўлган муддатда олиб борилган.

1-даража нажас тутолмаслик иккала гуруҳ орасида монометрик кўрсаткичларда айтарлик даражада фарқ аниқланмади. 2-даража нажас тутолмасликда 1-гуруҳдаги тинч ва қисқарган ҳолатдаги монометрик кўрсаткичлари 2-гуруҳдаги кўрсаткичларга нисбатан сезиларли даражада паст кўрсаткичлар аниқланди. 3-даража аниқланган беморларда ўтказилган сфинктерометрия натижалари таҳлилида аниқландики, ОПП бажарилган 14 та беморларда 2-гуруҳда яхши натижа аниқланди, ҚОПП бажарилган 13 та беморларда иккала гуруҳдаям нормага нисбатан паст кўрсаткич аниқланди. Ўз ўрнида шуни таъкидлаш лозимки 2-гуруҳда монометрик кўрсаткичлар нормадан паст кўрсаткич бўлсаям, 1-гуруҳга нисбатан яхши натижа аниқланди. Яна шу айтиб ўтиш керакки 3-даража нажас тутолмаслик аниқланган беморларнинг кўпчилиги бир неча маротаба ОПП ва ҚОПП бажарилган, бу ўз навбатида оралик соҳасида чуқур органик ўзгаришларга олиб келган. Бу гуруҳдаги 18 та беморларга қайта реконструктив пластик операция амалга оширилди.

Wexner шкаласи бўйича беморлар операциядан кейинги даврда, уларда нажас тутолмасликнинг қайси шакли кузатилаётганлигини таҳлил қилинди: 1-гуруҳ бўйича 42 та беморларда Wexner шкаласи бўйича сўровнома ўтказилганда 1-даража нажас тутолмаслик бўлган 19 та беморларда ўртача 9,4 балл аниқланган бўлса 2-гуруҳдаги 23 та беморларга реабилитацион даво тўғри олиб борилиши оқибатида ўртача 5,5 балл кузатилди. 2-даражали нажас тутолмаслик мавжуд бўлган 37 та беморларнинг 1-гуруҳдаги 17 тасида ўртача 13,7 балл, 2-гуруҳдаги 20 та беморларда 8,1 балл. Ва ниҳоят 3-даража нажас тутолмаслик аниқланган 27 та беморларнинг 1-гуруҳдаги 11 та беморларда ўртача 15,3 балл ва 2-гуруҳдаги 16 та беморларда 12,3 балл қайд этилди. Шуни таъкидлаб ўтиш лозимки Wexner шкаласи бўйича сўровномадан олинган балл кўрсаткичлар, ўтказилган сфинктерометрия монометрик кўрсаткичларига тўғри пропорционалиги кузатилди.

**Хулоса.** Шундай қилиб, узоқ ва яқин давр натижаларига асосланган ҳолда биз шу фикрга келдикки, реабилитация чора тадбирлари бемор болага ташхис қўйилиши билан бошланиши лозим. Ҳар бир беморга индивидуал ёндошган ҳолда радикал операцияни қайси ёшда қилиш лозим деган саволга аниқлик киритиш мақсадга мувофиқ. Биз ишлаб чиққан реабилитацион баённома аноректал мальформациялар бўйича операциялардан кейинги даврда тавсияларга амал қилган ҳолда тўғри ва ўз вақтида бажарилса шубҳасиз яхши ва қониқарли натижага эришиш мумкин.

Алиев М.М.<sup>1</sup>, Тилавов У.Х.<sup>1</sup>, Арифджанов Н.С.<sup>2</sup>, Каримов Б.А.<sup>2</sup>  
**ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ВНУТРИПРОСВЕТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ  
ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО СВИЩА У ДЕТЕЙ.**

Ташкентский педиатрический медицинский институт<sup>1</sup>,  
Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
центр педиатрии<sup>2</sup>, г.Ташкент

**Актуальность.** Наличие трахеопищеводного свища (ТПС) является абсолютным показанием к оперативному лечению. Редкие попытки лечить подобные свищи консервативно заканчивались безрезультатно. Но непосредственные результаты оперативного лечения ТПС нельзя признать удовлетворительными, так как средняя цифра летальности равна 18 %, а у новорожденных около 30 %. Причины столь неблагоприятных результатов и актуальность проблемы объясняют наш инновационный подход.

**Цель.** Оценить эффективность внутрипросветного лечения с подслизистым введением объемобразующего геля DAM+.

**Материал и методы.** Подслизистое введение в устья свища объемобразующего геля использовано в лечении 11 детей с ТПС в возрасте от 1,5 года до 8 лет. Использовали одноразовый инжектор NM-600 NeedleMaster, видеогастроскоп “Pentax” и объемобразующий гель DAM+. При эзофагоскопии дистальный конец световода проводили в трахеопищеводный свищ и прокалывали в область устья иглой для эндоскопических инъекций с последующим введением до 1,5 мл геля DAM+.

**Результаты.** У одного ребенка ТПС был врожденным, у одного ребенка ТПС был постожоговым осложнением (батарейка), еще у одного ребенка ТПС был посттравматическим, у 8 детей сочетался с атрезией пищевода. Всем детям с атрезией пищевода на первые-вторые сутки после рождения был наложен эзофагоэзофагоанастомоз с разобщением ТПС.

Было выполнено 15 процедур эндоскопических инъекций. После проведенного лечения положительный эффект с закрытием свища получен у 8 детей с диаметром устья не больше 3 мм. У одного ребенка с посттравматическим свищом после эндоскопической инъекций ТПС с диаметром устья более 6 мм был рецидив и потребовалась повторные процедуры. ТПС не закрылся и после второго сеанса.

**Заключение:** Подслизистое введение объемобразующего геля DAM+ является эффективным методом лечения различной этиологии и наиболее эффективна при диаметре устья не более 3,0-4,0 мм. Метод не травматичен и позволяет закрыть свищ, без применения хирургического вмешательства.

Алиев М.М., Юлдашев Р.З.  
**ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ  
ХИРУРГИИ У ДЕТЕЙ В  
РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН**

Ташкентский педиатрический медицинский институт,  
г.Ташкент

В Узбекистане более 40% населения составляют дети и подростки до 18 лет, при ежегодной рождаемости более 720 тыс. детей. Среди множества врожденных пороков, аномалий развития и приобретенных заболеваний одними из наиболее сложных, как в плане диагностики, так и хирургического лечения являются билиарные и сосудистые заболевания печени. Ежегодно в республике рождаются более 110 детей с билиарной атрезией, более 90% которых умирают, не дождавшись хирургического вмешательства. Число детей родившихся с кистозной трансформацией желчевыводящих путей увеличивается на 180-200 случаев в год, с пороками и аномалиями сосудистой системы печени – на 450.

По данным ВОЗ частота встречаемости различных вариантов портальной гипертензии у детей в регионах Центральной Азии 1-2 на 1000 детского населения. Летальность без своевременного оперативного лечения превышает 50-65%. Наша клиника имеет опыт более 1000 портосистемных шунтирований и 300 азиго-портальных разобщений, внедрены эндоскопические методы лечения.

Более двух трети всех случаев холестатических заболеваний печени приходится на атрезии желчевыводящих путей (АЖВП). Дети, родившиеся с АЖВП, умирают в 100% случаев в возрасте от 6 до 18 мес., прооперированные в возрасте до 1,5-2 мес. выживают в 40-55% случаев. В 40% наблюдений дети с АЖВП нуждаются в трансплантации печени. Из 82 операций портоэнтеростомий по Касаи выполненных нами за 2010-2019 гг. выжили 40 детей (48,8%) из них только 11 детей нуждаются в трансплантации печени

Таким образом, ежегодно в республике рождаются более 4 тысяч детей с пороками и аномалиями гепатобилиарной и сосудистой системы печени, нуждающиеся в хирургическом лечении. Эффективное хирургическое лечение получают только 150-200 детей, при реальной возможности хирургических стационаров – более 1-1,5 тысяч операций в год.

Алянгин В.Г., Сатаев В.У.

## **КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТРАВМАХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская детская клиническая больница №17» г.Уфа

При травмах органов грудной клетки, хирург всегда остается перед выбором: позволяет состояние произвести видеоторакоскопию (ВТС) или нет, так как основным условием выполнения ВТС является гемодинамическая стабильность пострадавшего.

В связи с этим поставлена цель исследования – определение возможности прогнозирования выполнения ВТС при травмах грудной клетки у детей с использованием шокового индекса Альговера (SIA).

На основании ретроспективной оценки гемодинамических показателей, выраженных в SIA, нами изучена и дана оценка целесообразности применения ВТС у детей с различной тяжестью шока при травмах грудной клетки.

В клинику детской хирургии БГМУ, ГДУБ 17 и РДКБ, за период 1996-2019 гг. с травмами грудной клетки различной тяжести и локализации поступило 65 детей. С сочетанной травмой грудной клетки был 41 ребенок. Торакотомия выполнена 8 детям, 31-у выполнены ВТС оперативные вмешательства. Возраст составил от 3 до 17 лет. Проведен ретроспективный анализ лечения 41 детей с сочетанными травмами.

В результате исследования были получены следующие выводы.

Лечебную ВТС целесообразно выполнять пострадавшим с  $SIA < 1,0$ . При ретроспективном анализе в этой группе отсутствовали конверсии.

У пациентов с  $SIA = 1,0-1,5$  в 25% случаев лечебная ВТС выполнялась с необоснованным риском и желание однозначно закончить операцию эндохирургическим способом может привести к неблагоприятным последствиям для больного. Поэтому при данном индексе SIA при появлении малейших трудностей при выполнении ВТС необходимо сразу выполнять конверсию.

Выполнение лечебной ВТС противопоказано при индексе  $SIA > 1,5$  так как при данном состоянии, как правило, имеются грубые объемные травмы в грудной полости не позволяющие выполнить операцию эндохирургическим способом и время для оказания адекватной хирургической помощи будет упущено.

Таким образом, в результате ретроспективного анализа применения различных хирургических доступов, тяжести имеющихся повреждений и возможности их устранения показано, что шоковый индекс Альговера позволяет достаточно объективно прогнозировать возможность выполнения лечебной ВТС у детей с сочетанной травмой грудной клетки.

Ахмедов Ю.М., Ахмедов И.Ю., Мавлянов Ф.Ш., Хайитов У.Х.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ

Областной детский многопрофильный медицинский центр,  
Самаркандский государственный медицинский институт, г.Самарканд

**Актуальность.** Обструктивные уropатии в детском возрасте являются актуальной проблемой детской хирургии и составляют от 20 до 40% среди всех аномалий. Наиболее часто встречающиеся пороки развития в трех активных уродинамических узлах, лоханочно-мочеточниковом сегменте, мочеточниково-пузырном и пузырно-уретеральном сегментах, клинически проявляются как гидронефроз, мегауретер и пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Несвоевременное внимание на данную категорию пороков наиболее часто осложняются хроническим обструктивным пиелонефритом, почечной недостаточностью и удалением органа при этом повышая уровень инвалидности детского населения.

Мегауретер – одно из тяжелых заболеваний из группы обструктивных уropатий, характеризуется расширением, нарушением функции мочеточника, приводящим к нарушению уродинамики и выделительной способности организма. Увеличение количества ранней диагностики данного заболевания, отсутствие единого взгляда на факторы их развития, применение различных методов диагностики, наличие большого количества методов хирургического лечения, высокий процент неудовлетворительных результатов и перспективы разработки новых алгоритмов лечения делают это заболевание актуальным вопросом детской хирургии. Данное заболевание выявляется у 1: 10 000. Чаще встречается у мальчиков. Соотношение мальчиков к девочкам – 4,8:1,0. Левый мочеточник поражается чаще 1,7-4,5:1,0. Двусторонний мегауретер встречается в 10-20% случаев.

**Цель.** Улучшить результаты лечения обструктивного мегауретера у детей при разработке лечебно-диагностической программы.

**Материал и методы.** В основу работы положен анализ 94 наблюдений за детьми с обструктивным мегауретером в возрасте от 1 мес. до 18 лет, пролеченных в ОДММЦ за период 2001-2020 гг. Отмечается тенденция к ранней диагностике мегауретера и поступлению детей до 1 года в урологический стационар. Отправными моментами для принятия решения о тактике ведения больных служат: состояние почечной паренхимы по данным УЗИ, статической нефросцинтиграфии, доплерографии, сократительной способности мочеточника, наличия пиелонефрита. До 2015 г. оперировано 35 детей, которым проведены реимплантация мочеточника с антирефлюксной защите 70 вмешательств (предварительное наложение чрескожной

нефростомы). С 2010 г. 11 детям выполнено эндоскопическое устранение причины дилатации мочеточника путем стентирования мочеточника.

**Результаты.** Положительные результаты лечения (85%) достигнуты в группах оперированных и с применением малоинвазивных методик у больных наблюдалось значительное улучшение эвакуаторной способности мочеточничко-пузырного сегмента и динамической активности верхних мочевых путей, отсутствие пузырно-мочеточникового рефлюкса, уменьшение дилатации чашечно-лоханочной системы и мочеточника.

**Выводы.** Малоинвазивные методики лечения обструктивного мегауретера являются способами выбора так как позволяют сократить объем оперативного вмешательства, вследствие этого уменьшается количество времени нужного для восстановления пациента после операции, особенно у детей младшей возрастной группы.

Таким образом вопросы ранней диагностики и правильно сбалансированного лечения указанного заболевания мочевой системы у детей на сегодняшний день остается в числе актуальных проблем детской хирургии и урологии.

Ахмедова Д.И., Эргашева Н.Н.

### **ЭНДОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ В ГЕНЕЗЕ ДЕЗАДАПТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ**

Научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз,  
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** При врожденной кишечной непроходимости (ВКН) у новорождённых, расстройства пищеварения и элиминации энтеротоксинов вносит существенный вклад в развитие эндогенной интоксикации (ЭИ), резко ухудшая адаптационные возможности организма ребенка. ЭИ развивается как следствие совокупности нескольких типов нарушений: расстройств центральной, микро- и лимфоциркуляции, гипоксии, нарушений иммунитета и противоинфекционной защиты при несостоятельности управления интеграцией этих процессов.

**Цель исследования.** Определить характер и выраженность эндогенной интоксикации у новорожденных с различными клинико-анатомическими формами ВКН на этапах хирургического лечения.

**Материал и методы.** В работе представлен показатели ЭИ у 74 среди 207 новорожденных с различными клинико-анатомическими формами ВКН находившихся в отделении неонатальной хирургии Республиканского Перинатального центра в 2011-2019 гг. Тип и выраженность ЭИ оценены с определением следующих маркеров: среднемoleкулярные пептиды (СМП),

малоновый диальдегид (МДА) (обменный компонент), креатинин (ретенционный компонент), лактат, билирубин, (резорбционный компонент). Групп сравнения составили 20 новорожденных без соматической и хирургической патологии.

**Результаты.** Средний уровень СМП у всех новорожденных с ВКН был выше относительно контроля, при этом наибольшее увеличение обнаружено в группе детей с низкой ВКН ( $0,496 \pm 0,031 \text{ UE}$ ). У них СМП был достоверно больше относительно таковых с высокой ВКН ( $0,286 \pm 0,035 \text{ UE}$ ) в группе детей с мальротацией кишечника ( $0,310 \pm 0,41 \text{ UE}$ ). Уровень МДА был достоверно выше контроля у всех новорожденных с ВКН, однако статистически значимых отличий в зависимости от уровня КН выявлено не было. В тоже время отмечались более высокие средние значения МДА у новорожденных детей с ВВКН ( $18,10 \pm 3,9 \text{ мкмоль/л}$ ) и мальротацией кишечника ( $13,56 \pm 1,13 \text{ мкмоль/л}$ ), относительно НВКН ( $10,71 \pm 2,09 \text{ мкмоль/л}$ ).

Исследование уровня ретенционного компонента ЭИ выявило отсутствие достоверных отличий показателя креатинина как от контроля, так и между группами с высокой и низкой КН.

Расчёт скорости клубочковой фильтрации (СКФ) также не выявил достоверных отличий от контроля, хотя у 3 из 83 детей с низкой ВКН имело место снижение СКФ до 52-45 мл/мин вследствие токсической нефропатии. Полученные результаты среднего уровня креатинина и СКФ в целом указывают на удовлетворительную функцию почек у детей с ВКН и отсутствие ретенционного компонента ЭИ, связанного с почечной фильтрацией. Уровень лактата в венозной крови был в 2,8-2,9 раза повышен относительно контроля у детей с ВКН, при этом изменения его концентрации были в пределах референс интервала ( $0,56-1,39 \text{ ммоль/л}$ ), а достоверных отличий между группами ВВКН, НВКН и мальротации не выявлено.

Отметим, что у 5 детей (3 с НВКН и 2 с ВВКН) уровень лактата был  $2,4-3,7 \text{ ммоль/л}$ , имелись сдвиги КЩС, характерные для метаболического ацидоза+респираторного алкалоза, этим детям потребовалась интенсивная терапия для нормализации КОС. Концентрация билирубина у детей с НВКН была достоверно выше, чем у детей с ВВКН, что обусловлено нарушением элиминации конъюгированного билирубина вследствие КН.

**Заключение.** ВКН у новорождённых сопровождается ЭИ смешанного генеза с преобладанием обменного и ретенционного компонентов. Особенностью ВВКН и мальротации является более высокий уровень МДА, как следствие гипоксии, мембранодеструкции и некроза тканей, а НВКН – высокий уровень СМП, билирубина, как следствие задержки эндо и экзотоксинов, дисбиоза.

Aliev M.M., Narbaev T.T., Turaeva J.T.

## VACTERL ANOMALIES WITH ANORECTAL MALFORMATIONS IN CHILDREN

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent

**Relevance.** Anorectal malformations (ARM) in children are still one of the difficult problems of pediatrics, in particular pediatric colorectal surgery. In the structure of congenital malformations, the share of ARM is about 7%, while they are in 9th place among all malformations according to the international registry. If we take into account the concomitant malformations like VACTERL on the part of other organs and systems in case of anorectal malformations, then the problem of establishing the “clinical dominant” of one or another concomitant pathology, the need for expectant tactics and further stages of contacting specific specialists.

Anorectal malformations include a wide range of congenital anomalies, affecting not only the anus and rectum, but also the urogenital tract, cardiovascular, neurological and other systems. The problem of early diagnosis and treatment of children with anorectal malformations in modern pediatrics is one of the most discussed topics. An analysis of the studied scientific and medical literature showed that despite the long history of the treatment of ARM in children, there is still no consensus on the use of diagnostic methods for verification of VACTERL, and as a result, the absence of a diagnostic program.

Patients with anorectal malformations should undergo a detailed examination in the neonatal period to exclude VACTERL abnormalities. In this case, special attention should be paid to the examination of the genitourinary system, spine, spinal cord, heart.

**Purpose.** Improving the results of early diagnosis and treatment of both anorectal malformations, and concomitant malformations and developmental abnormalities from other organs and systems.

**Material and methods.** The work is based on the results of an early examination and treatment of 309 children with anorectal malformation, taking into account VACTERL abnormalities. All patients have been managed in the clinic of the Tashkent Pediatric Medical Institute for the period from 2000 to 2019.

**Results and discussion.** For every 3 children with anorectal malformation, concomitant anomalies and malformations were found, especially in children with the VACTERL association, i.e., a combination of malformations of the esophagus (usually atresia of the esophagus), rectum (atresia of the anus), heart, kidneys, spine and limbs, and in most children, a combination of several variants of these malformations and developmental abnormalities was noted, in which an error in recognition or late, more than 1-2 days, diagnosis leads to aggravation of complications of concomitant malformations and to development incompatible with knowledge of situations.



If necessary, combined studies were performed (CT with NMR, X-ray with ultrasound and NMR), which allowed us to obtain valuable information about the anatomical variant of anorectal malformation, as well as concomitant malformations and anomalies of the development of other organs and systems. Using the above general clinical and diagnostic methods for anorectal malformations, almost every child managed to identify one or more concomitant malformations and concomitant congenital malformations.

As can be seen from the table, from the total number of children with anorectal malformation, 79 concomitant anomalies and malformations were found.

Depending on the “clinical dominant” of one or another concomitant pathology, the child was sent to the appropriate specialist. In some cases, in relation to the revealed lesions of the anorectal zone, it was necessary to adhere to expectant tactics in relation to the planned operation. This is what happened if information about a particular nosological unit made it possible, in general terms, to predict a not always positive outcome of the operation, and aggravating moments were also present.

Expectant tactics for anorectal malformations were necessary for esophageal atresia, pronounced neurological status (hydro-microcephaly, organic lesions of the spinal cord) and severe malformations of the genitourinary tract (megaureter, vesicoureteral reflux, hydronephrosis) and cardiovascular system (cardiofetallo, myopathy).

Of the 309 (100%) patients who entered the clinic, 154 (97.4%) children formed colostomy as a palliative stage of treatment. Performing a one-stage primary radical surgery for anorectal malformation is postponed. The reason for this was the above contraindications associated with the "clinical dominance" of concomitant associations in the form of anomalies and malformations of other organs and systems, which increased the risk of surgery and required expectant management.

Moreover, in 117 (76%) children, colostomy was formed on the first day of life, more often in perinatal centers and clinics in the community where, using early diagnostic methods, it was possible to identify concomitant associations of anomalies and malformations of other organs and systems and to avoid postoperative complications.

In 37 (24%) patients with anorectal malformation, colostomas are formed in our clinic. In this group of children, diseases of the neurological, urinary and cardiovascular systems came to the fore, which also increased the anesthetic risk and created contraindications for simultaneous radical surgery.

**Conclusion.** The correct assessment of the results of clinical and additional research methods allows us to determine not only the form of the anomaly, but also aims to identify concomitant defects: the spine, urogenital system, congenital heart defects, brain. Most concomitant anomalies and malformations in anorectal malformations remain unrecognized or are diagnosed with a great delay, which often

leads to severe progressive structural and functional changes in various organs and systems in children with the development of disability and a decrease in the quality of life.

Agzamkhodjaev S. <sup>2</sup>, Abdullaev Z. <sup>2</sup>, Jae Min Chung<sup>1</sup>, Sang Don Lee<sup>1</sup>

### **DIURETIC RENOGRAPHY: WHAT IS THE SUPRANORMAL DRF?**

<sup>1</sup>Department of Urology, Pusan National University Children's Hospital, Yangsan, South Korea

<sup>2</sup>Department of Urology, Tashkent pediatric medical institute, Tashkent

**Purpose.** Supranormal DRF seems to be renal hyperfunction due to hydronephrosis and kidney enlargement. To perform the comparative analysis of outcomes of pyeloplasty in children with different types of differential renal function (DRF) to understand the true nature of supranormal DRF.

**Material and methods.** In this retrospective study, we analyzed medical records of 46 patients, who underwent pyeloplasty at single center in period between March 2009 and July 2018. Patients with bilateral hydronephrosis and other urological conditions were excluded from this study. According to preoperative differential renal function (DRF), patients were divided into three groups (group 1: DRF >55%, group 2: DRF 45-55%, and group 3: DRF <45%). In all patients pre and postoperative diuretic renal scan and US findings, such as a DRF, curve pattern, T1/2, grade of hydronephrosis, APD and parenchymal thickness were analyzed. Success outcome was defined as an improvement of both diuretic renal scan and US findings.

**Results.** The mean follow up period was 67±34 (11-120) months. Mean age of patients at the time of surgery was 40±47 months. Of 46 renal units, 37 renal units had an obstructive curve pattern and 9 patients had equivocal curve pattern at preoperative diuretic renal scans. From the overall 46 renal units, in group 1, 2 and 3 were 9 (19.6%), 31 (67.4%) and 6 (13.0%) patients, respectively. Mean preoperative DRF was 62±3.9% in group 1, 51±3.0% in group 2 and 32±10.7% in group 3. In all groups, other preoperative characteristics were similar including curve pattern, T1/2, APD and parenchymal thickness. Overall fate of group 1 showed reduction of DRF in 5 (56%) patients, in group 2 in 13 (42%) and group 3 2 (33%) patients. Among 3 groups, postoperative curve pattern, APD and parenchymal thickness were improved in group 1 and 2 with significant difference from group 3 (p<0.05). The overall success rate was 89.1% (41/46). And no one patient from group 1 had an aggravation or failed pyeloplasty.

**Conclusions.** Supranormal DRF is more favorable than decreased DRF, but more depth studies are needed to completely understand the true nature of supranormal DRF.

Бабаниязов К.К., Нурмухамедов Х.К.  
**СОСТОЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПРИ ОБЩЕЙ  
АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** До настоящего времени проблема анестезиологического обеспечения реконструктивных операций у детей раннего возраста, имеющих челюстно-лицевую патологию не нашла должного отражения в литературе, равно как и не исследовано действие различных вариантов анестезии у детей на ЦНС, гемодинамику, гормонального статуса и др. Сложность и технически трудно выполнимые операции в пластической хирургии требуют достаточно адекватной анестезии, что может поддерживать на необходимом уровне основные параметры жизнеобеспечения.

**Целью работы** явилось изучение состояния гормонального статуса при анестезии пластических вмешательств у детей.

**Материал и методы.** Исследование проводилось у 20 детей (от 6 месяцев до 14 лет) оперированных по поводу палатопластики и хейлопластики. Для изучения влияния операционной травмы на изменение уровня "стрессовых" гормонов в течении анестезии, до и после операции, в качестве маркеров активации стрессреализующей гормональной системы, выбраны и исследованы сывороточные концентрации гормона коры надпочечников кортизола и гормонов щитовидной железы тироксина (Т4), трийодтиронина (Т3).

**Результаты и обсуждение:** Состояние детей соответствовало ASA I-II класса. За 30 мин до операции всем больным была проведена премедикация: Атропин 0.1% – 0.01 мг/кг, димедрол 1% – 0.1 мг/кг, сибазон 0.5 % – 0.2 мг/кг, кетамин 5% – 3 мг/кг в/м. Показатели дооперационного содержания гормонов в сыворотке крови соответствовало норме (Т3  $1,2 \pm 0,6$ , Т4  $68,8 \pm 4,3$ , кортизол  $442,8 \pm 13,6$ ).

Для обеспечения анестезиологической защиты использована методика комбинированной общей анестезии с применением 20% раствором натрия оксибутирата в дозе 100мг/кг в сочетании с 0,005% раствором фентанила. После введения 0.2% раствор ардуана 0.06 мг/кг выполнялась оротрахеальная интубация трахеи. Все больные были переведены на ИВЛ. Поддержание анестезии осуществлялась  $\frac{1}{2}$  частью от основных доз препаратов.

На наиболее технически трудных этапах операции определенных изменений гемодинамики не было выявлено, уровень ЧСС, АДс, АДд, продолжали оставаться на среднефизиологических параметрах. Несколько снижался показатель ЦВД, но осуществление инфузионной терапии позволяло сохранять уровень данного компонента периферической гемодинамики в пределах средних величин.

Длительность периода пробуждения составила в среднем 3-5 мин. В послеоперационном периоде нами не зафиксировано значимое повышение концентрации гормонов выше нормативных показателей (Т3  $1,34 \pm 0,8$ ; Т4  $82,3 \pm 6,4$ ; кортизол  $652 \pm 19,7$ )

**Заключение:** При масштабных пластических операциях у детей возможности сочетания ГОМК и фентанила, являются адекватным анестезиологическим обеспечением, что позволяет стабилизировать гемодинамические показатели и регулировать гормональные сдвиги.

Бегманов Р.Б., Ахралов Ш.Ф., Бобохонова Т.Г., Турдиев Ф.Э.  
**ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ  
ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Введение.** Острый панкреатит (ОП) представляет собой одно из важных и нерешенных проблем в абдоминальной хирургии. Диагностика и лечение этого заболевания остаются актуальной темой в патологии «острого живота». В последнее время отмечается увеличение числа больных ОП среди детей. Распространенность и доступность ультразвуковой аппаратуры, отсутствие лучевой нагрузки, возможность проведения исследования непосредственно у постели больного являются достоинствами метода. Однако оценка эхогенности и неоднородности поджелудочной железы при ультразвуковом исследовании до настоящего времени остается субъективной и зависит от многих причин, а во многих случаях может оказаться неинформативной.

**Цель.** Изучить комплексные ультразвуковые параметры острого панкреатита.

**Материалы и методы.** В основу исследования положены данные обследования 23 детей с острым панкреатитом, среди них у 15 была выявлена отечная форма, у 8 – некротическая форма. Ультразвуковое обследование детей выполнялось на ультразвуковых аппаратах Sonoscape S22 и Aplio 500 с помощью датчиков с частотой 3,5 и 5,0 МГц с применением полипозиционного серошкального сканирования.

**Результаты и их обсуждение.** При анализе ультразвуковых изображений в В-режиме для отечной формы острого панкреатита было характерно: диффузное или локальное увеличение размеров поджелудочной железы, снижение эхогенности паренхимы, неровность и нечеткость внешних контуров, наличие подкапсульного отека – гипо-анэхогенной зоны с распространением на интерстиций, отека забрюшинной клетчатки в виде зон пониженной эхогенности однородной структуры. При остром панкреатите отмечалось усиление васкуляризации паренхимы поджелудочной железы, выражающееся в значительном увеличении количества цветовых паттернов в

отдельном срезе паренхимы с той или иной степенью выраженности во всех отделах железы. По мере усиления отека паренхимы отмечалось повышение индекса резистентности и пульсационного индекса в паренхиматозных артериях. Однако при наличии интенсивного отека ткани поджелудочной железы наблюдалось снижение паренхиматозного кровотока с сохранением кровотока эфферентных сосудов. При прогрессировании патологического процесса при некротической форме, отмечалось постепенное снижение значений линейных показателей и индексов со стороны интрапанкреатических сосудов.

**Выводы.** Серошкальное ультразвуковое исследование позволяет выявлять и дифференцировать различные формы острого панкреатита с чувствительностью 87,1%; специфичностью 55,5%, точностью 82,7%. Чувствительность, специфичность и диагностическая эффективность доплерографического исследования позволяет повысить показатели диагностической точности соответственно до 85,4%; 90,4% и 89,6 %.

Бекимбетов К.Н., Юлдашев Т.А., Манашова А.Р., Хайдарова С.М.

### **УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Введение.** Острая инвагинация кишечника (ИК) является наиболее частой причиной (в 70-80% случаев) острой кишечной непроходимости у детей, а число заболевших в последние десятилетия все увеличивается. Заболевание возникает чаще всего в возрасте до года, однако, в последнее время отмечается заметное увеличение частоты ИК у детей старше года, которая, по данным некоторых авторов, достигает 30 - 40%. В последние годы появились сообщения об эффективности ультразвукового исследования (УЗИ) в диагностике кишечной инвагинации

**Цель.** Определить возможности ультразвукового исследования в диагностике острой инвагинации кишечника.

**Материал и методы.** Исследование выполнено в приемном отделении клиники ТашПМИ у детей с подозрением на ИК в возрасте от 1 мес. до 14 лет. Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате «Sonoscape S 22» (Китай), с использованием конвексного и линейного датчиков с частотой 3,5 - 7,5 МГц. Для выявления локализации инвагината применялась методика ультразвукового обследования, включающая серошкальное исследование органов брюшной полости в В-режиме. Исследование проводилось в сагиттальной, фронтальной и косых плоскостях.

**Результаты исследования.** Обследование начинали с оценки паренхиматозных органов, затем проводилось полипозиционное

сканирование брюшной полости для поиска инвагината. Особое внимание уделялось поиску расширенных петель тонкой кишки с анэхогенным внутрипросветным содержимым или петель тонкой кишки с ограниченной подвижностью относительно друг друга или передней брюшной стенки. При ультразвуковом исследовании инвагинат в поперечном сечении визуализировался как эхоразнородное образование овальной или округлой формы, состоящее из чередующихся концентрических гиперэхогенных участков, соответствующих количеству вовлеченных кишечных цилиндров и гипозоногенного периферического ободка, обусловленного отеком (в литературе данная эхокартина описывается как симптом «мишени» или же симптом «псевдопочки» (при сканировании инвагината в продольном сечении)). Помимо вышеперечисленных ультразвуковых симптомов мы выявили и косвенные эхографические признаки инвагинации кишечника: отсутствие перистальтики кишечника по ходу инвагината, в некоторых случаях визуализировали свободную жидкость в брюшной полости, а также расширенные петли кишечника выше инвагината и их маятникообразную перистальтику.

**Таким образом,** ультразвуковое исследование является высокоинформативным, неинвазивным и безопасным методом диагностики инвагинации кишечника у детей. Этот метод позволяет контролировать эффективность консервативного расправления инвагината.

Бекназаров А.Б., Нурмухамедов Х.К.

### **ЛЕЧЕНИЕ ДЕЛИРИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Состояние послеоперационного (п/о) стресса кардиохирургических операций (к/о) выдвигает на первый план потребность применения наряду с поддержанием важнейших витальных функций эффективной анальгезии и седации. В свою очередь стресс, являясь адаптивной реакцией, вместе с тем оказывает неблагоприятное воздействие на организм ребенка путем активации ретикулярной формации и гипоталамо-гипофизарной системы с повышением тонуса симпатикоадреналовой системы, со стимуляцией желез внутренней секреции. Последующий метаболический и гемодинамический ответ вызывает увеличение потребности жизненно важных органов в кислороде, гипоксию тканей, активацию перекисного окисления липидов.

**Цель исследования.** Оценка эффективности селективного агониста  $\alpha$ 2-адренорецепторов дексмедетомидина для кратковременной контролируемой седации в раннем п/о периоде к/о у детей.

**Материалы и методы:** Обследовано 36 детей (2–5 лет) после к/о (ДМПП, ДМЖП, ОАК) в условиях общей анестезии (севофлюран) из которых у 9 (25%) отмечено проявление делирия в раннем п/о периоде. Оценка уровня седации устанавливали по Ramsay, RASS-scale (шкала пробуждения-седации Ричмонд), Aldrete score (шкала пробуждения применялась во время ИВЛ), VAS scale (визуально-аналоговая шкала оценки интенсивности боли). У детей с проявлениями делирия оценивали тип делирия, сутки возникновения, частоту возникновения).

**Результаты.** Всем пациентам в первые п/о сутки (7,1 ч) в/в вводили дексмедетомин (0,2–1,2 мкг/кг/ч), на фоне которого длительность ИВЛ составила в среднем 9,7 ч, при этом 23% детей нуждались в дополнительной анальгезии промедолом (10 мг) на фоне планового применения НПВС (кетаролак). Выраженность болевого синдрома на фоне инфузии препарата не превышала 1 балл по шкале VAS у 96% больных. После отключения дексмедетомина выраженный болевой синдром ( $VAS > 3$ ) наблюдался у 11%, а через 12 ч – у 14% детей. Согласно данным шкал Ramsay и RASS у всех пациентов наблюдался легкий и средний уровень седации. Среди побочных эффектов чаще всего выявлялась брадикардия (39%) и артериальная гипотензия (36%). У 9 пациентов с делирием (в 78% преобладал гиперактивный тип) отмечена его средняя продолжительность 8 ч. Дексмедетомин (0,2–1,2 мкг/кг/ч) применялся изолированно (70%), в сочетании с галоперидолом (13%) и мидозаламом (7%). По данным шкал Ramsay и RASS у детей с делирием, на фоне терапии дексмедетомина, наблюдался легкий и средний уровень седации, тогда как иные комбинации препаратов обеспечивали либо недостаточный, либо глубокий уровень седации. Кроме того, легкая степень седации сохранялась в течении 12 ч после окончания инфузии препарата. При оценке степени пробуждения детей терапия дексмедетоминотом обеспечивала 8–10 баллов по шкале Aldrete, против 4–7 баллов на фоне стартовой терапии и приема пропофола, тогда как выраженность болевого синдрома по шкале VAS оказалась сравнима в обеих группах.

**Выводы.** Применение дексмедетомина обеспечивает дозависимый уровень седации и ретроградной амнезии при сохранном вербальном контакте с пациентом, с высокой эффективностью в лечении делирия у детей в ранний п/о период кардиохирургических операций.

Бобоха Л.Ю., Хамраева Л.С.

## ОСОБЕННОСТИ ЭКСТРАКЦИИ ТРУДНО ОТДЕЛЯЕМЫХ ОСТАТОЧНЫХ КАТАРАКТАЛЬНЫХ МАСС У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Врожденная катаракта (ВК) является одной из наиболее частых причин детской слепоты и слабовидения. Слепота вследствие ВК колеблется от 1,2 до 6,0 случаев на 10 тысяч детского населения. За последние годы в хирургическом лечении ВК произошли большие перемены. Изменилась техника операции и показания к ней. Применение современной микрохирургической техники атравматичных методов хирургии катаракты привело к снижению частоты типичных для экстракции хрусталика осложнений, а появление заднекамерных эластичных интраокулярных линз (ИОЛ), протекторов эндотелия, разработка техники непрерывного кругового капсулорексиса позволили получить новые качественные возможности и шире использовать метод интраокулярной коррекции у детей даже раннего возраста. Несмотря на достигнутые успехи в хирургии катаракты, велико развитие осложнений в различные периоды после ее экстракции с имплантацией ИОЛ, что часто бывает связано с наличием трудно отделяемых остаточных катарактальных масс у детей.

**Цель.** Представить результаты хирургической техники экстракапсулярной экстракции ВК у детей с трудно отделяемыми остаточными массами.

**Материалы и методы.** Нами проведено обследование 30 (30 глаз) детей с ВК, находившихся на стационарном лечении в глазном отделении клиники Ташкентского педиатрического медицинского института. Возраст пациентов варьировал от 2 до 15 лет. Всем больным были проведены стандартные офтальмологические, клинико-лабораторные, инструментальные методы исследования, консультации специалистов (ЛОР, педиатр, анестезиолог, кардиохирург, невролог). Экстракция катаракты у детей проводилась методом ирригации и аспирации (использовалась система Simkoe) традиционным способом через верхний тоннельный разрез. При этом детям контрольной (I) группы для удаления трудно отделяемых остаточных хрусталиковых масс проводили ирригацию и аспирацию через уже имеющийся верхний разрез. Пациентам основной (II) группы для удаления трудно отделяемых остаточных хрусталиковых масс под защитой вискоэластика проводился «массаж» радужки шпателем в верхнем труднодоступном сегменте (зона меридиана на 12 час) от лимба к зрачку для экспрессии остаточных хрусталиковых масс и их удаление через дополнительный доступ - парацентез на 7 часах.

**Результаты и обсуждение.** В I группу вошли 19 детей (19 глаз), в II - 11 детей (11 глаз). У пациентов обеих групп наблюдались послеоперационные



осложнения (ранние и поздние): у пациентов I группы из ранних осложнений наблюдалась кератопатия в 37% и воспалительная реакция в 58% случаях; у пациентов II группы данные осложнения составили 18% и 36% случаев соответственно. Более высокий процент осложнений в I группе можно объяснить тем, что в этих случаях для удаления хрусталиковых масс требовались более длительные действия аспирации-ирригации и «маневрирование» наконечником системы Simkoe, что, возможно, явилось дополнительным фактором травматизации эндотелия роговицы. Поздние послеоперационные осложнения у пациентов I группы отмечались в виде фиброза задней капсулы хрусталика (ФЗК) с остаточными массами в 63% случаях, который развился в течении 1,5-2 месяцев после хирургии. У пациентов II группы через 3 месяца после экстракции катаракты в 45% случаях отмечен ФЗК без остаточных масс. Высокий процент развития ФЗК у пациентов I группы объясняется неполным удалением хрусталиковых масс из труднодоступных мест (зона меридиана на 12 часах).

**Вывод.** Использование методики удаления остаточных хрусталиковых масс из зоны меридиана на 12 часах через дополнительный парацентез на 7 часах, после предварительного «массажа» радужки и экспрессии масс, приводит к тщательному удалению всех трудно отделяемых катарактальных фрагментов и снижению риска послеоперационных осложнений.

Бондаренко<sup>1</sup>С., Дубров<sup>2</sup>И., Каганцов<sup>3</sup>И., Шмыров<sup>4</sup>О., Сизонов<sup>5</sup>В.,  
Акрамов<sup>6</sup>Н., Кузовлева<sup>7</sup>Г.

### **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕИМПЛАНТАЦИЯ EN BLOCK ИЛИ УРЕТЕРО-УРЕТЕРО (ПИЕЛО) АНАСТОМОЗ ПРИ МЕГАУРЕТЕРЕ УДВОЕННЫХ ПОЧЕК. PRO И CONTRA**

ГУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи №7, Волгоград<sup>1</sup>  
2-я детская больница, г.Минск, Республика Беларусь<sup>2</sup>

ГУ Республиканская детская клиническая больница, г.Сыктывкар<sup>3</sup>

ГБУЗ Морозовская детская городская клиническая больница, г.Москва<sup>4</sup>

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г.Ростов-на-Дону<sup>5</sup>

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г.Казань<sup>6</sup>

ГБУЗ Детская городская клиническая больница №9, г.Москва<sup>7</sup>

**Введение.** Хирургическое лечение мегауретера одной из половин удвоенной почки включает довольно большой спектр оперативных вмешательств, таких как геминефрэктомия, реимплантация единым блоком, уретеро-уретеростомия или уретеропиелостомия. В данном исследовании мы провели сравнительный анализ результатов лапароскопической/везикоскопической реимплантации мочеточников единым блоком и уретеро-

уретеро/уретеропиелостомии у детей с дилатированным мочеточником одной из половин удвоенной почки.

**Материалы и методы.** Анализу подвергнуто 96 детей, оперированных по поводу дилатирующего ПМР (61) и обструктивного мегауретера (35), которым выполнены лапароскопическая экстравезикальная (25), везикоскопическая (21) реимплантация мочеточников единым блоком, ипсилатеральный уретеро-уретероанастомоз (38) или уретеро-пиелоанастомоз (12).

**Результаты.** Интраоперационное осложнение отмечено у одного пациента в виде повреждения капсулы селезенки без активного кровотечения.

Средняя длительность операции для реимплантации составила  $154,8 \pm 58,3$  мин в сравнении с  $116,9 \pm 38,3$  мин ( $p=0,003$ ).

Ранние послеоперационные осложнения в группе пациентов с реимплантацией отмечены у 2 детей и заключались в кратковременной обструкции обоих мочеточников в зоне соустья в одном случае и обструкции не патологического мочеточника у другого пациента (4,4%). Поздние осложнения в этой группе обнаружены у 6 детей (13%), у 2 пациентов имелась обструкция мочеточника и у одного дисфункция мочевого пузыря в виде неполного опорожнения. У 3 детей отмечен рецидив ПМР. Повторные вмешательства потребовались у 3 больных, геминефрэктомия (1), уретеро-уретероанастомоз (1) и детрузоротомия (1).

Ранние послеоперационные осложнения в группе пациентов ипсилатеральным уретеро-уретеро- и уретеропиелоанастомозом отмечены у 4 детей, подтекание мочи по дренажу у 2 и дисфункция стента у 2 больных (8%). Поздние осложнения в этой группе обнаружены у 1 ребенка (2%) у которого отмечалось развитие культикта, что послужило причиной к удалению остатка мочеточника. У одного пациента имелось персистирование каликопиелозктазии без инфекционных осложнений и стабильной функцией сегмента при длительном наблюдении.

**Заключение.** Несмотря на различия в абсолютных значениях, не обнаружено статистически значимых различий в частоте ранних ( $p=0,7$ ) и поздних осложнений ( $p=0,1$ ), а также результатов лечения с использованием реимплантации или уретеро-уретеро-уретеропиелоанастомоза (89% против 98%,  $p=0,08$ ). Вместе с тем, лапароскопический ипсилатеральный анастомоз технически проще и сопровождается меньшей длительностью оперативного вмешательства.

Бондаренко С.Г.<sup>1</sup>, Агзамходжаев С.Т.<sup>2</sup>

## ПАРАМЕТРЫ АНТЕНАТАЛЬНОГО УЗИ КАК ПРЕДИКТОРЫ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ III

<sup>1</sup> Клиническая больница скорой медицинской помощи №7, г. Волгоград,

<sup>2</sup> Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент

**Цель.** Оценка параметров УЗИ у плодов с изолированным гидронефрозом, чтобы определить надежные диагностические параметры для прогнозирования постнатального течения гидронефроза.

**Методы.** С 2015 по 2019 годы проведен проспективный анализ 60 плодов (62 почечные единицы) с изолированным гидронефрозом III степени. В протокол исследования включали измерение диаметра чашечек, переднезаднего диаметра лоханки и регистрировалась форма лоханки, воронкообразная или эллипсоидная. При эллипсоидной форме лоханки вычислялся коэффициент сжатия эллипса, как отношение малой полуоси эллипса к его большой полуоси. Все параметры регистрировались в третьем триместре беременности. В исследование не включались случаи аномалии положения почки, мегауретера, уретероцеле, удвоения почки и клапана задней уретры.

**Результаты.** При анализе ROC-кривых установлено, что антенатальный переднезадний диаметр лоханки обладает низким качеством бинарной классификации, площадь под кривой составляла 0,62 ( $p=0,12$ ), в то время как форма лоханки и коэффициент сжатия при эллипсоидной конфигурации оказались более качественными диагностическими тестами (площадь под кривой 0,79 и 0,93,  $p=0,000$  и  $0,000$  соответственно). При эллипсоидной форме лоханки вероятность прогрессирования степени гидронефроза и переднезаднего диаметра в постнатальном периоде возрастала при увеличении коэффициента сжатия (чувствительность теста 92,3%, специфичность 92,3%,  $p=0,000$ ). При анализе логистической кривой установлено, что в точке отсечения коэффициента сжатия равного или больше 0,7 вероятность раннего оперативного вмешательства превышала 80% с уровнем статистической значимости  $p=0,006$ .

**Заключение.** Параметры УЗИ, основанные на определении формы лоханки имеют высокую предиктивную ценность для прогнозирования постнатального течения антенатального гидронефроза. Это имеет важное значение в отборе детей для раннего хирургического лечения до того, как потеря функции станет безвозвратной.

Геллер С.И., Камилова А.Т., Дустмухамедова Д.Х., Махкамова О.Д.,  
Насирова Л.Х.

## **СИНДРОМ ДИСТАЛЬНОЙ ИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У РЕБЕНКА С МУКОВИСЦИДОЗОМ (описание случая)**

Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
центр Педиатрии, г.Ташкент

**Актуальность.** Синдром дистальной интестинальной непроходимости (DIOS) включает обструкцию дистальной части тонкого кишечника утолщенным кишечным содержимым и встречается примерно у 20% преимущественно взрослых людей с муковисцидозом, ранее был известен как эквивалент меконияльного илеуса. Признаки и симптомы DIOS включают внезапное начало спастической боли в животе, рвоту и пальпируемое образование в животе. Рентген брюшной полости может выявить стул в толстой кишке и уровни жидкости и воздуха в тонком кишечнике, что может явиться причиной необоснованных хирургических вмешательств.

**Цель** – анализ клинического случая ребенка с синдромом дистальной интестинальной непроходимости при муковисцидозе.

**Результаты.** Пациентка Н., в возрасте 9,5 лет поступила в отделение гастроэнтерологии РСНПМЦ Педиатрии с жалобами на увеличение окружности живота, усиленную, видимую на глаз перистальтику, слабость, вялость, отеки на конечностях, жидкий стул и снижение веса. Из анамнеза: ребенок от 2 беременности, 2 родов, родилась в срок с весом 3500. До 6 лет, со слов матери, развивалась нормально. Наследственность: отец был несколько раз прооперирован в связи с непроходимостью кишечника и скончался вовремя одной из операций в возрасте 35 лет. После смерти отца у девочки началась периодическая рвота, 2-3 раза в неделю, не связанная с приемом пищи. Амбулаторно получали лечение, но выраженного эффекта не было. Рвота и тошнота повторялись каждый месяц, со «светлым промежутком» в полгода в возрасте 7 лет. В 8 лет состояние ухудшилось, к рвоте присоединилось вздутие живота. Девочка госпитализирована в больницу по месту жительства, после проведения ирригографии поставлен диагноз: Острая кишечная непроходимость. Долихосигма. Заворот сигмовидной кишки. Распространенный серозный перитонит. По итогам исследований была проведена лапаротомия. В течение последующих 6 месяцев состояние пациентки было относительно удовлетворительным, затем начались нарушения стула – 3-4 раза в день и вздутие живота. Обратились к врачу по месту жительства, были назначены Креон и Дюфалак, однако улучшения не было. В последние три месяца до госпитализации вздутие стало более выраженным, стул постоянно жидким. Девочка была госпитализирована в отделение гастроэнтерологии РСНПМЦ Педиатрии.

Состояние при поступлении было тяжелым, тяжесть обусловлена выраженной нутритивной недостаточностью, вялостью. Вес – 25 кг (-1СО), рост – 126 см (-1СО), МРИ – 3СО. Девочка слабая. Кожные покровы чистые, бледного цвета, телосложение астеническое. На стопах выраженные отеки. Периферические лимфоузлы увеличены, размером с горошину. Дыхание свободное, кашля нет, в легких аускультативно жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичны, ЧСС – 88 уд/мин. Appetit не нарушен. Живот увеличен в объеме, окружность 85 см, симметричен, участвует в акте дыхания, на передней брюшной стенке – послеоперационные рубцы. Живот при пальпации напряжен, видна и слышна на расстоянии перистальтика кишечных петель. В связи с выраженным вздутием живота, пальпация печени и селезенки не представлялась возможной. Стул 4 раза в день, жидкий. Диурез не нарушен.

В общем анализе крови: анемия легкой степени (Hb – 104.0 г/л), лейкоцитоз –  $10,4 \cdot 10^9$ /л. Биохимическое исследование крови установило наличие выраженных гипопротейемии (общий белок – 45 г/л) и гипоальбуминемии (альбумин – 21 г/л). Общий анализ кала стеаторея 1 типа ++, слизь +, лейкоциты 2-3/1. ИФА ВИЧ показал отрицательный результат. В день госпитализации ребенку была выполнена обзорная рентгенограмма грудной клетки и брюшной полости, проведен осмотр хирурга, и хирургическая патология исключена. УЗИ – расширение петель кишечника, содержимое кишечника неоднородное, выраженный метеоризм. Результаты МСКТ исследования: Признаки хронического бронхита, диффузное снижение плотности паренхимы печени (подозрение на стеатоз). Реактивные изменения поджелудочной железы. Выраженный пневматоз кишечника с дилатацией петель толстого кишечника. Диагноз целиакии был исключен: антитела к тканевой трансглутаминазе IgA – 0.6 Ед/мл, суммарные IgA – 6,7 г/л. Учитывая наличие стеатореи, изменений поджелудочной железы на УЗИ, ребенок направлен к генетику, где по результатам потового теста (86,0 мэкв/л) поставлен диагноз муковисцидоз. Окончательный диагноз имел следующий вид: Муковисцидоз, смешанная форма, сопутствующее – состояние после операции по поводу кишечной непроходимости. Синдром экссудативной энтеропатии. Астенизация ЦНС. Осл: БЭН тяжелой степени. Анемия легкой степени. В ходе лечения девочка получила 2 раза 20% альбумин, кишечные антисептики, сорбенты, мочегонные, ферментные препараты в дозе 4500 Ед/кг с каждым приемом пищи, парентеральное питание в возрастных дозировках. На фоне проводимой терапии состояние ребенка относительно улучшилось: исчезли отеки, нормализовался стул (1 раз, оформленный), окружность живота уменьшилась с 85 см до 70 см, живот стал менее напряженным. Пациентка была выписана под наблюдение участкового хирурга с рекомендациями по соблюдению безглютеновой и безмолочной диеты сроком на 3 месяца,

ферментный препарат поджелудочной железы в дозе 4500 Ед/кг, витамины А,Е,Д, фолиевая кислота. В течение месяца после выписки состояние было удовлетворительным, затем вновь ухудшилось в связи с нарушениями диеты и нерегулярным приемом назначенных препаратов. Через 3 месяца девочка была повторно госпитализирована с теми же жалобами. За прошедшее время потеряла в весе 5 кг. При поступлении состояние тяжелое, выражены признаки мальабсорбции, отеки на ногах, живот увеличен в объеме, стул жидкий, 3 раза в сутки. В анализах: анемия средней степени, гипопропротеинемия (общий белок – 55 г/л), снижение альбумина (29 г/л), гипербилирубинемия за счет прямой фракции (11,6 мкмоль/л), незначительная гиперферментемия (АЛТ – 42 U/l, АСТ – 57 U/l). Анализ кала без патологии. УЗИ брюшной полости – расширение петель кишечника до 6 см, усиленная перистальтика. Пациентка была проконсультирована хирургами и были даны рекомендации о проведении операции в связи с появлением признаков частичной нижнекишечной непроходимости, но родственники подписали добровольный отказ от операции. Девочка была выписана с окончательным диагнозом: Муковисцидоз, смешанная форма, тяжелое течение. Синдром дистальной интестинальной обструкции. Состояние после операции по поводу кишечной непроходимости. Частичная нижнекишечная непроходимость. Синдром экссудативной энтеропатии. БЭН тяжелой степени. Анемия средней степени. Через 2 недели после выписки девочка скончалась.

**Заключение.** Синдром дистальной интестинальной непроходимости (DIOS) может быть неправильно оценен теми специалистами, которые не знакомы с муковисцидозом. Данный синдром может имитировать такие состояния, как запоры, аппендицит, кисту яичника, воспалительные заболевания кишечника, инвагинацию. Детские гастроэнтерологи, хирурги, педиатры должны быть насторожены при обнаружении данного состояния в сочетании с другими симптомами, указывающими на муковисцидоз. По возможности необходимо проводить консервативную терапию, оставляя оперативное вмешательство, как крайнюю меру, так как каждая операция увеличивает риск повторного DIOS в будущем.

Давлатов С.Б., Сулаймонов С.Ч.

### **СПОСОБ ПРОВЕДЕНИЯ ПЛАСТИНЫ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ**

Кафедра детской хирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», г. Душанбе

**Актуальность.** Деформация грудной клетки встречается у 14% всего населения мира, при этом у детей диагностируется с частотой 0,6-2,3%. В настоящее время единственным эффективным методом лечения тяжелых

форм деформации грудной клетки является хирургический. Хирургия ВДГК (воронкообразная деформация грудной клетки) насчитывает несколько десятилетий, при этом разработано более 80 способов коррекции этой патологии. В настоящее время наиболее эффективным методом торакопластики является метод по Д.Нассу, позволяющей радикально корригировать деформацию. Основу и важный момент операции составляет безопасное проведение пластины и установка её в положении коррекции деформации. Данный способ имеет существенные недостатки: возможность двухстороннего пневмоторакса, а также повреждение жизненно важных органов (перикарда, крупных сосудов) в момент проведения и ротации пластины.

**Цель.** Разработка и усовершенствование способа проведения пластинки для коррекции, исключающей развитие осложнений до минимума.

**Материал и методы.** В клинике детской хирургии с 2015 по 2020 года прооперировано 30 больных в возрасте от 10 до 18 лет. Выполнена малоинвазивная торакопластика по принципу D.Nuss у 20 и по разработанной методике нашей клиники – у 10 пациентов. Скринг диагностики является рентгенография в двух проекциях, КТ и индекс Жижицкого и Велча. Использовалась никель-титановая пластинка.

**Результаты и их обсуждение.** При изучении результатов лечения у детей по классическому способу D. Nuss у 3(15%) больных были осложнения: гемоторакс (2) и пневмоторакс (1), что было связано с проведением корригирующей пластинки.

С целью минимизации осложнений нами усовершенствован способ проведения корригирующей пластинки, который заключается в следующем: после туннелизации и проведения проводника, корригирующая пластина перед проведением охлаждается с помощью закиси азота при температуре 160<sup>0</sup>, после чего проксимальный ее конец выправляется и изгибается в обратном направлении на 15 градусов. Затем фиксируется к проводнику и тянущими движениями и, одновременно, производимыми вслед толкательными движениями в том же направлении, проводится в ретростернальное пространство. Корригирующая пластина через 3-4 минуты приобретает исходную заданную форму и развивает корригирующие усилия, приподнимает грудину, тем самым без ротации ликвидирует деформацию.

По данному способу проведена коррекция деформации у 10 детей. Осложнений не наблюдалось.

**Таким образом,** данный способ проведения пластинки для коррекции ВДГК является простым, безопасным методом.

Джалилов Д.А., Мамадалиев Г.И., Қодиров М.А., Тошбоев Ш.О.  
**ОЦЕНКА СТРЕССОВЫХ РЕАКЦИИ ПРИ  
АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ  
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ**  
Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан

**Цель.** Улучшение анестезиологического обеспечения у детей при лапароскопической эхинококкэктомии у детей.

**Материал и методы.** Наблюдались 42 детей с множественными эхинококковыми кистами печени. В 37,1% случаев кисты имели малые (от 10 до 60 мм), в 49,3% средние (от 70 до 110 мм), 19% кист большие (более 120 мм) размеры. Всем больным оперативное вмешательство проводилось в условиях общего обезболивания и управляемой вентиляции легких. 1-ю (n=23) составили дети, у которых применялась общая анестезия на основе севофлурана и во 2-й (n=19) осуществлялась тотальная внутривенная анестезия с применением пропофола. Выраженность хирургического стресса определялась по уровню АКТГ и кортизола сыворотки крови больных.

**Результаты и их обсуждение.** Проведение оперативного вмешательства у пациентов 2-й группы сопровождалась активацией гипоталамо-надпочечниковой системы, проявляющаяся в постепенном нарастании уровня кортизола и АКТГ. Повышение уровня кортизола во время травматичного периода операции составило в 1,9 раза (от  $571,9 \pm 89,8$  до  $1082,2 \pm 55,7$  нмоль/л) по сравнению с исходными значениями и в 2,1 раза (до  $1194,5 \pm 29,0$  нмоль/л) в раннем послеоперационном периоде ( $p < 0,001$ ). Это свидетельствует о мобилизации адаптивных систем организма и активации антиинфекционной системы. При сравнении значений АКТГ на этапах исследования отмечались статистически незначимые изменения в 1-й группе и нарастание уровня гормона в 6,7 раза (от  $1,89 \pm 0,23$  пг/мл до  $11,0 \pm 1,12$  пг/мл) во 2-й группе в раннем послеоперационном периоде ( $p < 0,001$ ).

Таким образом, изменение уровней гормонов в сыворотке крови у детей при травматичном этапе операции и в раннем послеоперационном периоде исследования свидетельствует о более адекватной защите организма от операционного стресса при использовании общей анестезии на основе севофлурана.

**Вывод.** Проведение анестезии с использованием севофлурана позволяет более адекватно защитить организм от операционного стресса и минимально воздействовать на метаболизм гепатоцитов.



Дусалиев Ф.М., Отамурадов Ф.А.  
**РЕКТАЛЬНЫЙ МЕШОК ПРИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ  
МАЛЬФОРМАЦИЯХ У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

Ректальный мешок (РМ) – редкий вариант аноректальной мальформации при котором толстая кишка на всем протяжении или частично расширяется в виде мешка дистальную часть которого свищом открывается в мочеполовой тракт.

**Цель.** Изучить особенности диагностики и хирургической тактики редкого варианта аноректальной мальформации – врожденного ректального мешка у детей.

**Материалы и методы.** В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии с курсом онкологии ТашПМИ в период 2009-2019 гг. находились на обследовании и лечении 504 детей в возрасте от 1 дня до 15 лет с аноректальной мальформацией, из них у 9 (1,8%) диагностированы ректальный мешок: 6 – у мальчиков, 3 – девочек. Больным проводились комплексное обследование, включавшее сбор жалоб, анамнез, клинический осмотр промежности, лабораторную диагностику, а также лучевые методы диагностики: УЗИ внутренних органов; контрастное рентгенологическое исследование толстой кишки.

**Результаты и их обсуждения.** При РМ должен присутствовать следующие компоненты: мешковидное или дивертикулярное расширения укороченной толстой кишки заполненное меконием или фекалиями без гаустраций, жировых подвесок, Тенia; отсутствие переходной зоны между мешком и нормальной кишки; утолщение стенки с гипертрофией слизистой оболочки; нарушение кровоснабжения мешочка; наличие мочеполового свища. По K.L. Narasimharao (1984), различающее 2 вида (полное и неполное) и 4 типа. Наблюдавшиеся нами из 9 больных у 2 мальчиков данные соответствовали на I тип ВРМ имевшее сообщение с мочевым пузырем, у 3 – II и у 4 – IV типу патологии. Во всех 9 наших наблюдениях РМ был установлен во время операции.

При наличии узкого свища или при его обтурации размеры кистозного расширения будут большими, при достаточной ширине свища, мешок может быть относительно небольшими и толстостенными. При контрастной цистографии отмечается поступление контрастной массы из мочевого пузыря в полость в несколько раз превышающее его объем в ректальный мешок.

Оптимальная хирургическая тактика при РМ окончательно не установлена. Во всех наших наблюдениях первичные операции были завершены наложением стомы: у одной цекостомы без резекции кистозного расширения; у второй резекции кистозного расширения с наложением

сигмастомы; у третьей двойной сигмастомы у которой по жизненным показаниям повторно проведена резекция кистозного расширения с низведением толстой кишки в промежность. Основным принципом оперативного лечения при ВРМ является резекция кистозно расширенного мешка с низведением здорового участка толстой кишки при достаточной ее длине или создание либо удлинения толстой кишки путем моделирующей колопластики из ректального мешка для свободного низведения в промежность.

**В заключении** можно отметить, что для РМ характерны специфические компоненты, которые способствуют появления признаков низкой кишечной непроходимости и урогенитального инфицирования. При атрезии прямой кишки или клоаки наличие раздутый купол кишки с уровнем жидкости, занимающее большой объем в брюшной полости на рентгенограмме являются характерными признаками РМ при котором требуются проведения целенаправленных дооперационных исследований, интраоперационной верификации вариантов и тип аномалии. Соответствующая оперативная коррекция должна проводится в специализированных учреждениях, имеющее опыт работы и лечения детей с тяжелыми формами аноректальных мальформаций.

Золотова Н.Н.

### **РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Развитие и совершенствование диагностики, консервативного лечения патологического вывиха бедра (ПВБ) у детей продолжается в направлении разработки и внедрении новых медико-реабилитационных технологий. Поэтому наиболее важной составляющей, отражающей степень благополучия пораженного сустава, наряду со стабильностью, является амплитуда активных движений.

**Цель работы.** Раннее восстановление функции тазобедренного сустава после ПВБ.

**Материал и методы исследования.** Из общего количества больных (31), с дистензионным вывихом бедра находилось 4 (13%). При применении шины клиники у детей с патологическим вывихом бедра до 1 года удается не только вправленную головку бедренной кости в вертлужной впадине, но и поддерживать гигиену кожных покровов. Кроме этого в шине возможны движения в тазобедренных суставах, которые использовали при проведении лечебной физкультуры. В 6 наблюдениях выявлена частичная деструкция

головки и шейки бедренной кости с децентрацией. Тактика лечения больных была выжидательной и индивидуальной в зависимости от динамики анатомических изменений в тазобедренном суставе. В консервативном лечении до 1 года применяли гипсовую повязку Тер-Егиазарова-Шептуна. У детей старше 1 года при отсутствии симптома «низведения» бедра, лечение осуществлялось при помощи лейкопластырного вытяжения по Мао.

**Результаты и обсуждение.** В реабилитации детей с патологическим вывихом бедра лечебная физкультура и массаж являются важными средствами восстановительного лечения. Учитывая, что при данной патологии возникают значительные функциональные нарушения в виде снижения тонуса со стороны ягодичных мышц и приводящих мышц бедра, что зачастую не представляется возможным четкого определения состояния между их расслаблением и напряжением. Значительное место в реабилитации отводилось применению тепловых процедур в виде аппликации парафином. Ежедневная процедура (сеанс) занимала в среднем  $54,3 \pm 12,8$  мин., на курс проводились 6 сеансов. Общее УФО по основной и дополнительным схемам. Курс лечения 6 процедур.

Для восстановления функциональной активности мышц, больным проводилась электростимуляция синусоидальными модулированными токами средней и большой ягодичных мышц. Применялся ток в переменном режиме частотой 70 Гц, глубины модуляции 50%. УВЧ-терапия- электрическое поле ультравысокой частоты – (от 30 до 300 млн колебаний в секунду, или МГц) обладающей высокой проникающей способностью курсом до 6 сеансов. Электрофорез никотиновой кислотой и кальцием на суставы и сегментарную зону (L1-5) по поперечной методике на область тазобедренного сустава. Плотность тока  $0,02-0,03 \text{ мА/см}^2$ , длительность процедуры 10-15 минут. На курс лечения 10-12 процедур. Восстановление нарушенной микроциркуляции, ликвидация гипоксии в тканях пораженного сегмента конечности способствовали лучшей репарации костной ткани, что подтверждалось ультразвуковой диагностикой и рентгенографией. Назначение кальция в виде лекарственных препаратов рекомендуется в случае невозможности достичь необходимого потребления кальция путём использования лишь диетических мероприятий.

**Заключение.** Восстановление нарушенной микроциркуляции, ликвидация гипоксии в тканях пораженного сегмента конечности способствовали лучшей репарации костной ткани, что подтверждалось ультразвуковой остеометрией, рентгенографией.

Золотова Н.Н.

## ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ СДВИГОВ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ГЕМАТОГЕННЫМ ЭПИМЕТАФИЗАРНЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Одной из актуальных проблем ортопедии детского возраста является вопрос лечения и реабилитации осложнений острого гематогенного метаэпифизарного остеомиелита (ОГЭМО), как патологический вывих бедра (Аюпов Р.Х.2000; Николаев А.И., 2005).

**Цель работы.** Совершенствование диагностических критериев при ортопедическом лечении ОГЭМО.

**Материал и методы исследования.** Настоящая работа основана на анализе архивного материала и лечения больных (31) с ОГЭМО у детей, поступивших во 2ГДКХБ с 2015 по 2019 гг. При проведении лечения, были изучены изменения концентрации основных элементов костной ткани. Определяли концентрацию магния, фосфора, кальция. Наибольшее внимание уделяли изменению концентрации кальция и фосфора, входящие в состав гидроксиапатита костной ткани и придающие кости твердость и прочность. Фактором усвоения данных микроэлементов является содержание в организме витамина Д. При ОГЭМО происходят деструктивные процессы в проксимальном отделе бедренной кости с разрушением компактной костной ткани.

**Результаты и их обсуждение.** Отмечено характерное снижение в сыворотке крови неорганических фосфатов с резким повышением активности щелочной фосфатазы (ЩФ). Самая высокая активизация ЩФ происходила в тот момент, когда окружающая фермент среда достигала кислотности на уровне от 8,6 до 10,1 рН (N рН – 7,4), т.е. при наличии ацидоза, который способствует развитию вредоносных бактерий. Возрастание активности щелочной фосфатазы с определенной долей уверенности может свидетельствовать не только об активизации метаболизма костной ткани, так как оно происходит не только в условиях интенсивного роста костной ткани, но и при ее разрушении. Относительное снижение уровня кальция в сыворотке крови ( $2,05 \pm 0,18$  ммоль/л) могло быть результатом усиленного его расходования в процессе костного ремоделирования.

**Заключение.** При лечении ОГЭМО необходим комплексный подход к изучению жизнедеятельности костной ткани современными методами диагностики, позволяющий охарактеризовать основные гомеостатические показатели, в том числе обмен макро- и микроэлементов с их коррекцией.

Исаков Н.З., Туракулов З.Ш.

## БОЛАЛАРДА ЙЎҒОН ИЧАКНИНГ ПОСТКОЛОНОСКОПИК ЯТРОГЕН ПЕРФОРАЦИЯСИДА ИЧАК ДЕФЕКТИНИ ЛАПАРОСКОПИК БАРТАРАФ ҚИЛИШ НАТИЖАЛАРИ

Андижон Давлат тиббиёт институти, Андижон ш.

**Кириш.** Колоноскопиядан кейинги йўғон ичакнинг ятроген перфорацияси колоноскопиянинг кам учрайдиган асоратидир. Колоноскопиядан кейинги йўғон ичакнинг тешилиши диагностик колоноскопияда 1% дан кам бўлса, бошқа мақсадли колоноскопияларда 2% дан 3% гача учраши мумкин. Болаларда диагностик колоноскопия вақтида йўғон ичакнинг тешилиши камдан-кам ҳолларда учрайди, аммо колоноскопик биопсия ва полипэктомия каби муолажаларда асорат сифатида вужудга келади.

Анъанавий усулда йўғон ичакнинг барча шикастланишлари лапаротомия усулида контоминация даражасига ва вақт оралиғига қараб, ичак тешилишини бирламчи қайта тиклаш ёки ажратувчи колостома қўйиш орқали даволанган. Катта ёшли инсонларда ичак тешилишини лапароскопик бутунлигини қайта тиклаш ҳақида бир неча хабарлар нашр этилган.

**Мақсад** – болаларда колоноскопик полипэктамиядан кейинги йўғон ичак ятроген перфорациясида ичак бутунлигини лапароскопик қайта тиклаш натижаларини баҳолаш.

**Натижалар.** Биринчи бемор 5 ёшли ўғил бола, шифохонага ректал қон кетиш шикояти билан келган. Колоноскопияда сигмасимон ичак проксимал қисмида кенг асосли 0.8x0.6x1.2 см. пассив қонаётган ва тўғри ичакда ингичка оёқчали 0.3x0.2x1.0 см. атрофида қонамаётган полиплар аниқланган. Сигмасимон ичакнинг проксимал қисмида жойлашган полип нисбатан катталиги сабабли уни олиб ташлаш қийинчилик туғдирган ва ҳар бир полипни стандарт усуллардан фойдаланиб колоноскопик полипэктамия амалиёти бажарилган. Операциядан бир соат вақт ўтгач бемор қориндаги кучли оғриққа шикоят қилган. Текширувда қорин мускуллари нисбатан таранглашганлиги ва Рентгенографик текширувда қорин бўшлиғида эркин ҳаво борлиги аниқланди. Диагностик лапароскопия орқали текшириб кўрилганда сигмасимон ичак проксимал соҳасида ичак перфорацияси борлиги аниқланган. Ичак перфорацияси қисқа вақтда аниқланганлиги сабабли ичак анатомияси ва функционал ҳолати яхши сақланган ва шунинг учун қорин пардани минимал даражада зарарланганлиги аниқланган.

Иккинчи бемор 3 ёшли бола дефекациядан сўнг қон келиб қолишига шикоят қилиб шифохонага мурожаат қилган. Колоноскопияда бемор йўғон ичагининг тушувчи қисми пастки 1/3 соҳасида кенг асосли 0.6x0.7x1.0 см атрофида пассив қонаётган полип аниқланган. Полипни сиртмоқ ва

электрокоагуляция усудида қийинчилик билан колоноскопик полипэктамия қилинган. Беморнинг ахволи операциядан кейинги 2-суткада қорин оғриғи, қусиш билан тана харорати кўтарилди бошлаган. Қорин девори мускуллари таранглашган. Қорин бўшлиғи рентгенографиясида ичакдаги эркин газ аниқланган, ичак тутилишига мос келадиган манзара кузатилган. Беморни диагностик лопороскопия орқали текшириб кўрилганда йўғон ичагининг тушувчи қисми пастки 1/3 соҳасида ичак перфорацияси топилган. Ичак перфорацияси полип ўлчамига нисбатан кичиклиги сабабли 48 соат ўтгач аниқланган бўлса ҳам перитонеал белгилари сезиларли даражада, аммо контоминация белгилари мавжуд эмаслиги аниқланди. Иккала ҳолатда ҳам, ичак бутунлигини лапароскопик қайта тиклаш хавфсиз вариант деб ҳисобланди ва иккала беморда ҳам ичак бутунлигини лапароскопик қайта тиклаш, қорин бўшлиғини тафтиш қилиш ва антисептик суюқликлар билан ювиб қуриштириш амалиёти ўтказилди. Беморлар операциядан кейинги кунларда динамик кузатувда бўлдилар, уларда ҳеч қандай перитонеал белгилар, тана хароратини кўтарилиши, қорин мускулларининг тонуси ортиши каби кўнилсиз белгилар аниқланмади. Қорин бўшлиғи УТТ ва обзор рентгенографик текширувларида ҳам патологик ҳолатлар аниқланмади. Иккала бемор ҳам бир неча кун ичида аста секинлик билан асоратсиз тузалиб кетишди.

**Хулоса.** Болаларда колоноскопик полипектомиядан сўнг йўғон ичак тешилишини лапароскопик усулда бутунлигини бирламчи қайта тиклаш хавфсиз ҳолатларда самарали ҳисобланади. Бу усулнинг афзалликлари бутун ичакнинг турли хил қўшимча шикастланишларнинг камлиги, ичакнинг тешилган жойини тез ва аниқ топиши, ичакнинг анатомияси ва функциясига кам зарар етказиши, бунинг оқибатида оператсиядан кейин ичак фаолиятини тез тикланиши кузатилди.

Исматова К.А., Нурмухамедова Ф.Б., Эгамбердиева З.Д.

## **РОЛЬ ОТОМИКРОСКОПИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ТИМПАНОСКЛЕРОЗА**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Тимпаносклероз – это часто встречающееся заболевание ЛОР-клиниках и учреждениях. Распознавание патологии уха имеет важное значение для правильного ведения. Часто диагноз ясен; однако в некоторых случаях необходимы дальнейшие исследования, чтобы исключить другие, более коварные процессы заболевания. В настоящее время изменилось клиническое течение хронического гнойного среднего отита, чаще развиваются вялотекущие, торпидные формы.

Среди них регистрируется увеличение числа больных с фиброзирующими формами воспалительного процесса в среднем ухе, при котором улучшение слуха после реконструктивных операций составляет не более 30%. Остаётся актуальной проблема ранней и дифференциальной диагностики тугоухости, несмотря на значительные достижения в аудиологической диагностике и отохирургии. Особенно это относится к такой форме фиброзирующего среднего отита, как тимпаносклероз. ТСК, уплотнение барабанной перепонки из-за кальцификации, обычно проявляется в виде поражений, похожих на белые бляшки, с вовлечением отдельных участков барабанной перепонки или среднего уха. Такие бляшки могут изменить эластичность барабанной перепонки и привести к склеротической фиксации косточек. Он носит вялотекущее, «благоприятное» течение, однако в зависимости от длительности заболевания выявляются различные уровни поражения структур уха, которые в значительной степени влияют на слуховую функцию и функциональный результат слухоулучшающих операций.

Применяемая до настоящего времени в клинической практике методика отоскопии не отвечает современным требованиям отиатрии, поскольку оказываются недостаточным для получения достоверной информации о характере и распространенности в среднем ухе патологического процесса. Отомикроскопия является надёжным методом диагностики тимпаносклероза, особенно при планировании хирургических способов лечения.

**Цель.** Анализ роли отомикроскопии в диагностике тимпаносклероза.

**Материалы и методы.** За период с 2018-2019 годов под нашим наблюдением находилось 80 (100%) больных с тимпаносклерозом в детской клинике ТашПМИ и на ООО “Happy life” возрасте от 11 до 65 лет. Правостороннее поражение было выявлено у 42 (52,5%) больных, левостороннее у 38 (47,5%). Больных разделели на две группы: в первую группу вошли больные без перфоративной формы тимпаносклероза – 32 (40%) больных, во вторую – 48 (60%) с перфоративной и холестеатомной формой тимпаносклероза. Диагноз ТСК был поставлен с помощью отомикроскопии и биопсии.

**Результаты и их обсуждение.** При диагностической отомикроскопии выявлены: белые меловые пятна на остатках барабанной перепонки, маленькие тимпаносклеротические глыбки расположенные в слизистой оболочке барабанной полости и большая белая овальная зона. Перечисленные патологические изменения были выявлены в основном у больных второй группы.

**Выводы.** Следует отметить, что использование отомикроскопии дает новые возможности в диагностике тимпаносклероза в амбулаторных и стационарных условиях и позволяет выбрать оптимальную тактику лечения

больного. В связи с чем, данные методы исследования стоит назначать всем пациентам с подозрением на ТСК.

Исмадова К.А., Саъдуллаев М.С.

## МЕХРИБОНЛИК УЙИ ТАРБИЯЛАНУВЧИЛАР ОРАСИДА КИСТОЗ ГАЙМОРИТЛАРНИ УЧРАШ ДАРАЖАСИ БАХОЛАШ

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент ш.

**Долзарблиги.** Бурун ёндош бушлиқлари (БЁБ) орасида кистоз жараён энг кўп кузатиладиган БЁБ – бу юқори жағ бушлиғи булиб, 93,3% ни ташкил этади. Хозирги кунда БЁБ ларида кистоз хосилаларни учраши болалар орасида аввалгига қараганда 2,5 баробар ортганлиги маълум. Бунга сабаб қилиб атроф мухитининг ифлосланиши, аллергия касалликлар билан касалланганлар сонини ортиши, антибиотикларни тартибсиз истъеъмол қилувчилар сонини ортганлиги ва бурун бўшлиғидаги анатомик нуқсонлар ва бошқаларни кўрсатиш мумкин.

**Текширув мақсади.** “Сен ёлғиз эмассан” хайрия жамғармаси акцияси иштирокида меърибонлик уйи тарбияланувчиларида кистоз гайморитларни учраш кўрсаткичларини баҳолаш.

**Текшириш материали ва усуллари.** “Сен ёлғиз эмассан” хайрия жамғармаси томонидан ташкил этилган акциясида, Тошкент шаҳридаги меҳрибонлик уйи тарбияланувчилари Тошкент Педиатрия тиббиёт институти клиникаси қабул бўлимида 2018-2019 йилги тиббий кўриги ўтказилди. Акция доирасида тарбияланувчилар тор мутахассислар шу жумладан: ЛОР, невролог, офтальмолог ва бошқа мутахассислар кўригидан ўтказилди. Одатдаги ЛОР кўриги билан бир қаторда БЁБлари рентгенографияси, МСКТ, эндоскопия, аудиометрия, тимпанометрия ва бошқа қўшимча текширувлар амалга оширилди.

**Текширув натижалари.** Хайрия акциясида 5 та меҳрибонлик уйи (№21, №22, №23, №24, №30) ва “SOS” болалар қишлоғи меҳрибонлик уйларининг 575 нафар тарбияланувчилари диагностик тиббий кўриқдан ўтказилди. Кўриқда 3 ёшдан 15 ёшгача булган ўғил қизлар қатнашишди. Шулардан 330 нафари (58%) ўғил болалар, 243 нафар (43.3%) қиз болалар. Кўриқ пайтида 348 нафари 45.4% болалар соғломлиги аниқланган булса, БЁБнинг касалликлари 158 (27.4%) нафар болаларда аниқланди. Шулардан 82 (53.5%) нафарида юқори жағ ва ғалвирсимон бўшлиқни яллиғланиши, 19 (12.4%) тасида юқори жағ ғалвирсимон, пешона бўшлиғининг яллиғланиши, 3 (2.1%) нафарида ғалвирсимон ва асосий бўшлиқни яллиғлаллиғланиши, гайморозтмоидосфеноид 4 тасида (2.6%), 2 тасида (1.3%) сфеноидит, 7 (11%) нафарида кистоз гайморит ташхиси қўйилди, 25 нафарида бир томонлама ҳамма бўшлиқларнинг яллиғланиши (гемисинусит), 18 тасида ҳамма



БЕБларнинг яллиғланиши (пансинусит) аниқланди. Қолган 196 нафар болалар бошқа ЛОР аъзолари касалликлари (сурункали тонзилит, бурун тўсиғи қийшиқлиги, аденоидлар вегетацияси, фарингитлар ва бошқалар) билан ташхисланди. Кистоз гайморит ташхиси қўйилганларнинг аксариятида доимий ёки даврий бош оғриғи безовта қилган ва неврологдан мунтазам даволанган.

**Хулоса.** Текширувлардан маълум бўлдики БЕБлари касалликлари бошқа ЛОР аъзолари касалликларига нисбатан учраш миқдори юқори ва кистоз гайморит ташхиси 11% беморларда аниқланди, шунинг учун меҳрибонлик уйларида ЛОР шифокори кўригини ва диагностик текширувларни йилда 2 маротаба ўтказиш мақсадга мувофиқ. Бу эса асосий касалликни эрта ташхислашга ва даволашга ёрдам беради.

Исмоилова М.У., Нурмухамедов Х.К.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Основные требования, предъявляемые к анестезиологическому пособию в пластической хирургии – безопасность, управляемость и комфортность. При этом необходимо отметить, что поиск оптимальных методик общей анестезии, отвечающих этим требованиям, продолжается и в настоящее время. Сложность и многообразие технических особенностей оперативного вмешательства в пластической хирургии создают определенные условия для осуществления анестезиологического пособия. Среди существующих методов анестезии избирательно выделяются сочетание пропофола и промедола, когда их комбинации отвечают требованиям достаточного обезболивания и седатации.

**Целью работы** явилась оценка эффективности анестезиологической защиты детского организма, при общей анестезии с применением пропофола, промедола и фентанила с оксibuтиратом натрия в пластической хирургии.

**Материал и методы.** Исследование проводилось у 40 детей в возрасте от 6 месяцев до 14 лет оперированных по поводу палатопластики и хейлопластики. Состояние детей соответствовало ASA I-II класса. Для проведения сравнительной оценки адекватности общего обезболивания все больные были разделены на две группы: I группа (21) – контрольная (гомк+фентанил), II группа (19) – исследуемая (промедол+пропофол).

На всех этапах оперативного вмешательства и анестезии осуществлялся мониторинг с оценкой показателей ЧСС, сатурации кислорода, АД. Для объективной оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы применялся метод ЭхоКГ с анализом конечно-систолического,

конечно-диастолического размеров левого желудочка, R-R интервала и времени изгнания.

**Результаты и обсуждение:** За 30 мин до операции всем больным была проведена премедикация (атропин, димедрол, сибазон, кетамин) в/м. Статистические достоверные изменения ЧСС и СДД отмечались только на этапе премедикации. Для обеспечения анестезиологической защиты контрольной группы использована методика комбинированной общей анестезии с применением оксибутирата натрия в сочетании с фентанилом, а для исследуемой группы применялся пропофол в сочетании с промедолом. Поддержание анестезии осуществлялась в первой группе – 1/2 часть от основной дозы, во второй группе – инфузией раствором пропофола на линеомате в дозе 100-150 мкг/кг/мин и 1/2 часть промедола от основной дозы. На всех этапах отмечалась тенденция к уменьшению ЧСС, СИ, УИ, ФИ и УПС в пределах среднефизиологических параметров, не требующих дополнительного применения стимулирующих препаратов. Именно сочетание пропофола и промедола явилось достаточным средством для обезболивания в наиболее травматичные периоды операций, с достаточным нивелированием гемодинамических параметров. Длительность периода пробуждения составила в среднем 3-5 мин., протекающая без побочных реакций и осложнений.

**Выводы:** Таким образом, полученные результаты исследований основных показателей гемодинамики при проведении комбинированной анестезии с применением пропофола в сочетании с промедолом, свидетельствует об эффективности анестезиологической защиты детского организма при пластических операциях у детей.

Каримов К.Р., Хайдаров А.А., Каримов Р.К.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Бухарский филиал РНЦЭМП, г.Бухара

Инородное тело дыхательных путей является патологией детского возраста. Бурное развитие заболевания, сложности дифференциальной диагностики, частое присоединение угрожающих жизни ребенка осложнений, связанных с аспирацией инородных тел, все это привлекает к данной проблеме внимание отоларингологов, эндоскопистов, детских хирургов, рентгенологов и анестезиологов.

**Цель.** Анализ результатов диагностики и лечения инородных тел дыхательных путей у детей.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов диагностики и лечения за период 2017-2019 гг. 57 детей аспирировавших инородные тела.

Больные распределились следующим образом: 0-12 мес. – 9 (15,7%), 1-3 года – 31 (54,3%), 4-7 лет – 10 (17,4%), 8-14 лет – 7 (12,2%).

**Результаты и обсуждение.** При диагностике заболевание основывались на анамнез заболевания, клиническую картину инородных тел дыхательных путей и рентгенографию грудной клетки. Рентгенологически только в 14 (14,5%) случаях мы обнаружили рентгеноконтрастное инородное тело. Дети с диагнозом инородное тело дыхательных путей поступили в 42 (73%) случаях, 3 (5,2%) обратились с подозрением на инородное тело дыхательных путей, 12 (21%) переведены из других отделений после длительного безуспешного лечения пневмонии.

В правом легком инородные тела обнаружены в 36 (63%) случаях. Главный бронх - 12 (33%), верхнедолевой – 2 (5,5%), среднедолевой – 13 (36%) и нижнедолевой – 9 (25%). В левом у 21 (36,8%). Главный бронх – 4 (19%), верхнедолевой – 3 (14,2%), нижнедолевой – 14 (66,6%).

Инородные тела в большинстве случаев были органического происхождения (косточки, кожура от фисташек и т. д.) 36 (63%), металлические 8 (14%), пластмассовые у 7 (12,2%) и прочие 6 (10,5%). Инородные тела удалены фибробронхоскопом Pentax 16 В. Из всех анализированных не удалённым бронхоскопически было одно инородное тело – металлический цилиндр от шариковой авторучки. Инородное тело удалено оперативным путем.

**Таким образом,** основным диагностическим методом определения инородных тел дыхательных путей является анамнез заболевания, клиническая картина болезни и рентгенография грудной клетки. Основным методом лечения явилась бронхоскопия. Невозможность удаления вклинившегося в бронх инородного тела или глубокого его залегания в дистальных отделах бронхиального дерева явился показанием для оперативного лечения.

Каримов К.Р., Хайдаров А.А., Каримов Р.К.

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ**

Бухарский филиал РНЦЭМП, г.Бухара

За последние годы значительно возросло количество пациентов с инородными телами желудочно-кишечного тракта у детей, которые требует стационарного лечения.

**Цель.** Диагностика и улучшение результатов лечения детей с инородными телами желудочно-кишечного тракта.

**Материалы и методы.** Нами произведен анализ результатов диагностики и лечение 61 детей с инородными телами желудочно-кишечного тракта за 2017-2019 год.

**Результаты и обсуждение.** Больные распределились следующим образом: от 8 мес. до 4 лет 38 (62,2%), от 5 до 14 лет 23 (37,8%). Агрессивные инородные тела, оказывающие выраженное патологическое воздействие на органы пищеварительной системы и нуждающегося немедленного удаления (батарейки, булавки, иголки, магнитные шарики и т.д.) отмечались в 32 (52,4%) случаях. Остальные инородные тела 29 (47%) представленные монетами малого диаметра, металлические и пластиковые предметы не нуждались экстренного хирургического и эндоскопического пособия.

Инородные тела пищевода обнаружена в 18 (29%) случаях, желудка 37 (60,6%) случаях, кишечника 6 (9,8%) случаях. Щелочные батарейки таблеточного типа диагностированы у 6 (9,8%) детей, монеты у 11 (18%), булавки у 7 (11,4%), иголки у 5 (8,1%), рыбные и другие косточки 3 (4,9%), пластиковые и металлические предметы 29 (47%). Инородными телами пищеварительного тракта на 1 сутки обратились 36 (59%), на 2-3 день 19 (31,1%) и на 4-5 день 6 (9,8%) больных.

При поступлении детей в хирургический стационар с подозрением на инородное тело проводилась обзорная рентгенография органов грудной, брюшной полостей с захватом шейного отдела пищевода. У 11 (18%) пациентов проглоченный предмет располагался в области первого физиологического сужения. В клинической картине преобладали симптомы, такие как: беспокойство ребенка, боль, отказ от приема пищи, гиперсаливация, позывы на рвоту.

Инородные тела удалялось в кратчайшие сроки при фиброгастроуденоскопии (ФГДС). При длительности нахождения батарейки в пищеводе от 3 до 6 часов – 6 наблюдений (9,8%), в 4 случаях выявлен химический ожог I ст. В 2 случаях выявлен химический ожог II ст., представленный эрозивным дефектом слизистой. Эпителизация дефекта наблюдалась к 7–10 суткам.

При рентгенологическом отсутствии контрастного инородного тела, но при наличии клинической картины или факта аспирации в 13 (21,3%) случаях проводилось диагностическое ФГДС, которое позволяло определиться с дальнейшей тактикой лечения.

**Таким образом,** своевременная оценка клинико-рентгенологических симптомов инородных тел желудочно-кишечного тракта даст возможность своевременного удаления инородных тел до появления осложнений, что может улучшить результаты лечения больных с данной патологией.

Кетмонов А.Ғ., Исомиддинов З.Д., Абдурахмонов Ф.С.  
**БОЛАЛАРДА КУЙГАНДАН КЕЙИНГИ ЕЛКА ВА ТИРСАК БЎҒИМИ  
КОНТРАКТУРАЛАРИНИ «ИККИ ЎРКАЧЛИ» ЛАХТАК ЁРДАМИДА  
БАРТАРАФ ЭТИШНИНГ АФЗАЛЛИКЛАРИ**  
Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон ш

**Мавзуни долзарблиги.** БЖССТ маълумотиға кўра ҳар йили 100000 аҳолиға 294-384 тағача, яъни 3,8% одамлар куйишдан азиат чекадилар. Республикамизда эса бу кўрсаткич 2,3 % ни ташкил этади. Кўп ҳолларда куйиш жароҳати битгандан сўнг беморларда бош, бўйин, тана, қўл ва оёқларда чандикли деформациялари (тери ва юмшоқ тўқималарни бужмайиб қолиши) ва котрактуралари (ёзилмай қолиш) кузатилади. Жумладан елка ва тирсак бўғимидаги куйишдан кейинги келиб чиқадиган котрактуралари қўлнинг эркин ҳаракатланишини чегаралайди ва беморларни ногиронликка олиб келади.

**Материаллар ва текшириш усуллари.** Ҳозирги кунда АББКТТМ “Юз-жағ ва пластик хирургия” бўлимда куйгандан кейинги учрайдиган асоратларни пластик-қайта тиклаш жарроҳликнинг янги ва замонавий усуллари қўлланилмоқда. 2017 йилдан 2019 йилгача 45 дан ортиқ болаларда куйгандан кейинги бўғимларнинг чандикли букилган котрактурасини бартараф этиш билан ташрих бажарилди. Шулардан биз елка ва тирсак бўғими киррали чандикли букилган котрактураси билан 36 нафар беморларни назорат қилдик.

Шулардан 20 нафари асосий гуруҳ ва 16 нафари назорат гуруҳи қилиб олинди. Беморларда умумклиник текширув усуллари билан бирга елка ва тирсак бўғимлари ренгенографияси, бўғимларнинг ёзилиш бурчаги ўткирлиги текширувлари ўтказилди.

**Муҳокама ва натижалар.** Бизга маълумки елка ва тирсак бўғими киррали чандикли котрактураларини бартараф этишда анъанавий усул бумиш “Z” пластикадан фойдаланилади. Бу усулни камчилиги айрим ҳолларда лахтакларни ўткир учлари қон билан таъминланишини бузилиши ҳисобига некрозга учраб чандикланиб битади.

Биз бу камчиликларни ҳисобга олиб куйгандан кейинги елка ва тирсак бўғимлари киррали чандикли котрактураларини бартараф этишда янги замонавий усул, «икки ўркачли» лахтак ёрдамида котрактураларни бартараф этиш усулини тадбиқ этидик. Ушбу усул билан куйгандан кейинги елка ва тирсак бўғимлари киррали жойлашган чандикли букилган котрактурали 20 нафар бемор болаларда ташрих ўтказилди.

Ташрих техникаси қуйдагича: елка ва тирсак бўғими олдинги ёки орқанги четида жойлашган киррали тортиб турувчи чандиклар соғ тери чегарасидан «икки ўркачли» лахтак хосил қилиб кесилади. Лахтакери ости

ёғқаватибиланбирга мобилизация қилинади. Тортиб турувчи чандиқ лахтакка мос равишда кесилади. Гемостаз. Бўғим бироз редроссация қилинади. Ҳосил бўлган жароҳатга «икки ўрқачли» лахтак ёпилиб, четлари атравматик тугунли чоклар билан тикилади. Барча беморларда операция вақтида ва операциядан кейин 2- 3 кун мобайнида антибиотикотерапия, операциядан кейинги даврда эса физио ва больнеотерапия ўтказилади. Ушбу усул, яъни “икки ўрқачли” лахтак ёрдамида бартараф этилган беморларнинг 1 (5%) нафарида қоникарсиз натижа олинди.

**Хулоса.** Олинган натижаларгалар шуни кўрсатадики, назорат гуруҳидаги 16 нафар бемордан 3 (27%) нафарида лахтакларни ўткир учлари қон билан таъминланишини бузилиб, некрози ва контрактурани қисман қайталаниши кузатилди. Асосий гуруҳдаги 20 нафар бемордан 1 (5%) нафарида қийқим ортиқча қалинлиги сабабли бўғим соҳасидаги деформация туфайли косметик ноқулайлик кузатилди ва 19 (95%) нафар беморда бўғим фаолияти яхшиланиб, меҳнат фаолияти тўла тикланди.

Кодиров М.А., Хусанов Д.Р., Джалилов Д.В., Тошбоев Ш.О.  
**КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИ-АССОЦИИРОВАННОЕ ОСТРОЕ  
ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ  
ГРУДНОГО ВОЗРАСТА**

Андижанский государственный медицинский институт,  
г.Андижан

**Цель.** Определить частоту, стратифицировать тяжесть кардиохирургически-ассоциированного острого повреждения почек (КХА-ОПП) по прогностической системе RACHS в 6 категориях риска у новорожденных и грудных детей с врожденными пороками сердца (ВПС).

**Материал и методы.** В исследование включено 65 детей с ВПС до 1 года, из них 29 (44,62%) новорожденных и 36 (55,38%) от 1 месяца до 1 года, перенесших операцию. Диагноз ОПП установлен по АКIN-критериям (2007) с выделением 3-х стадий по уровню сывороточного креатинина (SCr). Тяжесть КХА-ОПП стратифицирована по прогностической системе RACHS в 6 категориях риска у новорожденных и грудных детей с ВПС.

**Результаты.** Частота КХА-ОПП при ВПС у новорожденных в нашем исследовании составляет 72,1%, у грудных детей – 41,67%. Статистически значимых различий в частоте КХА-ОПП у новорожденных при операциях с использованием и без использования ИК ( $p>0,05$ ) не выявлено. У детей старше месяца и до 1 года выявлены статистически значимые различия в частоте ОПП в зависимости от использования искусственного кровообращения ( $p<0,001$ ). В зависимости от категорий риска по RACHS частота ОПП составила 25% во 2-й категории, 28,57% в 3-й категории, 78,95% в 4-й и 91,67% в 6-й категории. В

3 категории риска КХА-ОПП встречается чаще у новорожденных (45,45%) чем у детей грудного возраста (10%) ( $p=0,049$ ). Статистически значимых различий в развитии ОПП у новорожденных и детей грудного возраста в 4 и 6 категориях риска по RACHS не выявлено ( $p>0,05$ ). Высокая частота развития ОПП в 4-6 категориях установлена как у новорожденных, так и у детей грудного возраста.

**Вывод.** Высокая частота развития КХА-ОПП у новорожденных и детей грудного возраста с ВПС требует мультидисциплинарного подхода к диагностике и лечению в отделениях кардиореанимации. Распределение пациентов по категориям RACHS позволяет прогнозировать риск развития и тяжесть КХА-ОПП у новорожденных и грудных детей.

Kobilov E.E., Tukhtaev M.K.

## NEW APPROACHES TO THE TREATMENT OF ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION IN CHILDREN

Samarkand State University, Samarkand

**Urgency.** One of the actual problems of pediatric abdominal surgery is appendiceal peritonitis, which in most cases is the cause of adhesive disease. The etiology of adhesion depends on exogenous and endogenous factors. An important cause is injury of the peritoneum with damage to the mesothelium and its subsequent healing by the type of secondary tension. When performing endoscopic operations, adhesion postoperative complications are extremely rare in the immediate and in the long term after surgical interventions. In order to reliably prove this statement, we carried out a comparative analysis of the results of traditional and laparoscopic methods of surgical treatment of patients with appendiceal peritonitis.

**Objective.** Evaluation of the results of treatment of appendiceal peritonitis in children operated by laparoscopic and traditional methods.

**Materials and research methods.** We produced 196 (19.6%) laparoscopic and 804 (80.4%) traditional ("open") appendectomy. The age of the patients was from 7 days to 14 years.

To study the results of treatment of appendiceal peritonitis, we have identified two groups. The main group included 100 children who underwent endosurgical operations for various forms of appendiceal peritonitis, compared to 100 children in the comparison group who underwent surgical ("open") operations. The study was prospective, randomized. In the main group there were 54 boys and 46 girls, in the comparison group - 56 boys and 44 girls. The mean age of patients was  $9,18 \pm 3,7$  years in the main group and  $8,24 \pm 3,8$  years in the comparison group, the duration of the disease was  $2,24 \pm 0,98$  and  $2,29 \pm 1,3$  days, respectively, prevalence inflammatory process – respectively  $5.95 \pm 1.66$  and  $6.09 \pm 2.58$  area of the abdominal cavity.

**Results and their discussion.** A large group of serious complications were intra-abdominal complications, which occurred in 6 (6%) patients in the main group and 19 (19%) in the comparison group. The largest group consisted of complications associated with postoperative adhesions. They arose in 1 (1%) of the patient in the main group and in 5 (5%) patients in the comparison group.

Acute early adhesive obstruction appeared only in patients of the comparison group (2 observations - 2%). In these cases, laparoscopic adhesion and the restoration of intestinal permeability were successfully used to eliminate the complication.

Acute late adhesive commissural obstruction appeared in 1 (1%) of the patient's primary and in 3 (3%) children in the comparison group. In one of the patients of the comparison group, the intestinal obstruction developed 7 years after the operative intervention.

The average length of stay in the hospital in the main group was  $9.9 \pm 3.2$  days compared to  $19.8 \pm 3.7$  days in the comparative group.

The total number of postoperative complications in the group of patients operated by the laparoscopic method decreased more than 3-fold. The incidence of such serious complications, as infiltrates and intestinal abscesses of the abdominal cavity decreased by 2 times. Very rarely there was suppuration of the anterior abdominal wall in the places of tracers introduction and there was completely no intestinal event.

**The conclusion.** The combination of a significant trauma of the parietal and visceral peritoneum with the "open" treatment method and its inflammation caused by peritonitis leads to an increase in the frequency of adhesions and the severity of the lesion of the abdominal cavity. In contrast, endosurgical access significantly reduces these negative processes.

Kobilov E.E., Tukhtaev M.K.

## MODERN METHODS OF TREATMENT OF ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION IN CHILDREN

Samarkand State University, Samarkand

**Urgency.** Treatment of acute adhesive intestinal obstruction (KAP) in children is a complex task, as the causes and manifestations of the disease are extremely diverse. It should be noted that the condition of the abdominal cavity in patients with PSC is not always subordinated to any particular stereotype, so therapeutic tactics are selected individually, taking into account the severity of the disease and the state of the abdominal cavity. We consider it fundamentally important that for the development of treatment tactics, such factors as the severity of the disease, the severity of the intestinal paresis, the prevalence of the adhesion process and the frequency of relapses should play an important role. In the last



decade in pediatric surgery, and in recent years and in general surgery, work has appeared in which laparoscopy has been successfully used for the diagnosis and treatment of KASC. However, these studies are few in number, and they assess the possibilities of the laparoscopic method in different ways. Most surgeons believe that the use of laparoscopy in these cases is not only impractical, but also dangerous because of the possibility of iatrogenic damage to the intestine in conditions of paresis and adhesions in the abdominal cavity.

**Materials and research methods.** To evaluate the effectiveness of the endoscopic method of diagnosis and treatment of NSCH, we compared the results of treatment in two groups of patients: the main (endosurgical) and the comparison group ("open" – traditional). The main group included 100 patients who underwent endosurgical interventions. The control (comparative) group was also made by 100 patients who underwent "open" (traditional) surgical operations. Selection of 100 patients in both groups was performed blindly.

**Results and their discussion.** When assessing the effectiveness of laparoscopy, we compared the nearest postoperative period in these groups of patients.

For the characterization of the immediate postoperative period, the following criteria were used: the patient's general well-being and physical condition, the time of appearance of active peristalsis, determined by auscultation, the volume of stagnant contents in the stomach and the dynamics of its decrease, the time of appearance of the stool and the number of days spent by the patient in the hospital after operative treatment.

Laparoscopic adhesion in comparison with the traditional surgical intervention was characterized by minimal intraoperative blood loss, a short duration of operations:  $41.6 \pm 13.4$  min versus  $85.8 \pm 11.7$  min with the traditional method of treatment. A careful analysis of our clinical observations has convincingly proved that the low traumatism of laparoscopic operations in comparison with traditional surgical interventions has a positive effect on the overall health and well-being of children. Minimal injury of the anterior abdominal wall and abdominal organs contributes to a more smooth course of the postoperative period. The pain syndrome in all patients was not expressed and was easily stopped by a single or double injection of analgesics. After laparoscopic operations, the pain syndrome persisted to the end of the first day in 92 patients (92%), on the second day - in 51 patients (51%), on the third - in 13 children (13%) and almost completely stopped on the fourth day.

In patients operated in the traditional way (control group), the pain syndrome persisted for a longer period: in all children it was observed in the first two days, on the third day in 82 children (82%), on days 4-5 in 66 children (66%), and in some patients the pain syndrome persisted even on the 5th-7th day.

Reduction of the pain syndrome contributed to the rapid recovery of physical activity of patients - patients started walking 1-4 days after laparoscopic surgery (on average – after 2.1 days). The motor activity of patients in the control group was significantly reduced. On the second day, only 6 patients (6%) started to walk, and 59 patients (59%), the third - 18 children (18%), the remaining patients on the 5th-7th day after surgery.

The most distinct advantage of the laparoscopic technique was the rapid restoration of normal peristalsis of the intestines, a much less pronounced postoperative paresis. It should be noted that in none of our cases there has been an intubation of the small intestine.

When comparing the results obtained, it was found that in the main group, the stagnant contents of the stomach in a volume of  $24.3 \pm 1.6$  ml were revealed in the first hours after the operation in 14 patients (14%). With subsequent probing, stagnant contents were not detected, which allowed the initiation of early enteral feeding. In the control group, stagnant contents in the stomach in the first day were found in 100% of patients, in the second group - in 66 patients (66%), on the third - in 13 children (13%). The disappearance of stagnant contents in the stomach correlated with the timing of intestinal peristalsis. According to our data, the recovery of peristalsis in the main group occurred 2-3 days earlier than in the control group.

Appearance of stool in the main group was noted at a time  $2.2 \pm 0.6$  days after the operation, in the control group -  $4.1 \pm 0.5$  days.

In connection with a more smooth course of the postoperative period, the duration of the stay of patients in the intensive care unit ( $1.7 \pm 0.8$  days) in the main group decreased, while in the control group the time spent in the intensive care unit was  $2.9 \pm 0,9$  days.

Significantly reduced the time of hospitalization after surgery in the main group ( $6.9 \pm 1.4$  days) compared with the control ( $16.2 \pm 1.9$  days).

Using the possibilities of laparoscopic surgery allowed to minimize the possibility of occurrence of postoperative complications, greatly facilitating the course of the postoperative period.

As can be seen from the table, the total number of early postoperative intra-abdominal complications in the control group was more than 7 times higher than in the main group (22% and 3%, respectively). It is necessary to pay special attention to a high percentage of such severe complications as relaparotomy and intestinal event. Relaparotomy was performed with the relapse of the early acute adhesive intestinal obstruction (4 observations) and in connection with the development of purulent peritonitis due to insufficiency of gastrostomy, which was imposed for intubation of the small intestine (one observation).

It should also be pointed out that a high level of inflammatory complications from the postoperative wound and abdominal cavity (13%).

In the main group, the overall level of postoperative complications was only 3%. In one patient in the immediate postoperative period after laparoscopic separation of adhesions, progression of obstruction was noted, which was associated with an incorrect determination during the intervention of the site of obstruction. Laparotomy was performed, separation of adhesions, the child recovered. Suppuration of the puncture site of the anterior abdominal wall in the umbilical region was noted in one patient. Ligature fistula also appeared in one observation.

**Conclusion.** The use of laparoscopic technologies in the complex treatment of patients with acute obstructive pulmonary disease has made it possible to reduce the costs of intensive care in the intensive care and surgical departments and has given a certain economic effect in comparison with the traditional method of treatment, primarily by improving the quality of surgical intervention and reducing the volume of intensive therapy, terms of postoperative treatment due to the low traumatic nature of the operation. Comparative analysis of laparoscopic and traditional methods of treatment showed that endoscopic adhesion has significant advantages over traditional laparotomy.

Мавлянов Ф.Ш., Хайитов У.Х.

### **КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ВРОЖДЕННЫХ ОБСТРУКТИВНЫХ УРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА И ВЫРАЖЕННОСТИ ОБСТРУКЦИИ**

Самаркандский государственный медицинский институт, г.Самарканд

**Цель.** Определить критерии характеризующие степень обструкции в зависимости от вида обструктивных уропатий у детей.

**Материал и методы.** Объектом исследования были 484 ребенка с врожденными обструктивными уропатиями в возрасте от 2 мес до 17 лет. У 301 больного диагнозом явился врожденный гидронефроз и у 183 – врожденный мегауретер.

**Результаты.** У детей с I степени обструкции уродинамика верхних мочевыводящих путей и функциональное состояние почки не страдает. Это выражается в отсутствии достоверных различий данных УЗИ и рентгенопланиметрии по сравнению с нормативными показателями.

При II степени обструкции гипоплазия мышечного слоя мочеточника приводит к нарушению уродинамики, выражающейся в снижении скорости и частоты мочеточничко-пузырного выброса мочи по данным импульсно-волновой доплерографии (ИВДГ) ( $p \leq 0,01$ ).

При врожденном мегауретере расширение мочеточника за счет сегментарной и фрагментарной гипоплазии мышечной оболочки с дезориентацией и хаотичной ориентацией мышечных пучков МПС приводит к достоверному увеличению значений объема и радиуса мочеточника по

данным рентгенопланиметрии  $p \leq 0,01$  и  $p \leq 0,001$  соответственно по сравнению с нормой. Повышение гидростатического давления в полостной системе органа оказывает давление на паренхиму почки. В результате этого на УЗИ размеры ТПП по сравнению с нормативными данными уменьшаются незначительно, но достоверно  $p \leq 0,05$ . Функциональное состояние почечной паренхимы у данной категории больных значительно не страдает, и почка справляется со своими обязанностями на фоне невыраженной обструкции, это подтверждается отсутствием доверительных отличий доплерографических (IR) и рентгенопланиметрических (РКИ, ПИ) показателей с нормативными данными. Этот факт объясняется результатами морфологических исследований почечной паренхимы. Отсутствие склероза и атрофии в гипоплазированных нефронах на фоне гломерул нормального строения способствует развитию изменений, которые носят приспособительный характер, т.е. направлены на стабилизацию функции поврежденной почки.

У детей с III степени обструкции обнаруженные морфологические признаки хронического воспаления в стенке мочеточника на уровне лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) и мочеточниково-пузырного сегмента (МПС), на фоне прогрессирующего склероза и атрофии приводят к дискинетическим явлениям в мочеточнике и прогрессированию гидронефротической трансформации. Средняя скорость и частота выброса мочи из мочеточника в мочевой пузырь по данным ИВДГ существенно снижаются. При рефлюксирующем мегауретере (РМУ) выраженное воспаление и склероз стромы всех слоев стенки с истончением и разобщением мышечных пучков приводят к атонии мочеточника и еще более усугубляют нарушенную уродинамику. Мочеточник практически не сокращается и деривация мочи в мочевой пузырь происходит по типу «самотека», поэтому время одного выброса мочи при РМУ III степени не уменьшается, а увеличивается по сравнению с нормой и II степенью,  $p \leq 0,001$  и  $p \leq 0,01$  соответственно. На экскреторных урограммах (ЭУ) ренкортикальный индекс и объем обструктивно измененного мочеточника достоверно увеличиваются по сравнению с нормативными данными и показателями детей со II степенью обструкции.

Гипопластическая дисплазия в паренхиме почек, сочетающаяся с воспалительной инфильтрацией распространенного характера с развитием рубцевания паренхимы у детей с ОУ при III степени обструкции, выразилась в существенном уменьшении толщины почечной паренхимы на УЗИ, паренхиматозного индекса на ЭУ ( $p \leq 0,01$ ) и увеличением IR по данным доплерометрии.

**Таким образом,** внимательное изучение клинических проявлений врожденной обструкции верхнего мочевыводящего тракта позволило выявить

характерные отличительные признаки обструктивных уропатий у детей в зависимости от возраста, степени и вида обструкции.

Мавлянов Ф.Ш., Мавлянов Ш.Х., Широ́в Т.Ф., Широ́в Б.Ф.  
**АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДОПЛЕРОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ  
ВРОЖДЕННОЙ ОБСТРУКЦИИ ВЕРХНЕГО МОЧЕВЫВОДЯЩЕГО  
ТРАКТА**

Самаркандский государственный медицинский институт, г.Самарканд

**Актуальность.** По данным литературы, достаточно информативной методикой является оценка мочеточнико-пузырного выброса путем импульсно-волновой доплерографии. Данные импульсно-волновой доплерографии являются диагностическим критерием позволяющим определить степень уродинамических нарушений при врожденной обструкции мочевыводящего тракта у детей, что немало важно при выборе хирургической тактики. По современным представлениям, наблюдение за гемодинамическими нарушениями почки при врожденных ОУ играют, большую роль в исходе заболевания и прогнозировании восстановления функции почечной паренхимы.

**Цель.** Изучить степень нарушения уродинамики и функционального состояния почки при обструктивных уропатиях у детей с помощью доплерографии.

**Материал и методы.** Допплерографические методы исследования были проведены у 157 детей с врожденными обструктивными уропатиями. В В-режиме, определялся мочеточниково-пузырный выброс мочи при помощи импульсно-волновой доплерографии по общепринятой методике (Дыбунов А.Г., Дворяковский И.В. 2000). Цветное доплеровское картирование на уровнях магистрального ствола и сегментарных сосудов почки производилось при помощи ультразвукового аппарата Sono Scape SSI-5000 с доплеровской приставкой с использованием конвексных датчиков 3,5-5 МГц.

**Результаты.** У детей с I степени обструкции уродинамика ВМП и функциональное состояние почки не страдает. Это выражается в отсутствии достоверных различий данных по сравнению с нормативными показателями.

При II степени обструкции гипоплазия мышечного слоя мочеточника приводит к нарушению уродинамики, выражающейся в снижении скорости и частоты МПВ по данным импульсно-волновой доплерографии ( $p \leq 0,01$ ). Расширение мочеточника за счет сегментарной и фрагментарной гипоплазии мышечной оболочки с дезориентацией и хаотичной ориентацией мышечных пучков МПС приводит повышению гидростатического давления в полостной системе органа и оказывает давление на паренхиму почки. Функциональное состояние почечной паренхимы у данной категории больных значительно не

страдает, и почка справляется со своими обязанностями на фоне невыраженной обструкции, это подтверждается отсутствием достоверных отличий доплерографических (IR) показателей с нормативными данными.

У детей с врожденными ОУ III степени обструкции обнаруженные морфологические признаки хронического воспаления в стенке мочеточника на уровне лоханочно-мочеточникового сегмента и мочеточнико-пузырного сегмента, на фоне прогрессирующего склероза и атрофии приводят к дискинетическим явлениям в мочеточнике и прогрессированию гидронефротической трансформации. Средняя скорость и частота выброса мочи из мочеточника в мочевой пузырь по данным доплерографии существенно снижаются. Гипопластическая дисплазия в паренхиме почек, сочетающаяся с воспалительной инфильтрацией распространенного характера с развитием рубцевания паренхимы у детей с ОУ при III степени обструкции, выразилась в существенном увеличении IR по данным доплерометрии.

**Выводы.** При II и III степени обструкции все показатели мочеточниково-пузырного выброса были достоверно меньше показателей доплерограмм контрольной группы и больных с I степенью ( $p < 0,001$ ). Уменьшение всех показателей мочеточниково-пузырного выброса зависит от степени обструкции, наличия в стенке мочеточника склеротических и атрофических изменений. При сравнительном анализе показателей ЦДК у детей, выявлено достоверное увеличение RI и PI в магистральной почечной артерии ( $p < 0,001$ ). Данные доплерографии мочеточниково-пузырного выброса и почечных артерий являются диагностическим критерием позволяющим определить степень уродинамических нарушений при обструктивных уропатиях у детей, что немало важно при выборе хирургической тактики и прогнозировании результатов оперативного лечения.

Максудова Л.М., Хамидова Г.Х.

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ТЕЧЕНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ГЛАЗ**

Ташкентский институт усовершенствования врачей, г.Ташкент

**Актуальность.** На последнем 34-м Всемирном конгрессе офтальмологов (World Ophthalmology Congress 2014) в Токио, проведенном в рамках International Council of Ophthalmology (ICO) и International Federation of Ophthalmological Societies (IFOS) в резолюции, среди множества направлений, выделена цель - сосредоточить усилия исследователей непосредственно на изучении механизмов развития химических ожогов глаз, как тяжелейшего вида повреждений органа зрения и решить ряд вопросов по прогрессивным методам оценки прогноза и коррекции выявленных патологических нарушений и их последствий.

Как известно, химические ожоги глаз характеризуются поражениями всех отделов глаза, особенно его переднего отрезка. Динамика послеожоговых проявлений в значительной степени определяется скоростью процессов регенерации различных отделов переднего отрезка глаз. В процессе ожоговой болезни орган зрения претерпевает ряд изменений, которые определяются нарастанием степени дистрофии обуславливающей деструкцию и некроз клеток различных отделов глаза.

Однако, известно, что процессы репарации и регенерации тканей в значительной степени определяются рядом фено- и генотипических особенностей организма. Среди фенотипических признаков наибольшее значение имеет фенотип ацетилирования (ФА) ксенобиотиков, в основе которого лежит скорость ацетилирования и выведения из организма продуктов жизнедеятельности организма, в том числе и белков и их молекул.

**Цель.** Изучить характер дегенеративных изменений и течения выраженности поражения тканей переднего отрезка глаз при химическом ожоге.

**Материалы и методы.** Объектом клинических исследований явились 150 (220 глаз) больных с ожогами глаз, находившиеся на обследовании и лечении в Республиканской клинической офтальмологической больнице МЗ Республики Узбекистан и, в последующем, на диспансерном наблюдении. Основные исследования проводили на 2, 5, 7 и 12 сутки, и диспансеризации на 30 сутки и через 4 мес. после обращения в клинику. Также, мы проанализировали офтальмологический статус 47 пациентов через 1-2 года после перенесенной ожоговой травмы, с целью выявления поздних послеожоговых осложнений и их интерпретации с учетом ФА пациентов. У больных при поступлении выяснялись причина ожога, степень его тяжести, сроки поступления, проводились общепринятые функциональные методы исследования (определялась острота зрения, внутриглазное давление, проводились прямая и обратная офтальмоскопия и биомикроскопия с фоторегистрацией глазного дна). Всем больным на месте происшествия была оказана первая помощь - промывание пораженного глаза водой и другими дезинфицирующими растворами. В стационаре всем больным при поступлении проводилось повторное обильное промывание конъюнктивальной полости глаз физиологическим раствором, 1:5000 раствором фурацилина, промывались слезные пути. В дальнейшем проводилось общее и местное лечение. Местно в конъюнктивальную полость с целью профилактики гнойной инфекции назначались антибактериальные капли, мази, препараты репаративного действия, витаминные препараты. Общее лечение включало в себя антибактериальные средства с целью предупреждения или подавления гнойной инфекции, дезинтоксикационную терапию, средства, улучшающие обменные процессы и трофику пораженных

тканей, и стимулирующие процессы регенерации, витаминные комплексы и биостимуляторы.

**Результаты и обсуждение.** Среди обследованных 150 (220 глаз) пациентов лиц мужского пола было 131 (87,3%) человек, женщин – 19 (12,7%). Возрастной состав обследованных лиц был представлен от 18 до 77 лет, средний возраст пациентов составил 40,46 лет±4,06 лет. Анализ характера ожоговой травмы показал, что из 150 пациентов бытовой фактор составил – 99 пациентов (66,0%), производственный – 51 случай (34,0%).

При анализе факторов, обусловивших ожоги глаз у пациентов установлено, что в подавляющем большинстве случаев ожоговая травма была вызвана различными химическими веществами (моно или поликомпонентными средствами: щелочи, кислоты, комбинированные моющие средства и т.п.) – 116 случаев (77,3%), в 34 случаях (22,7%) отмечались различные варианты термического ожога глаз (горячими жидкостями, паром, электрическим разрядом и др.). При осмотре, объективно, у больных с легкой степенью тяжести ожога наблюдались: умеренный отек век, умеренная инъекция сосудов глазного яблока, легкий отек и эрозия роговицы.

У больных с ожогом средней степени – отек век, на коже век – пузыри, отек конъюнктивы, а также участки ишемии и некроза в ее поверхностных слоях, роговица тусклая, матовая, имеются эрозии. Чувствительность роговицы резко снижена.

У больных с третьей и четвертой степенью ожога все признаки резко выражены, кроме того, добавлялись выраженный некроз кожи век и некроз конъюнктивы. Роговица была в виде матового или фарфорового стекла.

Более позднее поступление сказывалось на тяжести процесса. По наличию осложнений больные разделены на следующие группы больных: симблефарон – 5 глаз и гипопион – 1 глаз.

**Таким образом,** течения и характер химических ожогов показывает преобладание ожогов средней степени. Большое число осложнений проявилось в виде симблефарона.

Мирзакаримов Б.Х., Джумабаев Ж.У., Гафуров А.А., Юлдашев М.А.,  
Исроилов К.Х.

## **ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ.**

Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан

**Введение.** Хирургическая инфекция у детей, ее профилактика и лечение является одной из важных проблем. Это связано с анатомо-физиологическими особенностями детского организма, со склонностью генерализовать любую



инфекцию с широким распространением полирезистентных возбудителей, учащением тяжелых форм гнойно-септического процесса, снижением эффективности антибиотикотерапии и высокой летальностью.

Известно, что в лимфатическом узле может задерживаться до 99% микробов, в связи с этим необходимо исключать циркуляцию токсинов в лимфатическом русле.

**Цель.** Улучшить результат лечения ОДП.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находилось 83 ребенка с различными бронхо-легочными заболеваниями без плевральных осложнений, и 10 детей с плевральными осложнениями в виде пиоторакса. Все они находились в отделении реанимации и интенсивной терапии в тяжелом состоянии. По полу распределились: мальчиков 53, девочек 30. Из них детей до одного года было 27. Всем детям в комплексе лечения применяли антибиотики: гентамицин, линкомицин, ампициллин, оксациллин и цефалоспорины с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Антибиотики вводили исключительно через претрахеальную клетчатку. Интервал введения в первые 3 дня - 2 раза в сутки, в последующем 1 раз в день, в разовой возрастной дозировке. Антибиотик вводили разведенный, в теплом 0,25% растворе новокаина. Детям с деструкцией легких с плевральными осложнениями было проведено дренирование плевральной полости по Бюлау, с промыванием теплым раствором фурацилина. Эффект лечения проявился на вторые сутки, улучшилось общее самочувствие больных, уменьшился кашель и отдышка, снизилась температура тела и интоксикация, а также улучшились клиничко-лабораторные и рентгенологические показатели. Из 93 больных умерли двое, поступивших в крайне тяжелом состоянии в первые часы пребывания, остальные были выписаны в удовлетворительном состоянии.

**Таким образом,** антибиотикотерапия через претрахеальную клетчатку является высокоэффективным в комплексе лечения острых бронхиальных заболеваний у детей раннего возраста. Сократилось количество инъекций, а также койко-дней.

Нарбаев Т.Т., Алиев М.М., Тураева Ж.Т.

**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВЫБОРА МЕТОДОВ  
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНОРЕКТАЛЬНЫХ  
МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность** Гистоморфологическую структуру порочно развитого конечного отдела толстой кишки изучали многие авторы, однако данные этих исследований разноречивы. В частности, по-разному трактуют морфологическую картину при соустьях атрезированной кишки с соседними

органами, имеются разногласия о распространенности морфологических изменений в атрезированной кишке. Послеоперационная функция кишки зависит не только от типа порока, но и от гистологии слепого мешочка. Эти вопросы имеют практическое значение, ибо только с учетом гистоморфологической картины можно строить рациональную схему хирургической коррекции, оценивать результаты и определять прогноз.

**Цель:** Улучшение результатов лечения аноректальных мальформаций путём изучения гистоморфологических критериев и дифференцированного подхода к хирургической коррекции.

**Материал и методы:** В основу работы положен анализ результатов морфологических исследований строения стенки атрезированной прямой кишки, области фистулы, соустья с соседними органами и кожи промежности 37 оперированных детей с 2000 по 2019 годы, с различными вариантами аноректальной мальформаций.

**Результаты и обсуждение.** Морфологическая картина стенки слепого отрезка прямой кишки у 11 детей оперированных по поводу аноректальной мальформации, с атрезией анального отверстия и прямой кишки в целом идентична по строению стенке толстой кишки, однако мышечные слои не разделены на циркулярный и продольный, а представляют собой хаотически расположенные мышечные волокна. Указанные изменения наиболее отчетливы в самом конце слепого кармана. В то же время их выраженность пропорциональна степени атрезии, то есть величине отсутствующего сегмента кишки: при атрезии только анального канала резкие изменения наблюдаются на протяжении 3–3.5 см.

У 2 пациентов с атрезией заднего прохода и ректоуретральном свище стенка последнего местами выстлана слабо дифференцированным неороговевающим многослойным плоским эпителием, пронизанным множеством сосудов с коллагенизированной утолщенной стенкой. В участках, ближе расположенных к уретре, эпителий более зрелый, поверхностный слой его представлен уплотненными клетками. Под эпителием стенка свищевого хода состоит из рыхлой соединительной ткани с отдельными мышечными волокнами, идущими в разных направлениях. Интрамуральные нервные узлы отсутствуют. Снаружи канал покрыт тонкой адвентициальной оболочкой. Слизистая оболочка прямой кишки непосредственно переходит в плоский эпителий ректоуретрального свища.

У 14 девочек при атрезии со свищем в половые органы стенка соустья выстлана многослойным плоским эпителием, а прилежащие к нему участки представлены волокнисто-соединительной тканью, которая в стенке канала пронизана множеством сосудов и лимфатических ходов. Местами видны отдельные мышечные волокна. Эпителиальная выстилка на некоторых участках резко утолщена за счет пролиферации эпителия и образования

выступов, вдающихся в подлежащую ткань. В толще эпителия имеются сосуды. На стыке стенки кишки с соустьем виден резкий переход железистого эпителия кишки в многослойный плоский эпителий.

У 10 пациентов при гистоморфологическом исследовании кожи анальной области эпидермис подвержен значительному истончению или, наоборот, имеются признаки акантоза. В местах истончения сосочки сглажены и эпителий представлен 2-3 слоями клеток и очень тонким роговым слоем. Изменения обычно расположены на строго определенном участке, причем независимо от высоты атрезии.

Менее выраженные изменения со стороны стенки толстой кишки наблюдались в вышележащих отделах. При изучении подслизистой оболочки и слоя соединительной ткани расположенной между продольным и круговым мышечным слоями удалённого препарата кишки, определялось выраженное полнокровие, характеризующиеся венозным и артериальным стазом. Особенно у детей с вторичным мегаколоном в дистальных отделах толстой кишки наряду с венозным и артериальным стазом, наблюдались явления тромбоза артериол, прекапилляров и венул, а также наличие организованных тромбов с признаками тромбозиса и реканализации сосудов.

Морфологически стенка слепого отрезка прямой кишки более чем на 3 см. от атрезии прямо пропорционально нормализовалась и становилась в целом идентичной по строению стенке толстой кишки.

**Заключение:** Таким образом, только с учетом гистоморфологической картины можно строить рациональную схему хирургической коррекции аноректальных мальформаций, оценивать результаты лечения, определять прогноз ведения и выбора тактики, методов и объема операции. Морфологические критерии дали основание полагать, что необходима более глубокая мобилизация атрезированной кишки и низведение не менее 3-4 см «конуса» прямой кишки с сохранной мышечной стенкой, позволившим создать адекватно функционирующий запирающий аппарат прямой кишки и восстановить нормальный вид промежности, что способствовало уменьшению частоты госпитализации, повторных операций и улучшению социальной адаптации и качества жизни детей.

Нарзикулов У.К., Чўлиев М.С., Рузикулов У.Ш., Назиркулов Ф.М.  
**ЧАҚАЛОҚЛАРДА ЭПИФИЗАР ОСТЕОМИЕЛИТНИ ДАВОЛАШДА  
КЛИНИКА ШИНАСИНИ ҚЎЛЛАШ**

Тошкент педиатрия тиббиет институти, Тошкент ш.

**Мавзу долзарблиги.** Ҳозирги вақтгача чақалоқларда сон суягини проксимал қисми остеомиелитлари ва уларни асоратлари жарроҳлар ва ортопедлар олдида турган долзарб муаммолардан бири бўлиб келмоқда. Бу

касалликдан сўнг келиб чиқадиган сон суягини патологик чиқишини даволаш мураккаб бўлиб кўп ҳолларда беморларни ногиронликка олиб келади. Бу ҳолат муаллифларни маълумотларида келтирилишича 20-30% ни ташкил этмоқда.

**Мақсад.** Чақалоқларда сон суяги проксимал қисми эпифизар остеомиелитида даволаш натижаларини яхшилаш ва патологик чиқишларни олдини олиш.

**Материал ва услублар.** ТошПТИ клиникасида 2014-2020 йилларда эпифизар остеомиелит билан даволаниб чиққан 168 та чақалоқ даволаш натижалари таҳлиliga асосланган. Булардан 7 кунликдан – 10 кунликкача 116 чақалоқ, 22 таси 12-14 кунлик ва 6 та бемор 30 кунлик чақалоқлар бўлиб, сон суягини эпифизар остеомиелити билан даволанган. Кузатувимизда бўлган беморларнинг 68,6% ини ўғил болалар, 31,4% ини эса қиз болалар ташкил этди.

Клиникамизга мурожаат этган беморларга мутахассислар томонидан тўлиқ текширишлар ўтказилиб тегишили биринчи босқич муолажалари буюрилди.

Эпифизар остеомиелит асоратларидан бири бўлган сон суягини патологик чиқишини олдини олиш мақсадида, бемордаги йирингли яллиғланишлар бартараф этилгач, ортопедлар билан биргаликда оёқни кериб турувчи шина қўлланилиб даволаш давом эттирилди. Шина беморни оёқ керилишини, оғриқ келтириб чиқармаслигини ҳисобга олган ҳолда, ҳар беморга индивидуал ёндошилиб, сонни яқинлаштирувчи мушаклари таранглигини ҳисобга олган ҳолда тақилди. Шина босқичма-босқич узайтирилиб, оёқ керилиб борилди ва 1 ой давомида тўлиқ 90<sup>0</sup> га очилиб, назорат рентген текшируви ўтказилиб, амбулатория шароитида қўшимча физиотерапия: массаж, ЛФК, электрофорез кальций хлор билан, парафин муолажалари буюрилди.

Иккинчи босқич муолажалари, биринчи босқич муолажаларидан бир ой ўтгач ўтказилди ва бунда сўрилтирувчи муолажалар ҳам қўшилади, чунки яллиғланиш жараёни бор жойда бўғим атрофи тўқималарида чандикли жараён юзага келади ва бу ҳолат бўғим функциясини тўлиқ амалга оширилишига монелик қилади. Учинчи босқич муолажалари касалликдан 3 ой ўтиб буюрилади, бунда физиотерапия муолажалари билан бирга электрофорез гумизол билан, алоэ ва кальций препаратлари буюрилади. Муолажаларни олиб бўлгач контроль рентген тасвирига туширилиб Виленский шинасига ўтказилади ва амбулатор кузатувда 6 ой мобайнида бемор назорат қилинади. Шунинг назарда тутиш керакки, беморни сон суягини бошчаси тўлиқ тикланмагунча оёқни босиб юришга рухсат этилмайди.

Касалликнинг асорати бўлган болалар 1 ойдан 3 ёшгача назоратимизда бўлишди. Сон суягининг проксимал қисми (ЭО) бўлган барча беморларимизга турли муддатларга клиника шинаси тақилди. Боладаги ҳолатга ва

рентгенологик ўзгаришларга кўра 112 болага уч ой давомида клиника шинаси тақилган бўлиб, ҳар ойда бир маротаба қайта рентген назорат текширувидан ўтказилиб 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. Кузатувимиздаги сон суягини проксимал қисми эпифизар остеомиелити билан касалланган беморларимизда мунтазам даволаш муолажалари олиб борилишига қарамасдан 2 беморда патологик чиқиш кузатилди. Бу беморларга 6 ёшгача тегишли муолажалар олиб борилиб, сўнгра операция муолажаси ўтказилди.

**Хулоса.** Бундай беморларга эрта аниқланиб ташхис қўйилса, даво муолажалари билан бирга оёқни кериб турувчи клиника шинасини қўллаганда бу касалликни асоратларини олдини олиш ва ногиронликдан сақлаб қолиш имконияти янада ошади.

Нарзуллаева Д.У., Хамраева Л.С.

## **ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ РАСЧЕТ ОПТИЧЕСКОЙ СИЛЫ ИНТРАОКУЛЯРНОЙ ЛИНЗЫ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ КАТАРАКТОЙ ПРИ РИСКЕ РАЗВИТИЯ ПСЕВДОФАКИЧЕСКОЙ МИОПИИ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** В настоящее время, наиболее эффективным методом лечения врожденной катаракты (ВК) у детей является её экстракция с одновременной имплантацией интраокулярной линзы (ИОЛ). Несмотря на то, что всё большее число офтальмохирургов придерживается тактики одномоментной экстракции ВК с имплантацией ИОЛ у детей, не существует единого мнения о способе и методике расчета оптической силы искусственного хрусталика в быстро растущем глазу ребенка. Эта сила может быть рассчитана путем прогнозирования ожидаемого миопического сдвига в детских глазах. Собственный многолетний анализ рефракционных ошибок у маленьких пациентов, с риском развития миопии при артифакции, дал возможность внести изменения в традиционные формулы подсчета силы ИОЛ.

**Цель.** Определение клинической эффективности рекомендуемого персонафицированного расчета силы ИОЛ у детей с ВК при риске развития псевдофакической миопии.

**Материалы и методы.** В глазном отделении клиники Ташкентского педиатрического медицинского института проведено обследование 24 детей (40 глаз) с ВК в возрасте от 1года до 5 лет. Больным проводилась экстракапсулярная экстракция ВК с имлантацией мягких ИОЛ. У всех

пациентов выявлен риск развития артификаческой миопии. Дети были разделены на 2 группы. В первую (основная) группу включены 11 (18 глаз) больных, данной категории пациентов расчет силы ИОЛ проводился по рекомендуемой нами формуле. Во вторую (контрольная) - вошли 13 (22 глаза) пациентов, им расчет силы ИОЛ проводился по традиционной формуле: SRK II с учетом возрастной гипокоррекции рефракции - R

**Результаты и их обсуждение.** Основу рекомендуемой нами формулы составляет формула SRK II, но с включенным в неё поправочным коэффициентом (Rm). При этом, поправочный коэффициент определяется для каждого ребенка индивидуально. В результате проведенного нами ранее, корреляционного анализа динамики рефракции и прироста передне-задней оси (ПЗО) глаза детей с артификацией, при риске развития псевдофакической миопии, через 36 месяцев после экстракции ВК и имплантации ИОЛ, установлено: усиление рефракции при увеличении ПЗО на 1 мм не соответствует 3,0 дптр, которые являются типичными для факичного глаза, а составляет в среднем 0,82 дптр/мм. Данный показатель мы используем при вычислении Rm. Рекомендуемая нами формула расчета силы ИОЛ имеет вид:  
$$P = [(A - 2,5 \times L - 0,9 \times K) - R] - R_m$$

где P – оптическая сила ИОЛ

A – константа

L – ПЗО глаза

K – показатель преломления роговицы

R – показатель возрастной гипокоррекции рефракции

R m – поправочный коэффициент

Клиническая эффективность рекомендуемой нами формулы оценивалась по результатам показателей рефракции детей через 6 месяцев после экстракции ВК. При этом, отклонение от запланированной - целевой рефракции в основной группе отмечено в 16,6% , в контрольной - в 54,5% случаях. В группе контроля зарегистрирована псевдофакическая миопия легкой степени в 13,6% и эмметропия, несоответствующая возрасту, что свидетельствует об усилении рефракции, в 40,9% случаях соответственно. Целевой рефракции удалось достигнуть в основной группе в 83,3%, в контрольной - в 45,4% случаях.

**Выводы.** Персонализированный расчет силы ИОЛ (с использованием поправочного коэффициента) у детей с ВК при риске развития псевдофакической миопии позволяет достигнуть целевой рефракции в 83,3% случаях, против 45,4% случаев в группе контроля, и уменьшить развитие миопии после имплантации искусственного хрусталика.

Нарметов А.Б.<sup>1</sup>, Эргашев Н.Ш.<sup>1</sup>, Камилова А.Т.<sup>2</sup>, Якубов Э.А.<sup>1</sup>  
**ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ  
БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Ташкентский педиатрический медицинский институт<sup>1</sup>,  
Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
центр педиатрии<sup>2</sup>, г.Ташкент

**Актуальность.** Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) у детей раннего возраста считается редкой патологией. Часто конкременты желчных протоков встречаются у больных с кистозным расширением желчных протоков или другими патологиями желчевыводящих путей (ЖВП) и желчного пузыря (ЖП).

**Цель.** Выбор лечебной тактики при ЖКБ у детей раннего возраста.

**Материалы и методы.** В течении 2010-2020 гг. в клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ и в отделении гастроэнтерологии НИИ Педиатрии пролечены 49 больных в возрасте от 3 мес. до 16 лет с ЖКБ.

**Результаты и их обсуждение.** Многие камни в детском возрасте являются мягкими, и они на УЗИ не дают акустическую тень. В таких случаях проводили МСКТ органов брюшной полости. Показания к операции определяли по следующими факторами: возраст ребенка; размер и место расположения конкремента; длительность заболевания; клиническая форма ЖКБ; сопутствующая аномалия ЖВП и ЖП. Детям до 3 лет оперативное лечение рекомендуем выполнять только при рецидивирующих болях в животе, механической желтухе или сопутствующих патологиях органов гепатобилиарного тракта. В этом возрасте возможно спонтанное растворение конкрементов под действием медикаментов. Консервативное лечение провели 32 (65,3%) больным, в основном при размере конкремента до 10 мм, а при наличии мелких камней они не занимали более половину объема ЖП. Консервативное лечение с медикаментами провели непрерывно с продолжительностью 12 – 24 мес. у 16 больных; 3 – 6 мес. у 14 и до 3 мес. у 2. 24 (75%) из 32 больных были в возрасте до 3 лет. У всех больных успешно растворяли конкременты ЖП и устранили признаки калькулёзного холецистита.

У 17 (34,7%) из 49 больных с ЖКБ проведено оперативное лечение. У 5 (29,4%) из 17 оперированных больных с ЖКБ проведено традиционная холецистэктомия (ХЭК). Все оперированные дети были в возрасте от 4 до 16 лет. У всех больных послеоперационный период протекал гладко. В 12 (70,6%) случаях ЖКБ сопутствовало с кистой холедоха. У 10 (83,3%) из 12 больных с кистой холедоха камни установлено до операции, как осложнение кисты холедоха, а у 2 (16,7%) случаях установлено во время операции. У 11 больных,

который обнаружена калькулёзная киста холедоха, проведена радикальная операция: ХЭК, кистэктомия, наложение гепатикоэнтеростомии по Roux– у 9; ХЭК, кистэктомия, наложение гепатикодуоденостомии–у 2. Одному больному с механической желтухой наложена дренажная холецистостома и выделено множество мелких конкрементов. В катамнезе этого ребёнка не наблюдались клинические признаки холелитиаза, кисту холедоха и хронического холецистита, однако на инструментальном исследовании определяли незначительное расширение холедоха. Поэтому ребёнку не проведено радикальная операция и находится на диспансерном наблюдении.

**В заключении** можно отметить, что дети раннего возраста с ЖКБ хорошо поддаются к консервативной терапии. При осложнённом течении ЖКБ и камнях более 10 мм, также при калькулёзных кистах холедоха предпочтительно проводить оперативное лечение. Проведение планового оперативного вмешательства детям в возрасте от 4 до 16 лет считаем оптимальным.

Нурматов Ё.Х., Алимов М.М.

### **БОЛАЛАРДА ГИПОСПАДИЯНИНГ ПЕНИАЛ ШАКЛИДА НЕОУРЕТРАПЛАСТИКА УСУЛИНИ ТАНЛАШ**

Тошкент шаҳар 2-сон болалар жарроҳлик клиник шифохонаси, Тошкент ш.,  
Фарғона вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази, Фарғона ш.

**Муаммонинг долзарблиги.** Болаларда гипоспадиянинг дистал шаклини даволашда охириги 10 йилликда белгиланган мувоффақиятларга эришилди. Хасталикнинг бошча шаклини даволашда асоратлар 4-6% гача камайтирилди. Тож эгат ва тож эгат ости шаклларида 6-10% асоратлар кузатилади. Тана шаклларида бўлса, коникарсиз натижалар (15-25% холатда) сақланиб турибди. Биз кузатишлар мобайнида гипоспадиянинг дистал ва ўрта тана шаклларида ТПР, гланспениал ва Mathieu усуллари бўйича неоуретрапластика натижаларини таҳлил қилдик.

**Мақсад.** Болаларда гипоспадиянинг тана шаклида пластик операцияси натижаларини баҳолаш.

**Материал ва услублар.** Тошкент шаҳар 2-сон болалар жарроҳлик клиник шифохонасида қайта таҳлил натижалари 2011-2018 йилларда гипоспадиянинг ўрта ва дистал тана шакллари операция бўлган 215 та болаларда ўтказилди.

Биринчи гуруҳга (n=45) ТПР усулида операция бўлган болалар. Иккинчи гуруҳга (n=128) клиникамизда ишлаб чиқилган бир босқичли гланспениал неоуретрапластика (ихтирога патент № IAP 05305, 2016 й.) усулида операция бўлган беморлар таҳлил қилинди. 3-гуруҳга (n=42) беморлар киритилиб



уларга Mathieu (meatal based flap – олат танасидан қайтарилган лоскут) усулида уретрапластика ўтказилди.

**Натижа ва муҳокама.** Операциядан кейинги эрта даврда асоратлар кузатилмади. Бир босқичли неоуретрапластика операцияларини узок натижаларини 6 ойдан 2 йилгача бўлган муддатда кузатилди. 1- гуруҳда тери-уретра окмаси 12 (26.67%), неоуретра стенози 6 (13.33%) кузатилди. Асоратлар 90% ҳолатда олат бошчаси кичик бўлган беморларда учради. 2-гуруҳга тери- уретра окмаси 7 (5.5%) қайд қилинди. 3-гуруҳда 42 бемордан 21 (50%) тасида эса қуйидаги асоратлар кузатилди: операциядан кейинги эрта даврда (1 ой давомида) неомеатус ретракцияси – 5 (11,9%); кечки даврда эса 3 (7,1%) беморда меатостеноз, 13 (31%) беморда тери-уретра окмаси кузатилди.

Хулоса. ТИР- уретрапластика усули косметик жихатдан қулай, аммо олат боши кичик бўлган беморларда кесилган уретра майдончаси чандиқланиши сабабли тери-уретра окмаси ва функционал обструкция пайдо бўлишига олиб келади.

Гланспениал неоуретрапластика усули олат бошчаси кичик бўлган беморларда ҳам мўл тери лоскутида қон айланиш бузилмасдан, чандиқланиш кузатилмайди. Гипоспадиянинг дистал тана шаклида ижобий натижаларга эришилганлиги учун янги бир босқичли неоуретрапластика усули сифатида операция танлови бўлиб хизмат қилади. Матью усули уретра майдончаси кенг ва олат бошчаси ўлчами мўл бўлган беморларда қўлланилса, операциядан сўнг бўлиши мумкин бўлган асоратларнинг камайишига эришилади.

Уретра майдончасини кенгайтириш учун олат бошчасини кесиш унда чандиқланиш жараёнини кучайтириб операциядан кейинги асоратларнинг кўпайишига сабаб бўлади.

Нурматов Ё.Х., Алимов М.М.

### **БОЛАЛАРДА ГИПОСПАДИЯНИНГ ПЕНИАЛ ШАКЛИДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН БИР БОСҚИЧЛИ ЯНГИ ОПЕРАЦИЯ УСУЛИ**

Тошкент шаҳар 2-сон болалар жарроҳлик клиник шифохонаси, Тошкент ш.

Фарғона вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази, Фарғона ш.

**Муаммонинг долзарблиги.** Гипоспадия жинсий олатнинг туғма норасолиги бўлиб ўғил болалар ўртасида тез-тез учрайди. Охириги 30 йил давомида бу хасталик билан туғилган болалар сони 1:450-500 дан 1:125-150 гача кўпайган. Ушбу норасоликнинг болаларда учрашининг кўпайиши ва операциядан кейинги асоратларнинг 50%га етиши сабабли, норасоликнинг жарроҳлик усули билан бартараф этиш бутун жаҳон олимлари диққат эътиборида бўлиб, бу ҳол ҳозирги пайтда ҳам давом этмоқда.

Бугунги кунга келиб гипоспадия норасолигини бартараф этиш учун қўлланилаётган бир босқичли операцияларнинг деярли барчасида неоуретра

учун кертмак варақларидан фойдаланилмоқда. Чунки кертмак варақлари олатнинг танасида жойлашганлиги сабабли унинг силжувчанлик хусусияти ҳаддан ташқари юқори бўлиб, олат танаси терисининг таранглашмаслиги учун ёрдам беради.

Гипоспадиянинг дистал тана шаклини бир босқичли жарроҳлик усуллари билан бартараф қилинади. Уретрапластикада пластик материал сифатида уретра майдончасидан фойдаланилади. Жарроҳлик усулини танлаш, олат бошчаси шакли ва вентрал юзадаги тери холати, уретра майдончаси кенглиги ва унинг ривожланганлигига боғлиқдир.

**Мақсад.** Гипоспадиянинг пениал шаклида операция усулини такомиллаштириш, асоратларини олдини олиш ва операциядан кейинги натижаларни яхшилаш.

**Материал ва услублар.** Тошкент шаҳар 2-сон болалар жарроҳлик клиник шифохонаси ва Фарғона вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт марказида 2011-2018 йилларда 3 ойликдан 18 ёшгача бўлган 215 та бемор гипоспадиянинг дистал ва ўрта тана шакллари билан операция қилинди. Уларга Матью ва клиникада ишлаб чиқилган бир босқичли гланспениал неоуретрапластика усулида операциялар ўтказилган. Гипоспадиянинг олат эгрилигисиз пениал шакли билан операция бўлган 170 та бемордан 42 (24,7%) таси Матью усулида уретрапластика қилинган, 128 (75,3%) таси клиникамизда ишлаб чиқилган янги бир босқичли гланспениал неоуретрапластика (ихтирога патент № IAP 05305, 2016 йил) усулида операцияси қилинган. Операциядан олдин ҳамма беморларга умумий қон ва пешоб тахлили, қон биохимик тахлили, ультратовуш текшируви ўтказилди.

**Натижа ва муҳокама.** Биз ишлаб чиққан бир босқичли гланспениал неоуретрапластика операцияси қилинган 128 та бемордан 7 (5,5%) тасида операциядан кейинги эрта даврда (1 ой давомида) операциядан кейинги тери-уретра оқмаси асорати кузатилди. Матью усулида уретрапластика қилинган 42 бемордан 21 (50%) тасида эса қуйидаги асоратлар кузатилди: операциядан кейинги эрта даврда (1 ой давомида) неомеатус ретракцияси – 5 (11,9%); кечки даврда эса 3 (7,1%) беморда меатостеноз, 13 (31%) беморда тери-уретра оқмаси кузатилди.

**Хулоса.** Бир босқичли гланспениал неоуретрапластика усулида ўтказилган операциялардан кейинги асоратлар анъанавий Матью усулига нисбатан 44,5% га камайди. Гланспениал неоуретрапластика усулида неоуретра учун олинган тери парчасида қон томирлари жароҳатланмаслиги регенерация жараёнини кучайтирди, тери кесимлари четлари тортилмасдан тикилгани учун оқма ҳосил бўлиш хавфи камайди.

Гипоспадиянинг олат эгрилигисиз тана турида биз таклиф этган гланспениал неоуретрапластика усулида асоратларнинг камлиги ушбу усулнинг операция танлови бўлиб хизмат қилишига олиб келди.

Нурматов Ё.Х., Отамирзаев Н.Р., Пулотжонав М.М., Анваров К.Р.  
**БОЛАЛАРДА УРЕТРА КЛАПАНИ ТУҒМА НУҚСОНИНИ ЭРТА  
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШДА НАМАНГАН ВИЛОЯТИДА  
ТИББИЙ-ДЕМОГРАФИК МУҲИТ**

Наманган давлат университети тиббиёт факультети, Наманган ш.

**Долзарблиги.** Инсоннинг жисмоний ривожланиш сифати ҳар бир минтақанинг табиий, иқлим-жуғрофий хусусиятлари, ижтимоий-иқтисодий ривожланиш даражаси, аҳоли турмуш тарзи, овқатланиш, дам олиш, ақлий ва жисмоний меҳнат жараёнлари, ҳаттоки, миллий, маҳаллий, диний урф-одатларигача боғланиб кетади.

**Мақсад.** Аҳолининг репродуктив саломатлигини янада мустаҳкамлаш, соғлом бола туғилиши ва уни тарбиялаш учун зарур шарт-шароитлар яратиш, жисмоний ва маънавий баркамол ёш авлодни вояга етказиш мақсадида, шунингдек Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2009 йил 13 апрелдаги “Она ва бола саломатлигини муҳофаза қилиш, соғлом авлодни шакллантиришга доир қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида”ги ПҚ-1096-сон қарорини бажариш юзасидан, болаларни мунтазам равишда кузатиб боришнинг асосий услубларидан бири уларни туғилган кунидан бошлаб ривожланишининг барча босқичларида диспансер назорати олиб боришдир. Кузатув давомида болалар саломатлик ҳолатида юз бераётган ўзгаришлар аниқланиб, даволаш-соғломлаштириш тадбирлари ўтказилади.

**Натижалар.** Наманган вилоятида 2010-2019-йиллар давомида умумий аҳоли сонига нисбатан болалар аҳолиси купайган, умумий туғилиш ва тирик туғилиш сони ортган. 0-1 ва 0-14 ёшгача вафот этган болалар сон кўрсаткичлари камайган. 2010-2019-йиллар давомида буйрак-сийдик йўллари хасталиклари бўйича вафот этган 70 та болалар кўриб чиқилганда, шундан 28 тасида патанатомик текширувда ҳомиладорлик вақтида оғир даражада асоратланган уретра клапани туғма нуқсони борлиги ва юқори сийдик йўлларига ва бошқа ички аъзоларга оғир даражада асорат берганлиги аниқланди. Сийдик йўллари бўйича вафот этган болалар нозологияси кўрилганда уретра клапани туғма нуқсони билан вафот этган болалар сони камайган, сабаби ҳомиладор аёлларни “Она ва бола” скрининги марказида ногиронликни олдини олиш бўйича шифокор генетик кўригидан даврий равишда ўтиб туриши катта аҳамиятга эга бўлди. Бундай маълумот ҳомиладор аёлларда ҳомилани ҳомиладорлик вақтида буйрак-сийдик йўллари 100 % ва даврий равишда ультратовуш текширувидан ўтказилиб туришини таъкидлайди.

2010-2019-йиллар давомида 38 та уретра клапани нуқсони билан туғилган болалар ўз вақтида комплекс равишда урологик текширувлардан ўтказилиб, хасталик аниқланиб, ўз вақтида бартараф этилди ва даволаш

самардорлигини эрта ҳамда кечки даврлари ўрганиб чиқилганда болаларни батамом соғломлашганлиги аниқланди.

**Хулоса.** Болаларнинг жисмоний ривожланишини белгиловчи асосий кўрсаткичлар уларнинг бўйи, вазни, кўкрак қафаси айланаси ва шу билан бирга барча ички аъзолари, жумладан, буйрак-сийдик йўллари хомиладорлик вақтида ва бола туғилгандан сўнг меъёрий кўрсаткичларини инструментал текшириб бориш, пренатал ва постнатал юзага чиқувчи туғма нуқсонларни барвақт аниқлаш ва бартараф этиш мақсадга мувофиқдир.

Нурматов Ё.Х., Отамирзаев Н.Р., Пулотжонов М.М., Анваров К.Р.  
**РАННЕЕ ПЕРВИЧНОЕ УДАЛЕНИЕ КЛАПАНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ  
ЗАДНИХ КЛАПАНОВ УРЕТРЫ**

Медицинский факультет Наманганского государственного университета,  
г.Наманган

**Актуальность.** Наиболее частой причиной обструкции нижнего отдела мочевого тракта у мальчиков в раннем возрасте являются клапаны задней части уретры (КЗУ). Хотя частота возникновения остаётся стабильной смертность при этом заболевании увеличилось в результате широкому распространению ранней ультразвуковой диагностики и интенсивной неотанальной помощи. (Дерюгина Л.А., Лернер Л.А., Ильичева Ю.А., 2018; Hodges S.J., Patel V., McLorie G., Atala A., 2019).

Диагностика КЗУ в настоящее время стала возможной до рождения ребенка. УЗИ плода позволяет выявить признаки наличия КЗУ, что обеспечивает возможность раннего лечения сразу после рождения, до присоединения инфекции. К таким признакам относят наличие остаточной мочи в пузыре после микции плода, дилатацию верхних мочевых путей, пиелоэктазию более 10 мм, повышенную эхогенность паренхимы и кистозные изменения в почках (Кузовлева Г.И., Гельдт В.Г., 2014).

**Результаты.** Наш опыт раннего удаления клапана предполагает, что поврежденные мочевой пузырь и верхние мочевые пути имеют возможность восстановиться, если обструкция устраняется и мочевой пузырь может наполняться и опорожняться циклично в первые несколько месяцев жизни. Через год после раннего удаления клапана даже пациенты с сильными обструктивными изменениями показывают возвращение нормального объема мочевого пузыря и его эластичности, и разрешение или улучшение рефлюкса. К сожалению, почечная недостаточность, связанная с наличием клапанов, часто оказывается вторичной после первичной дисплазии почек, и у многих прогрессирует до тяжелой почечной недостаточности и трансплантации. Отведение верхних мочевых путей не улучшает отдаленные результаты у

пациентов с дисплазией почек; более того, это несет определенный риск для вылечивания мочевого пузыря и его нормальной функции.

Ранняя диагностика и применение нового эндоскопического оборудования в педиатрии значительно улучшили выживаемость детей раннего возраста с задними клапанами уретры. Последствия обструкции уретры у этих пациентов включали аномалии развития уретры, мочевого пузыря, мочеточников и почек. Вопрос остается в том, как лучше лечить всех пациентов, чтобы довести до максимума функцию всего мочевого тракта.

**Таким образом,** у пациентов клапанами задней уретры с почечной недостаточностью прямое раннее удаление клапана следует применять как лучший метод лечения клапанов задней части уретры.

Нурматов Ё.Х., Рахманов А.А., Файзуллаев Н.М., Ёкуббоев Б.Б.  
**ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПОВТОРНЫХ  
МИКЦИОННЫХ ЦИСТОГРАФИЙ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСТАТКОВ  
ЭНДОСКОПИЧЕСКИ РАССЕЧЕННОГО КЛАПАНА ЗАДНЕЙ  
УРЕТРЫ**

Наманганский областной детский многопрофильный медицинский  
центр, г.Наманган

**Введение.** Клапаны задней части уретры у детей являются врожденной патологией, отличающиеся тяжелыми изменениями не только в функции мочевого пузыря, но также диспластическими расстройствами в паренхиме почки. Поэтому, ранняя диагностика и своевременное лечение этой патологии имеет важное значение в жизни каждого ребёнка, так как предотвращает необратимые изменения в стенках мочеточника и также почек, наступивших рано или поздно.

Необходимость раннего распознавания их очевидна, так как результаты лечения зависят от степени сохранения сократительной способности мышцы, выталкивающей мочу, наличия пузырно-мочеточниковых рефлюксов, выраженности уретерогидронефроза и сохранения функции почек.

**Цель.** Определить прогностическую значимость вида задней уретры на предоперационной микционной цистоуретрографии для дальнейшей оценки при помощи цистоскопии при резекции клапана уретры.

**Материал и методы.** Мы ретроспективно проанализировали 21 пациента, которым выполнялась контрольная цистоскопия и повторная микционная цистоуретрография

**Результаты.** По данным повторной микционной цистоуретрографии остаточные клапаны были заподозрены у 6 пациентов, но по данным цистоскопии они были обнаружены только у 4х детей. У 20 мальчиков по данным микционной цистоуретрографии клапаны были резецированы

полностью, тогда как при цистоскопии было показано, что 5 пациентам потребовалась дополнительная резекция клапана. Одно исследование было диагностическим. Резидуальные клапаны были резецированы у 83% (5/6) пациентов, у которых клапаны и дилатация заднего отдела уретры были отмечены на микционной цистоуретрографии. При выявлении по микционной цистоуретрографии подозрения на клапан или персистирующую дилатацию последующая резекция была выполнена в 40% (2/5) пациентов. Также остаточные элементы клапана были выявлены у 5 пациентов, у которых по данным повторной микционной цистоуретрографии была полная абляция клапана и отсутствие дилатации заднего отдела уретры.

Положительная прогностическая ценность повторной микционной цистоуретрографии в отношении выявления остаточных компонентов клапана задней уретры составляет 86%; негативная прогностическая значимость 14%.

**Таким образом,** что выполнение только повторной микционной цистоуретрографии после резекции клапана задней уретры не позволяет исключить наличие резидуальных частей клапана, поэтому мы рекомендуем выполнение цистоскопии.

Нурматов Ё.Х., Рахманов А.А., Файзуллаев Н.М., Ёкуббоев Б.Б.  
**ФУНКЦИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ПРИ КЛАПАНА ЗАДНЕЙ ЧАСТИ  
УРЕТРЫ В СОЧЕТАНИИ С ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫМ  
РЕФЛЮКСОМ**

Наманганский областной детский многопрофильный медицинский  
центр, г.Наманган

**Введение.** Проблема лечения детей раннего возраста с клапанами задней уретры, осложненными рефлюксирующим уретерогидронефрозом остается актуальной вследствие большого количества осложнений и высокой частоты развития хронической почечной недостаточности в 12-26 % случаев. Хирургическое лечение проводится обычно в нескольких этапов и включает абляцию клапана, длительное отведение мочи и у многих пациентов требуется проведение реконструктивных операций.

**Цель.** Изучение связи между первичной функцией почек и везико-уретральным рефлюксом у больных с клапанами задней части уретры. Также проведение анализа времени разрешения рефлюкса после ликвидации обструкции уретры.

**Материал и методы.** Ретроспективно были проанализированы истории болезней и результаты рентгенологического обследования 102 больных с клапанами задней части уретры, получивших оперативное лечение в Наманганском областном детском многопрофильном медицинском центре. Из этих пациентов у 33х был определен везикоуретральный рефлюкс.

**Результаты.** Двусторонний везикоуретральный рефлюкс присутствовал у 19(56%) пациентов и односторонний рефлюкс у 14(44%) больных. В 29 случаях клапаны задней части уретры были диагностированы в постнатальном периоде в более раннем возрасте, когда рефлюкс присутствовал ( $p < 0,01$ ). Больные с рефлюксом (особенно двусторонним) имели значительно повышенные уровни креатинина в сыворотке крови при поступлении и через 6, 12 месяцев после операции, по сравнению с больными без рефлюкса. В случаях одностороннего рефлюкса функции разрешения почек с рефлюксом значительно понижены. Рефлюкс разрешался спонтанно, в среднем, в возрасте 1,28 лет (в периоде от 4мес. до 1,5года) после лечения клапанов задней части уретры, более быстрое разрешение было у больных с односторонним заболеванием.

**Заключение.** У больных с клапанами задней части уретры везикоуретральный рефлюкс часто ассоциируется с плохо функционирующими почками. Соответственно, больные с двусторонним рефлюксом имели пониженную функцию почек. Рефлюкс исчезал в половине мочеточников в течение 2х лет после удаления клапана. Рефлюкс проходит быстрее в случаях одностороннего заболевания. Таким образом, ранняя ликвидация клапана задней части уретры улучшает уродинамику верхних мочевыводящих путей и, соответственно, функции почек у детей.

Нурмухамедов Х.К., Бабаниязов К.К.

## **НИВЕЛИРОВАНИЕ КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ХИРУРГИИ ПОЗВОНОЧНИКА**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Целью исследования** явилось разработка ранней нутритивной поддержки у детей после операций на позвоночнике.

**Материалы и методы:** Обследовано 56 (12-16 лет) детей с врожденными кифозами (18), кифосколиозами (14), сколиозами (24) которым в плановом порядке проводились истинические спондилолистезы, дегенеративные спондилолистезы ( $L_{II}-L_{V}$ ) под общей тотальной внутривенной анестезией (ТВА – в положении на животе) в течении  $4,2 \pm 0,8$  часов, с кровопотерей  $80,1 \pm 4,3$  мл. Исследовали состояние желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), моторно-эвакуаторную функцию (МЭФ), потребности пациентов в энергии (по уравнению Гарриса-Бенедикта), белках, жирах и углеводах. Энтеральное питание рекомендовали смесью «Нутрикамп-Файбер» (компания Б.Браун, Германия) обогащенная волокнами с общим количеством (в 100 г смеси) 6,5 г; растворимых 1,4 г; нерастворимых 5,1 г., в послеоперационном периоде через  $20 \pm 3,5$  часа при парезе кишечника (ПК) 1 степени у 58,2% детей; при ПК 2 степени – у 36,4%; при ПК 3 степени – у 5,4%.

**Результаты и обсуждение.** Согласно предварительным данным проведенных исследований «условное голодание» накануне операции и в послеоперационном периоде негативно сказывается на результатах оперативного лечения (парез ЖКТ, нарушение МЭФ), в связи с чем всем больным накануне операции назначали «Нуртикомп Файбер (500 мл). При этом учитывали метаболизм белков (альбумин). Анализ уровня мочевины отмечен достоверным снижением у всех пациентов, что указывал на переход от катаболизма к анаболизму.

На фоне энтерального питания были устранены симптомы кишечной аритмии, нормализовалась фаза дефекации с восстановлением ее физиологической регулярности. Бактериологическое исследование на дисбактериоз отмечено положительно направленным изменением состава кишечной микрофлоры в виде увеличения бифидо- и лактобактерий, уменьшения условно-патогенной флоры (протей, грибов *Candida*, кишечной палочки с атипичными свойствами, что значительно снижало риск возможности микробной транслокации и септических осложнений в послеоперационном периоде.

Увеличение достоверного числа лимфоцитов (в 2 раза) обусловлена прежде всего восстановлением лимфоцитарной ткани кишечника, что положительно влияло на иммунный статус. При раннем осуществлении ЭП установлено снижение уровня кортизола (до нормы), что можно рассматривать как блокаду катаболизма, раннюю активацию анаболических процессов, тем самым устранялись иммунологические нарушения, что весьма важно при имплантации конструкций.

**Выводы:** Парез ЖКТ является типичным клиническим фактором операционного и анестезиологического риска у детей при сколиотической болезни, приводящее к синдрому кишечной недостаточности, когда наблюдаются нарушения моторно-эвакуаторной функции кишечника, повышенный распад белков, микробная транслокация, снижение иммунитета. Раннее осуществление энтерального питания нормализует белковый метаболизм, основные функции кишечника.

Нурмухамедов Х.К., Исмоилова М.У.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Многообразие возбудителей и клинических вариантов течения деструктивных форм пневмонии у детей обусловлены трудностью диагностики и лечения, сложностью выбора лекарственных препаратов, необходимостью начала лечения с эмпирического подхода, проблемами



дифференциальной диагностики. Современные исследования ориентируют на рассмотрение вопросов инфузионной терапии, коррекции дыхательной недостаточности, современной диагностики и лечения осложнений. Не умаляя значение антибактериальной терапии, следует отметить, что она остается важным этапом в комплексном лечении острых гнойных воспалительных заболеваний легких (ОГВЗЛ).

Внедрение новых технологий лучевой диагностики – ультразвуковое исследований (УЗИ), компьютерной (КТ) и магниторезонансной томографии (МРТ) позволили получить достаточно полную картину состояния бронхолегочной системы, не прибегая к инвазивным технологиям. В свою очередь КТ является одним из основных методов диагностики осложненных форм острых гнойно-деструктивных пневмоний (ОГДП), но еще малочисленны сведения о его применении при инфильтративной стадии ОГДП и неосложненных формах гнойно—воспалительных заболеваний легких и плевры у детей.

**Цель исследования.** Оценка эффективности методов лучевой диагностики при ОГДП.

**Материалы и методы.** Исследование включало наблюдение за 56 детьми (3-14 лет) с различными формами ОГВЗЛ и плевры. Стандартные методики включали применение рентгенографии органов дыхания, УЗИ органов грудной клетки (Action 128P\10, Англия) – 46 детям; 41 больному – КТ (Citomax-640, General Electric, США) – грудной полости. Помимо общеклинических исследований изучены параметры электролитного, белкового обменов.

**Результаты и обсуждение.** Из общего количества пациентов в 17% случаях произведена бронхологическая санация (24), из которых у 5 с абсцессом легких 18 бронхологических санаций. Активная аспирация с дренированием плевральной полости по Бюлау была осуществлена у 6 больных, пассивная – у 14. Тяжелое течение заболевания явилось показанием для обязательной пункции плеврального пространства, протекающего на фоне выраженной интоксикации и наличия гнойных полостей в плевральном пространстве. Плевральная пункция была проведена у 17 детей.

С целью исключения развития осложнений плевральной пункции (гнойные плевриты) и оптимизации диагностического процесса, у 34 детей был внедрен метод динамического УЗИ контроля течения процесса в паренхиме легких и плевральной полости. Применение УЗИ позволило установить точную диагностику легочных форм ОГДП у 63,2% больных, при легочно-плевральных – у 75,1%, при кистозной форме – у 76,8% пациентов. Изучение рентгенографического метода диагностики выявило легочные формы в 53,2%, легочно-плевральные – в 49,6%, кистозную форму у 38% пациентов. Следовательно, можно констатировать, что диагностическая

ценность УЗИ превышает таковую при традиционной рентгенографии органов дыхания.

У 4 больных с помощью УЗИ была диагностирована эмпиема легких, которая характеризовалась визуализацией экзогенного экссудата с неоднородной внутренней структурой, четкими границами и расположением. В экссудативной стадии характерен был однородный эконегативный выпот, свободно распределенный в плевральной полости. Для фибринозно-гноной стадии эмпиемы более характерна неоднородность картины плеврального содержимого, из-за множества мелких сигналов, зависящих от количества в нем взвеси, с умеренным утолщением листков плевры.

С целью дополнительной и уточняющей диагностики ГВЗЛ и плевры у 8 больных использовали методику КТ при внутрилегочной форме (5 детей), с легочно-плевральной форме (4 ребенка), кистозной формой поражения (6 детей), позволившая получить объективную оценку состояния легких и органов средостения, определить объем и локализацию плеврального содержимого, вызывающего сдавления легкого, а также стадию заболевания по плотности содержимого плевральной полости в единицах Хуансфильда. В стадии экссудации этот показатель составил 1-20 ед.; в фибринозно-гноной стадии – от 20-40 ед.; в стадии организации – 40 ед. и выше.

**Выводы.** Полученные исследования применения лучевых методов диагностики у детей с ОГВЗЛ и плевры определили их ценность, что составила для рентгенографии более 75%, для УЗИ – 86,2%, для КТ – 88,6%.

Narzikulov U.K., Chuliev M.S., Ruzikulov U.Sh., Nazirkulov G.M.

### USE OF THE ABDUCTION SPLINT FOR EPIPHYSEAL OSTEOMYELITIS IN NEWBORNS.

Tashkent pediatric medical Institute, Tashkent

**Relevance:** To date, osteomyelitis of the proximal part of the femur and their complications has been one of the most pressing problems in infants for surgeons and orthopedists. The treatment of hip dislocation following this disease is complex and often leads to disability in patients, this is 20% -30%, according to the authors.

**Purpose.** Improving the results of treatment of epiphyseal osteomyelitis of the proximal part of the femur in infants and prevention of pathological dislocations.

**Material and results.** It is based on the analysis of the results of treatment of 168 infants treated with epiphyseal osteomyelitis in the clinic TashPMI in 2014-2020. Of these, 116 infants from 7 days to 10 days, 22 infants from 12-14 days, and 6 patients from 30 days were treated with hip bone epiphyseal osteomyelitis. 68.6% of the patients in our follow-up were boys and 31.4% were girls.

Patients who applied to our clinic were thoroughly examined by specialists and prescribed the first stage of treatment. In order to prevent pathological dislocation

of the femur, which is one of the complications of epiphyseal osteomyelitis, after the patient had eliminated the purulent inflammation, treatment was continued with orthopedists using a legs abduction. Taking into account the fact that the splint does not cause pain in the leg, the individual approach to each patient was followed by monitoring the tension of the adductor muscles. The splint was gradually lengthened and the leg was abducted and fully abducted to 90<sup>0</sup> within 1 month, a follow-up X-ray examination was performed, and additional physiotherapy treatments were ordered in an outpatient setting.

Children with complications of the disease were monitored from 1 month to 3 years of age, all our patients with epiphyseal osteomyelitis of the proximal part of the femur the clinical splint was used out at different times. According to the child's condition and radiological changes, 112 children had been wearing a clinical splint for three months, re-X-ray examinations were performed once a month and additional recommendations were given.

In our follow-up for 3 to 6 months because 24 of the patients had purulent arthritis they underwent outpatient treatment and physiotherapy treatments on a regular basis.

**Conclusion.** If such patients are diagnosed early, when used in conjunction with therapeutic treatments and an abduction leg splint, it further increases the chances of preventing complications and saves from disability.

Отамурадов Ф.А.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КЛОАКАЛЬНЫХ ФОРМ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Цель.** Улучшение результатов диагностики и лечения клоаки у детей.

**Материал и методы.** За период с 2009 по 2019 гг. на клинических базах кафедры детской госпитальной хирургии ТашПМИ находились 19 девочек с клоакальной формой аноректальных пороков развития. Возраст пациентов колебался от 1 го дня до 15 лет. Всем больным проводили комплексное обследование, включавшее сбор жалоб и анамнеза, клинический осмотр промежности, лабораторную диагностику, рентгенологическое исследование, КТ, МРТ, УЗИ и морфологическое исследование.

**Результаты и обсуждение.** Основным методом диагностики клоаки – осмотр промежности, при котором определяется атрезия ануса и недоразвития наружных органов гениталий. При разведении половых губ можно увидеть наличие единственного отверстия. Окончательный диагноз устанавливалась на основании комплексного обследования поскольку среди этого контингента высокий процент сочетанных пороков развития. У 5 (26,3%) правильный диагноз был установлен в неонатальном периоде, остальные 14 (73,7%)

больные поступили в клинику в возрасте 1 мес. – 7 лет с различными направительными диагнозами, без соответствующей коррекции порока. По ходу обследования установлена длина общего клоакального канала: у 9(47,4%) – до 3 см, у 6 (31,6%) – до 5 см, у 4 (21%) – более 5 см.

Хирургическая тактика и характер оперативного вмешательства зависит от вариантов взаимоотношений органов создающей общий уроректогенитальный синус. При низком расположении устья уретры у 3 больных провели одномоментную радикальную операцию: у двух пациентки – заднее-саггитальная вагиноректоаноопластика; у одной – брюшно-промежностная проктопластика с вагинопластикой. У 16 был наложен предварительно колостомы в последующем для выполнено радикальной операции. Из числа общих пациентов у 8 больных было выполнено радикальная операция – уретровагиноректоаноопластика заднее саггитальном доступом и в последующем у 6 выполнено закрытие колостомы. А четверо больных находятся под наблюдением и планируется операция закрытие колостомы. Остальные больные наложенной колостомой были выписаны домой с рекомендацией на дальнейшего этапа лечения.

**Таким образом,** клоака является наиболее выраженным проявлением аноректальных пороков развития. Соответствующая настороженность должна быть проявлена в каждом случае анальной атрезии на предмет клоаки и вариантов сочетанных аномалий с выполнением углубленного специального обследования. Наблюдение и лечение данной патологии может осуществляться лишь в специализированных учреждениях, располагающих высоко компетентными кадрами.

Отамурадов Ф.А., Дусалиев Ф.М.

## **ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ РЕДКИХ РЕГИОНАЛЬНЫХ ФОРМАХ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Аноректальные мальформации (АРМ) разнообразны по клинико-анатомических формам. Отдельные варианты географически зависимы, встречаются с различной частотой в отдельных регионах. В выборе хирургической тактики имеются различные подходы.

**Цель работы** – анализ хирургической тактики при редких региональных формах АРМ по материалу клиники.

**Материалы и методы.** В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ в 2009-2019г. находились на обследовании и

лечении 504 дети в возрасте от 1 дня до 15 лет с различными формами АРМ. Среди них 121 (24,0%) были с редкими формами АРМ. Мальчики – 26 (%), девочки – 95 (%). Больным проводилось комплексное обследование, включая общие клинические, лучевые и специальные методы.

**Результаты и их обсуждение.** При ректовагинальных свищах 10 (47,4%) из 22 больных применена поэтапная тактика хирургической коррекции: наложение стомы для последующей аноректовагинопластики с ликвидацией свища.

При Н-типе ректогенитального свища при нормально сформированном анусе у 6 (23,1%) больных локализация соответствовала ановестубулярному Н-типу – «промежностный канал»; у 12 (46,1%) – ректовестубулярному – промежуточная форма; у одной из них при наличии ректовестибулярного сообщения отмечен также параректальный свищ; у 8 (30,8%) – высокая с ректовагинальным свищом. У 21 (88,2%) больных радикальная коррекция была начата без предварительного наложения стомы. У 5 (11,8%) – после наложения сигмостомы.

Врожденный ректальный мешок (ВРМ) установлен у 9. У 2 мальчиков данные соответствовали на I тип ВРМ имевшее сообщение с мочевым пузырем, у 3 – II и у 4- IV типу патологии. Первый этап операции у 8 был завершен наложением стомы, только 1 пациентке одномоментно выполнена брюшнопромежностная проктопластика. У 3 пациентов выполнена брюшнопромежностная интестинопластика с удалением кистозно измененной толстой кишки.

При эктопии ануса из 31 пациенток 24 операции проведены по следующим показаниям. Значительное переднее смещение ануса (индекс анальной позиции -ниже 0,22) – у 7; и упорные запоры при сужении эктопированного ануса – у 11. При умеренном переднем смещении у 7 детей (индекс анальной позиции – ниже 0,44) ограничились консервативными мероприятиями.

**В заключение** можно отметить, что редкие варианты составили 24,0% в общей структуре АРМ, что соответствует промежуточному положению среди регионов. Превалирующими формами были ректовагинальный свищ и Н-тип свищей при нормально сформированном анусе. При подозрении на редкие региональные варианты АРМ требуются целенаправленные дооперационные исследования, интраоперационная верификация варианта и типа аномалии. Соответствующую оперативную коррекцию следует проводить в специализированных учреждениях, имеющих опыт лечения детей с тяжелыми формами аноректальных аномалий.

Раупов Ф.С.

## АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Бухарский государственный медицинский институт, г.Бухара

**Актуальность.** Резекции толстого кишечника при болезни Гиршпрунга у детей являются вынужденными операциями. Несмотря определенные успехи детской хирургии в области колопроктологии, за последние годы число резекций толстого кишечника не имеет тенденцию к снижению. В связи с чем, большое практическое значение приобретает изучение последствий подобных операций и проведение профилактики возможных нарушений, развивающихся в после операции у детей.

**Цель.** Проведение сравнительного анализа расстройств функции кишечника после её резекции кишечника в зависимости от уровня и объема его удаления.

**Материалы и методы.** В клинической базе кафедры детской хирургии БухГосМИ в период 2018-19 гг. лечение получили 387 больных с различными патологиями ободочной кишки и аноректальной области. Болезнь Гиршпрунга диагностировано у 8 (2,1%) больных, у 6 (1,5%) больных диагностировали долихосигму. Этим больным по показаниям в различные периоды жизни проведено оперативное вмешательство в экстренном или в плановом порядке.

**Результаты исследования.** Кроме общеклинических исследований, для определения патологий в толстом кишечнике производили обзорную рентгенографию брюшной полости, ирригографию в момент заполнения и после опорожнения в различных положениях пациента для изучения патологии фиксации и смещений ободочной кишки. У 4-х (1,1%) больных с болезнью Гиршпрунга произведено брюшно-промежностная проктопластика по методу Сааве-Болей, у 1-го (0,3%) больных для лечения данной патологии использовано трансанальное низведение и удаления аганглианарной части толстого кишечника по De la Torre-Mondragón. У 3-х (7,8%) больных с долихосигмой произведено частичная резекция, с наложением анастомоза «конец в конец». Ранний послеоперационный период у прооперированных больных относительно благоприятно. Из местных осложнений в ранние сроки после операции Сааве значимым являлось перианальное поражение кожи. Это осложнение у всех детей было связано в основном с частотой и консистенцией стула и в ряде наблюдений объяснялось течением энтероколита. Воспалительные осложнения развились у 2 детей на фоне мацерации. Транзиторное недержание кала отмечалось у 2 (0,5%) больных в сроки до 4 нед. после операции.

**Таким образом,** своевременный диагноз и правильная тактика лечения позволяют существенно уменьшить число осложнений, и улучшить исходы лечения.

Рахматуллаев А.А., Алиев М.М., Рузиев М.Ю.  
**РЕТРОГРАДНАЯ ГОЛЬМИЕВО-ЛАЗЕРНАЯ КОНТАКТНАЯ  
УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИЯ У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** На сегодняшний день ведущую позицию в лечении мочекаменной болезни занимают современные технологии, благодаря которым существенно снизилась частота послеоперационных осложнений.

**Цель.** Изучить эффективность применения эндовидеоскопической трансуретральной ретроградной контактной гольмиево-лазерной уретеролитотрипсии при камнях мочеточника у детей.

**Материалы и методы.** Обследовано 147 больных в возрасте от 2 до 11 лет, госпитализированные в отделении детской хирургии РСНПМЦП. Среди обследованных преобладали мальчики (59,1%). Всем больным проведена эндовидеоскопическая трансуретральная ретроградная контактная гольмиево-лазерная уретеролитотрипсия. Для эндоскопического лечения использовали ригидный и гибкий уретерореноскопы 7СН фирмы KARL STORZ (Германия) и гольмиево-лазерный аппарат ACCU TECH 80W (Китай). После контактной литотрипсии камней мочеточника был установлен полиуретановый антирефлюксный стент с диаметром 5СН, сроком на 7-10 дней.

**Результаты.** Среди обследованных обтурирующие камни верхней трети мочеточника встречались у 15% больных, средней трети мочеточника – у 25% больных, нижней трети мочеточника – у 60% детей. При контактной литотрипсии камни были раздроблены на мелкие фрагменты до 3мм, и в последующем удалены при помощи камнезахватывающих щипцов и петли Дорми.

Оценку эффективности вмешательства проводили по данным УЗИ МВП, доплерометрии мочеточникового выброса мочи, обзорной урографии и регрессии мочевого синдрома.

В ранние сроки после вмешательства показатели доплерометрии выброса мочи достоверно улучшились, частота выброса за 1 мин составила  $3,4 \pm 0,2$ ,  $T_c 1,82 \pm 0,08$  сек,  $V_{max} 0,41 \pm 0,03$  м/с. Мочевой синдром отмечался у 11,1% больных, причиной которого явилась экскреция мельчайших фрагментов раздробленных камней в виде песка, который купировался к моменту выписки.

В отдалённые сроки у всех детей была отмечена стабильная ликвидация мочевого синдрома и отсутствие резидуальных камней мочевыводящих путей.

**Таким образом,** малоинвазивная эндоскопическая трансуретральная лазерная контактная уретеролитотрипсия дает возможность дробления камней разного размера, предотвращает интраоперационные осложнения (кровотечение), уменьшает сроки дренирования и пребывания в стационаре.

Рахматуллаев А.А., Рузиев М.Ю., Тошмурадov Ф.Н.

### **ЭНДОВИДЕОСКОПИЧЕСКОЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КЛАПАНА ЗАДНЕЙ УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт,  
Республиканский Специализированный научно-практический медицинский  
центр педиатрии, г.Ташкент

**Актуальность.** Для лечения клапана задней уретры у детей предложены различные варианты рассечения (ликвидация вальвеотомом, резекция клапана и рассечение холодным ножом), целью которых является восстановление мочеиспускания. Однако высокая частота послеоперационных осложнений сохранение инфравезикальной обструкции в зоне рассечений (остаточные створки клапана) навели на мысль о необходимости поиска оптимального варианта эндоскопического вмешательства.

**Цель.** Совершенствование эндовидеоскопического трансуретрального лечения I типа клапана задней уретры у детей.

**Материал и методы.** Обследовано 67 мальчиков в возрасте до 8 лет. 43 больным выполнено рассечение с помощью серповидного холодного ножа (1 группа), 24 больным выполнена трансуретральная резекция клапана с помощью гольмиевого лазера (2 группа). Для эндоскопического лечения использовали резектоскопы и холодные ножи фирмы «Karl Storz» (Германия) № 10 СН и гольмиево-лазерный аппарат ACCU TECH 80W (Китай). Эффективность вмешательства оценивали по регрессии мочевого синдрома, данным УЗИ с определением остаточной мочи, урофлоуметрии и микционной цистографии.

**Результаты.** По результатам исследований у всех больных был диагностирован I тип клапана задней уретры. Затрудненное мочеиспускание ( $V_{\max} 10,8 \pm 0,3$  мл/с) и объём остаточной мочи более  $15,0 \pm 2,6$  мл были отмечены у больных в ранние сроки после рассечения клапана холодным ножом. У 18,5% больных с остатками створок требовалось выполнение повторной уретроскопии и гольмиево-лазерной резекции через 3 месяца. В отдалённые сроки у 64 мальчиков после лечения клапана задней уретры отмечена стабильная ликвидация мочевого синдрома, отсутствие затрудненного мочеиспускания и остаточной мочи после опорожнения. У больных 2 группы в послеоперационном периоде осложнения отсутствовали. У 3-х больных 1 группы развился ПМР, из которых у 2 детей мочевого синдром сохранялся



длительно. Проведенная трансуретральная коррекция вторичного ПМР по методике НИТ I с помощью объёмобразующего вещества дала положительный результат в 86,7% наблюдений после однократной инъекции и в 13,3% наблюдений после повторных инъекций.

**Заключение.** Трансуретральная резекция клапана задней уретры у детей с помощью гольмиевого лазера позволяет минимизировать риск сохранения инфравезикальной обструкции (остаточные створки клапана), стриктуры уретры и вторичного ПМР за счет адекватного восстановления уродинамики нижних мочевых путей.

Рахматуллаев А.А., Саттаров Х.А., Ниёзов Ф.Ё. Рузиев М.Ю.  
**БОЛАЛАРДА УРЕТРА ОРҚА ҚИСМИ КЛАПАНИНИ ВА УНГА  
ҲАМРОХ СУПРАВЕЗИКАЛ ОБСТРУКТИВ УРОПАТИЯЛАРДА  
ЭНДОСКОПИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИ БАҲОЛАШ**

Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институти,  
Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий амалий тиббиёт маркази,  
Тошкент ш.

**Долзарблиги.** Янги туғилган чақалоқлар паталогияларининг 10-12% сийдик йўллариининг туғма нуқсонига тўғри келади. Сийдик йўллари паталогиясининг оғир тури хисобланган, ўғил болаларда учрайдиган уретра орқа қисми клапани (УОК) охириги вақтларда кўп учраши, касалликнинг юқори сийдик йўллари обструктив аномалиялари билан биргаликда келиши, бу касаллик устида қилинаётган тадқиқотларни тизимлаштириш лозимлигини англатди.

**Мақсад.** УОК билан бирга келувчи рефлюксланувчи мегауретер (РМУ) ва обструктив мегауретерларда (ОМУ) эндоскопик оператив даво тактикасини такомиллаштириш.

**Материал ва услублар.** 2014-2020й.й. РИПИАТМ хирургия бўлимида даволанган УОК ва унга ҳамроҳ келган суправезикал обструкциялар билан даволанган 120 та бемор текширилди. Улар 2 гуруҳга ажратилди: 1 гуруҳ – УОК ва рефлюксланувчи мегауретер, 52 та бемор (70 та сийдик найи); 2 гуруҳ – УОК ва обструктив мегауретер билан биргаликда 68 та бемор (101та сийдик найи).

1-гуруҳ беморларда оператив даво сифатида трансуретрал уретра орқа қисми клапанини кесиш билан биргаликда симультант қовуқ-сийдик найи рефлюкси эндоскопик НИТ I ва НИТ II усулларида оператив муолажа ўтказилди. 2-гуруҳ беморларда, яъни ОМУларда уретеровезикал сегментни трансуретрал баллон дилатацияси ва сийдик найини стентлаш оператив муолажаси симультант тарзда ўтказилди. Оператив давонинг

самарадорлигини баҳолаш мақсадида эрта ва кечки даврларда сийдик йўллари УТТ, сийдикни сийдик найдан қовуққа отилиши доплерографияси, экскретор урография, микцион уретроцистография, урофлоуметрия ва диагностик уретроцистоскопия усулларида олиб борилди.

**Натижалар.** 1-гурух беморларда динамик кузатув давомида клапан коррекцияси беморларнинг барчасида (100%) яхши натижа берди. Қовуқ-сийдик найи рефлюксининг бирламчи эндоскопик коррекциясидан сўнг 43та беморда (82,7%), иккиламчи эндоскопик коррекциядан сўнг эса 9 та беморда (17,3%) сийдик найида қовуқ-сийдик найи рефлюкси тўлиқ бартараф этилди. 2-гурухнинг 6 та беморида (8,8%) УОКда қўшимча трансуретрал кесиш муолажаси ўтказилди. ОМУ бирламчи коррекцияси 75 та сийдик найида (74,3%) уретеровезикал сегмент баллон дилатацияси ва сийдик найини стентлаш операциясидан сўнг, юқори сийдик йўлларида уродинамика тўлиқ тикланиши аниқланди. Иккинчи марта трансуретрал муолажадан сўнг 19,8% ҳолатда (20 та сийдик найида) қониқарли натижа олинди. 6 та сийдик найида (5,9%) трансуретрал муолажа самарасизлиги аниқланди ва 6 ойдан сўнг қониқарли натижа билан очик усулдаги Politano-Leadbetter операцияси бажарилди.

**Хулоса.** Орқа уретра клапани ва унга ҳамроҳ келган суправезикал обструктив уропатияларни бир вақтнинг ўзида миниинвазив трансуретрал оператив даво муолажаларини ўтказиш бу усулнинг самарадорлигини англатади.

Рахмонов Д.Б., Хамраев А.Ж.

## **ПОВТОРНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЯХ У ДЕТЕЙ**

Самаркандский государственный медицинский институт, г.Самарканд  
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Проблемы послеоперационных осложнений аноректальных мальформаций (АРМ) у детей и адекватные повторные реконструктивные операции остаются далеко нерешенной в детской колопроктологии. Послеоперационные осложнения при хирургической коррекции АРМ зависят от показания, выбора оперативной тактики, эффективности метода первичной коррекции, наличия сопутствующих врожденных патологий соседних органов и профессионализма хирурга.

**Цель.** Улучшение результатов хирургической коррекции АРМ у детей.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением на базах (1-ГКДБ г.Ташкента и МДОБ г.Самарканда) кафедр детской хирургии ТашПМИ и СамМИ в 2007-2020 г. находились 179 больных, которым выполнены

различные первичные корригирующие операции. Ретроспективно проведено катамнестическое обследование 58 (32,4%) больных, поступивших для повторной операции на аноректальной зоне по поводу недостаточности анального сфинктера заднего прохода и прямой кишки. Возраст больных: 3–12 мес. – 8 (14,3%); 1-3 года – 24 (41%); 3-7 лет – 17 (28,6%); 8-14 лет – 9 (16%). Больным проведены 137 реконструктивных операций: однократно – 58 (41,6%), дважды – 20 (12,8%), трижды – 11 (8,8%) и четырежды – 2 (1,6%). Мальчиков было – 27, девочек – 29.

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

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

**Результаты.** При тщательном изучении историй болезни, выписки и анамнеза больных, нами было выявлено, что неудачность первичной хирургической коррекции АРМ и её осложнения развивались на почве диагностических (39%), тактических и технических (61%) ошибок. Диагностические ошибки – неправильное определение высоты атрезии, не диагностирование свищей уретры, первичной неточной идентификации верификации пороков; тактические ошибки – неправильный выбор показания и сроков проведения первичной радикальной операции или наложения колостомы; технические – ранение уретры, повреждение сфинктера, недостаточная мобилизация дистального отдела толстой кишки и др.

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

Результаты повторных реконструктивных операций показали, что чем больше кратность операции, тем больше тенденции к рубцеванию и стриктуры ануса. Поэтому важно, чтобы между операциями проводилось местное противовоспалительное и противоспаечное реабилитационное лечение, как профилактика разрастания рубцовой ткани. В первой (основной) группе, всем 33 больным при недостаточности анального сфинктера нами проводились электростимуляция анального жома аппаратом ФЭС-02 и больным старше 5 лет у 12 больных по показанию проводили БОС терапии. При стенозе заднего прохода – электрофорез с лидазой с баллонодилатацией. Такой вид чередования реабилитационного лечения проводился у 30 больных первой группы перед и после каждой повторной операцией, у 30% больных улучшились результаты операций на аноректальной зоне у детей. Результаты проведенных исследований показали, что, при выборе тактики лечения эффективными являются проведение послеоперационной реабилитации после каждого этапа реконструктивных операций.

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

Рузикулов У.Ш., Валиев Н.А.  
**КЎКРАК ҚАФАСИНИНГ ТЎҒМА ГИРДОБСИМОН  
ДЕФОРМАЦИЯСИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИНГ ЖИСМОНИЙ  
РИВОЖЛАНИШ ҲОЛАТИ**

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент ш.

**Мавзунинг долзарблиги.** Болаларда кўкрак қафасининг гирдобсимон деформацияси (КҚГД) – кўкрак қафасининг тўш-қовурга комплексидаги деформацияси бўлиб, бу туш қовурга комплексининг ичкарига ботиши билан тавсифланади. Деформация туш суягининг даста ва танасидан бошланиб, III-VIII қовурғаларнинг тоғай қисмини камраб олади, шу билан бирга қовурғаларнинг равоғига ҳам давом этади. КҚГД нафақат кометик нўқсон бўлибгина қолмасдан, балки юрак қон томир, нафас тизимидаги ўзгаришлари ҳамда модда алмашинувининг бўзилиши билан бирга кузатиладиган нўқсондир (Ходжанов И.Ю., Хакимов Ш.Қ, 201; Стальмахович В.Н., 2017).

Бир гуруҳ олимлар КҚГД сини тўғма касаллик деб ҳисоблайди ва унинг келиб чиқишида бириктирувчи тўқималарнинг дисплазиси билан боғлиқлигини айтишган. Организмда асосан бириктирувчи тўқималардан иборатлигини ҳисобга олганда, бу жараён барча тўқималарда кузатилади. Бу эса модда алманишувининг бузилиши натижасида ўсувчи организмнинг жисмоний ривожланишга ҳам ўз таъсирини кўрсатади.

**Мақсад.** Кўкрак қафасининг гирдобсимон деформацияси бўлган беморларнинг жисмоний ривожланиш ҳолатини ўрганиш.

**Материаллар ва текшириш усуллари.** Тошкент педиатрия тиббиёт институтининг клиникаси травматология ва ортопедия бўлимида 2016-2020 йилларда даволаган 36 та беморларда текширишлар ўтказилди. Улардан 24 (66,7%) та ўғил, 12 (33,3%) қиз болалар бўлиб, 23 (63,9%) таси II даражали, 13 (56,1%) таси эса III даражадаги КҚГД бўлган беморлар ташкил қилади. Жисмоний ривожланиш ҳолатни аниқлашда антропометрик текшириш ўтказилди. Тана вазни электрон торозида, бўйи бўй улчагичда улчанди. Натижаларига асосланиб Кетле II индексини аниқлашда қуйидаги формуладан фойдаланилди: тана вазни (кг)/тананинг узунлигини ( $m^2$ ). Беморларни тўлақонли текширишлар (клиник ва инструментал текширишлардан: ЭКГ, ЭхоКГ, спирогафия, рентгенограмма, биохимик-пролин, глицин) олиб борилди ва барча беморларда Насса операция усулида оператив муолажа ўтказилди.

**Натижалар ва муҳокама.** Кузатувдаги беморларни оператив муолажадан олдин тана вазни ва бўйи улчанилганда уст кийимларини ечинтирилган ҳолатда бажарилди. Тана вазнининг 4-7 ёшгача болаларда  $15 \pm 0,3$ , 8-11 ёшгача бўлган беморларда  $22 \pm 1,3$ , 12-15 ёшлиларда  $23 \pm 2,3$  натижалари аниқланди. Бўйи эса мос равишда 4-7 ёшда  $134 \pm 2,4$ , 8-11 ёшда  $146 \pm 4,1$ , 12-15 ёшда эса  $155 \pm 4,7$  см тўғри келади. Бу маълумотларга асосланиб, Кетле II индекси ҳар бир беморда Excel програмасида аниқланди ва улар мос равишда  $M \pm m$  четланишлари ҳисобланди. Унда Кетле II индекси перцентилда аниқланади ва унинг учда даражаси фарқланади. Агар 25 гача бўлса оғир, 25 дан 10 гача ўрта оғир, 10 дан 3 гача енгил даражадаги жисмоний ривожланишдан орқада қолиш аниқланади. Олинган натижаларга асосланиб, беморларнинг 14% оғир, 53% ўрта оғир ва 35% си енгил даражадаги орқада қолиши аниқланди.

Бундан ташқари 87% беморларда тана тузилишининг астеник ҳолатда куриниши аниқланди.

Бу маълумотлардан куришиб турибдики, кўкрак қафасининг гирдобсимон деформацияси бўлган болаларда жисмоний ривожланишдан орқада қолиши, кўкрак қафасининг ҳажмининг камайиши натижасида юрак қон томир ва нафас тизими фаолиятининг бузилиши оқибатида модда алмашинувининг етарли бўлмаслиги ва болаларнинг жисмоний ривожланишининг орқада қолиши аниқланди.

**Хулоса.** КҚГД бўлган беморларни жисмоний ривожланишдан орқада қолмаслиги учун имконият даражасида оператив давони эрта даврда профессионал даражада бажарилиши ўсувчи организмнинг тенгқурларидек жисмоний ривожланишини таъминлашга олиб келади.

Рўзматов И.Б.<sup>1</sup>, Сапаев О.Қ.<sup>1</sup>, Эргашев Б.Б.<sup>2</sup>

## ОМФАЛОЦЕЛЕНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИ ТАҲЛИЛИ

ТТА Урганч филиали<sup>1</sup>, Урганч ш.

Республика перинатал маркази<sup>2</sup>, Тошкент ш.

**Долзарблик.** Охирги йилларда омфалоцеле билан касалланган беморларга ўз вақтида самарали ёрдам кўрсатилишига қарамасдан, кўплаб асоратлар кузатилмоқда ва бу ҳолат ўлим кўрсаткичини юқори даражада сақланиб туришига олиб келмақда.

**Мақсад.** Омфалоцелени тури ва бемор аҳволидан келиб чиқиб даво тактикасини тўғри танлаш асосида даво натижасини яхшилаш.

**Материал ва услублар.** 103 нафар чақалоқ омфалоцеле ташхиси билан бизнинг кузатувимиз остида бўлиб, 2006-2010 йилларда даволанган 48 нафар чақалоқ таққослов гуруҳи, 2011-2019 йилларда даволанган 55 нафар бемор эса асосий гуруҳга бўлинди. Чақалоқларнинг 45 (43,7%) нафарини қиз болалар, 58 (56,3%) нафарини эса ўғил болалар ташкил қилди. Болаларнинг 84 (81,6%) нафари вақтида туғилганлар, 19 (18,4%) таси эса муддатига етмай туғилган чақалоқлардир. Ҳамма беморларда умумий клиник текширувлардан ташқари қорин бўшлиғи умумий рентгенографияси, ички аъзолар ва чурра халтаси УТТ, эхокардиография, нейросонография ўтказилди.

**Натижа ва таҳлиллар.** Омфалоцеле билан касалланган 103 та чақалоқдан 91 (88,3%) нафарига оператив даво ўтказилди: 77 (84,6%) тасига радикал операция, 14 (15,4%) нафарига эса босқичли хирургик даво усули қўлланилди. Операцияга монелик қилувчи қўшимча кўплаб нуқсонлари бор бўлган 12 (11,7%) беморга консерватив даво ўтказилди. Операция турини танлаш, авваламбор, чурра ўлчамига ва йўлдош нуқсонларнинг мавжудлигига, шунингдек висцеро-абдоминал диспропорциянинг даражасига боғлиқ бўлди. Асосий гуруҳдаги 55 нафар беморнинг 53 (96,4%) тасида жарроҳлик муолажаси ўтказилди. Ушбу гуруҳда 44 (80%) бемор даволаниб чиқди, 11 (20%) нафари нобуд бўлди. Ўлим ҳолатига қўшимча оғир йўлдош касалликлар (МНС, юрак ва ўпканинг туғма нуқсонлари) сабабчи бўлди. Таққослов гуруҳидаги 48 нафар чақалоқларнинг 38 (79,2%) нафарига жарроҳлик амалиёти ўтказилди. 11 (22,9%) нафари операциядан кейин, 10 (20,8%) нафари эса консерватив даводан кейин нобуд бўлди ва мазкур гуруҳда ўлим 21 (43,7%) нафарни ташкил этди. Ўлим ҳолатини кўплигига чақалоқларга вақтида тегишли ёрдам кўрсатилмаганлиги (нотўғри транспортировка, чурра қопигани нотўғри парваришлаш, нотўғри туғруқ усулини танлаш) – 13 (61,9%), қўшимча оғир йўлдош касалликлар (МНС, юрак ва ўпканинг туғма нуқсонлари) – 8 (38,1%) сабабчи бўлган. Клиникамизда жорий этилган даво критериялари: беморни тўғри транспортировка қилиш қоидалари, туғруқ усулини тўғри танлаш, консерватив ва оператив давога кўрсатмалар, мукамаллаштирилган

оператив даво усуллари натижасида операциядан кейинги асоратлар ва ўлим кўрсаткичларини камайишига эришилди. Асосий гуруҳдаги вақтида туғилган, бўй ва тана вазни меъерий бўлган, қорин бўшлиғида ўртача даражадаги висцеро-абдоминал диспропорция аниқланган бир беморга омфалоцеленинг катта ўлчамли бўлишига қарамасдан радикал операция ўтказилди. Операциядан кейинги 4-5 кун мобайнида қорин олд девори мушакларини медикамент релаксацияда ушлаб туриш қорин бўшлиғини тез муддатларда ўсиб янги ҳолатга мослашиб олишига имкон яратди. Бу ҳолат катта ҳажмли чурраларда ҳам радикал операция бемор ҳаётига хавф солмаслигини хулоса қилишга олиб келди.

**Хулоса.** Биз ишлаб чиққан ва жорий этган даво критерияларига амал қилган ҳолда тавсиялар тўғри ва ўз вақтида бажарилса, шубҳасиз яхши ва қониқарли натижага эришиш мумкин. Буни исботи тариқасида шуни келтирамизки, клиникамизда жорий этилган даво критериялари асосида олиб борилган муолажалар натижасида асосий гуруҳда даволаниб чиққан беморлар сони 23,8% га ошди, ўлим ҳолати 2,2 баробарга камайди.

Сабилов Э.Э., Ташкенбаева И.У.

## ИЗУЧЕНИЕ ПРИЧИН ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО УДАЛЕНИЯ МОЛОЧНЫХ МОЛЯРОВ У ДЕТЕЙ

Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент

Ташкентский государственный стоматологический институт, г.Ташкент

**Актуальность.** В современной стоматологии считается, что удаление зуба преждевременно, если оно произошло за 2 года до естественной смены зубов. Однако данный вопрос является предметом дискуссий, так как также существует мнение, что ранним является удаление за один год до естественной смены зубов. Преждевременная потеря временных зубов отрицательно влияет на формирование челюстей: происходит снижение активности зон роста, и, как следствие, недоразвитие челюстных костей. Это является причиной укорочения зубных рядов и формирования скученности зубов. При недостатке места в зубном ряду возникают аномалии положения отдельных зубов, такие как вестибулярное, оральное положение зубов и тортоаномалии. При ранней потере временных моляров происходит мезиальное смещение первых постоянных моляров и/или их конвергенция. В результате происходит наклон и мезиальное смещение зачатков премоляров. При прорезывании первый премоляр зачастую занимает место временного клыка, и, вследствие нехватки места, постоянные клыки прорезываются вне зубной дуги.

**Целью исследования** явилось определение количества удаленных первых и вторых временных моляров с диагнозом хронический апикальный

периодонтит, периапикальный абсцесс в разные возрастные периоды от 3 до 14 лет.

**Материалы и методы.** По данным эпидемиологического обследования детского населения Юнусабадского района (2 детская стоматологическая поликлиника Юнусабадского района) города Ташкента в 2019 г [1]. Методом случайной выборки просмотрено 550 амбулаторных карт стоматологического здоровья детей в возрасте от 3 до 14 лет, где выявлены 250 случаев хирургического лечения периодонтитов временных моляров. Регистрировали возраст детей, количество удаленных зубов с осложненным кариесом в первых и вторых временных молярах и причины осложнений, приведших их к удалению.

**Результаты исследования и обсуждение.** В результате анализа амбулаторных карт было установлено, что общее количество удаленных первых и вторых временных моляров составило 250 зубов. По поводу хронического апикального периодонтита было удалено 100 зуба, что составляет 37,8 %, из них 60 случаев – первые временные моляры и 40 – вторые временные моляры. По поводу обострения хронического воспалительного процесса 150 зубов (65,2 %) были удалены, из них 90 – первые временные моляры и 60 – вторые временные моляры. Было установлено, что временные моляры удаляются чаще по поводу обострения хронического апикального периодонтита. В возрастных группах от 3–4, 4–5 лет отмечаются единичные случаи удаления временных моляров. В возрастной группе детей 5–6 лет количество удаленных моляров значительно возрастает (20), значительно увеличиваются в возрастной группе детей 6–7 лет (49), достигает максимума в группе 7–8 лет (63) и продолжает оставаться высокой и в группе детей 8–9 (38), 9–10 (43), 10–11 лет (32). Отмечается значительное количество удаленных вторых моляров (43 зуба – 35,4 %) в возрастных группах 6-7 и 7-8 лет из общего числа удалений 110 зубов.

#### **Заключение**

1. Из числа всех удалений первых и вторых временных моляров 150 случаев, что составляет 62,2 %, приходится на обострение хронического воспалительного процесса.
2. Частота удаления вторых временных моляров в группах 6-7 и 7-8 лет составляет 38,4 % (43 зуба) в этой возрастной группе из общего числа удалений 112 зубов.
3. Причиной преждевременного удаления первых и вторых временных моляров является чаще всего осложнения после проведенного эндодонтического лечения.



4. Установлено, что 56,6 % (153 зуба) из 250 удалений временных моляров в период физиологической смены зубов сопровождается диагнозами хронический апикальный периодонтит и периапикальный абсцесс.

Сапаев О.К., Рузматов И.Б, Яхшимуратов С.Ш.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЕЛОПЛАСТИКИ ПРИ ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА**

Ургенческий филиала ТМА, г.Ургенч

Проблема хирургического лечения врожденного гидронефроза остается актуальной, так как, неудовлетворительные результаты, особенно при поздних стадиях остается все еще высокой.

**Цель.** Улучшение результатов хирургического лечения больных с поздними стадиями врожденного гидронефроза.

**Материал и методы.** Проанализированы ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения врожденной обструкции пиелoureтерального сегмента, выполненных в хирургических отделениях Хорезмского ОДММЦ и клиники Ургенческого филиала ТМА за период с 2009 по 2020 гг.

У 91 больного (97 операции – у 6 больных со 2-х сторон) с III а и б стадиями врожденного гидронефроза выполнена операция: широкая резекция ПУС с наложением анастомоза по типу «бок в бок» с легким натяжением анастомоза (получено патент РУЗ на изобретение №IAP 02679 от 31.03.2005.) с применением непрерывного шва.

**Результаты и обсуждение.** Послеоперационный период у всех больных протекал гладко. В ближайшем послеоперационном периоде уродинамика удовлетворительно восстановилась в 98% наблюдений. Отдаленные результаты изучены у 83,5% оперированных больных. Уже через 6 месяцев, а более убедительно через 1 год, ретенционные изменения верхних мочевых путей значительно уменьшились. В отдаленном периоде рубцовых стенозов анастомоза не прослежено.

**Заключение.** Широкий анастомоз при операции ПУА «бок в бок» позволяет предотвратить стеноз анастомоза, а максимальная резекция прилоханочного отдела мочеточника с высоким подшиванием мочеточника снижает вероятность оставления неполноценных гипоплазированных зон в данной области.

Непрерывный шов при наложении анастомоза позволяет ускорить время наложения анастомоза, а отсутствие ущемление стенки мочеточника, встречаемое при наложении узловых швов, улучшает заживления анастомоза, образуя "нежные" рубцы в зоне анастомоза, тем самым улучшает проходимость анастомоза.

Сатаев В.У., Алянгин В.Г.

## **ВИДЕОРЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ**

Кафедра детской хирургии с курсом ИДПО БГМУ, г.Уфа,

В детской урологической практике, для оперативного лечения широко используются доступы с использованием эндовидеохирургической техники. Одним из таких доступов является видеоретроперитонеоскопический (ВРПС).

В клиниках детской хирургии БГМУ на базах ГДКБ № 17 и РДКБ в течение 5 лет методом ВРПС оперированы 89 детей с патологией мочевыводящих путей. Возраст пациентов составил от 4 до 14 лет. Из данного доступа проведены следующие виды вмешательств: нефрэктомия – 4, иссечение кист почек – 52, уретеролиз – 3, эхинококкэктомия – 1, клипирование левой яичковой вены при рецидиве варикоцеле – 12, пиелолитотомия – 1, пластика лоханочно-мочеточникового сегмента при гидронефрозе – 12, гемостаз паренхимы почки при травматическом повреждении – 8, геминефрэктомия – 2.

Всем детям оперативные вмешательства выполнялись под интубационным наркозом. Создание искусственного «рабочего пространства» вокруг почки создавали по разработанной нами оригинальной методике с помощью устройства для расслоения забрюшинной клетчатки, остальной используемый эндохирургический инструментарий был стандартным. В зависимости от необходимости использовали 3-5 портов, диаметром 3, 5, 10-мм. В сравнении с традиционным доступом по Федорову для выполнения ВРПС доступа приходилось на 28% времени меньше. Общая продолжительность оперативного лечения была сопоставима по времени с использованием традиционного люмботомического доступа. Суммарная кровопотеря при ВРПС была меньше, отмечались более ранняя активизация больных в послеоперационном периоде и меньший болевой синдром. Сроки лечения в реанимационном отделении у пациентов с ВРПС доступом были меньше более чем на 45%. Конверсия произведена в 6-ти случаях, как правило, при травматических поражениях почки и гидронефрозе.

Таким образом, используемый нами доступ, может быть рекомендован к использованию хирургами и урологами, имеющими эндоскопические мануальные навыки. Применение ВРПС доступа считаем более физиологичным, который позволяет в большинстве случаев выявить и малотравматично устранить патологию органов мочевыводящей системы.

Саттаров Ж.Б., Назаров Н.Н., Тиллабоев С.В., Отаназаров Ж.У.  
**ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ ЧАСТИЧНОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ**  
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Введение.** Под низкой кишечной непроходимостью подразумевают все виды непроходимости тонкой и толстой кишки, за исключением дуоденальной непроходимости. Причинами кишечной непроходимости могут быть атрезия кишки, мембрана, кистозное удвоение кишки, лимфангиома брыжейки тонкой кишки, мекониевый илеус, болезнь Гиршпрунга.

**Цель исследования.** Анализ результатов диагностики и лечения различных разновидностей врожденной частичной толстокишечной непроходимости у детей.

**Материал и методы исследования.** За 2010-2019 годы в клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ на обследовании и лечении находились 34 ребёнка в возрасте от 2 месяцев до 18 лет с различными формами врожденной частичной толстокишечной непроходимости. В возрасте до 1 года – 11, от 1 до 3 лет – 7, от 3 до 18 лет – 16. Мальчиков было – 19, девочек – 15. Диагноз ставили на основании анамнеза, клинкорентгенологических данных, ультразвукового, эндоскопического и морфологического исследований.

**Результаты и их обсуждение.** Анамнестические данные указывали на склонность к запорам у детей раннего возраста и упорные запоры у детей старшего возраста. При поступлении у всех больных состояние было расценено как среднетяжелое. Первичный осмотр и оценка объективных данных поступивших детей с диагнозом врожденной частичной кишечной непроходимости выявили клинические признаки, характерные для низкой кишечной непроходимости. Практически у всех больных картина кишечной непроходимости возникла внезапно, на фоне полного здоровья. При тщательном обследовании и наблюдении детей в динамике, с проведением рентгенологического и ультразвукового исследования, у 21 ребёнка диагноз был установлен до операции, 13 детей были оперированы с различными предположительными диагнозами патологии толстой кишки. У 27 детей с частичной кишечной непроходимостью, хирургическая коррекция аномалий выполнена в плановом порядке после устранения нарушений гомеостаза. 7 детей были оперированы в экстренном порядке.

Причинами частичной толстокишечной непроходимости являлись: циркулярный стеноз толстой кишки – 5; кистозное удвоение толстой кишки - 4; мембрана толстой кишки - 8; нарушения фиксации толстой кишки с явлениями толстокишечной непроходимости – 17. Из 34 детей, 25 оперированы одновременно радикально: резекция толстой кишки с наложением коло-

колоанастомоза – у 22 (в том числе при пороках фиксации толстой кишки – 7), резекция илеоцекального угла и восходящей ободочной кишки с наложением илеотрансверзоанастомоза – у 3. Поэтапная операция произведена – у 9: 5 – наложение колостомы с последующей радикальной операцией; 4 – поступили из других стационаров с предварительно наложенной колостомой.

Целью наложения противоестественного заднего прохода явилась разгрузка предельно растянутой толстой кишки, исключая возможность наложения коло-колоанастомоза из-за большой разницы диаметров выше и ниже лежащего отделов толстой кишки, или явления инфантилизма толстой кишки ниже обструкции. При нарушениях фиксации с явлениями толстокишечной непроходимости в 10 случаях ограничили разделением тяжей и колопексией в физиологическом положении.

**Таким образом,** правильный выбор тактики лечения врожденной частичной толстокишечной непроходимости должен быть основан на комплексном обследовании, включающем клиничко-лабораторные, рентгенологические, ультрасонографические исследования. Выбор объема и способа хирургического лечения зависят от тяжести состояния больного и степени расширения проксимального отдела толстой кишки, в зависимости от которого проводится одноэтапная или поэтапные операции.

Саттаров Ж.Б., Хуррамов Ф.М., Тиллабоев С.В., Отаназаров Ж.У.  
**ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ МАЛЬРОТАЦИИ  
КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Введение.** Одной из причин врожденной кишечной непроходимости являются нарушения ротации и фиксации средней кишки – мальротация кишечника (МК). По единодушному мнению специалистов, при МК с учетом жизнеугрожающих осложнений показано экстренное или плановое хирургическое лечение по установлению диагноза. Несмотря на достигнутые успехи хирургического лечения МК, осложнения, возникающие интраоперационно и в послеоперационном периодах, значительно ухудшают ее результаты.

**Цель** настоящего исследования на основе собственных клинических наблюдений изучить ранние послеоперационные осложнения при мальротации кишечника у детей.

**Материал и методы исследования.** В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ находились 123 ребенка в возрасте от одного дня до 15 лет с различными формами мальротации и аномалиями фиксации кишечника. Оперативное вмешательство проведено у 116 (94,3%). 7 (5,7%) детям из-за временного отказа родителей от операции проводили

консервативные мероприятия, которые были направлены на купирование болевого синдрома и явления частичной кишечной непроходимости. Больные разделены на две группы: основная группа – 46 (39,7%) больных; группа сравнения – 70 (60,3%) больных.

У 67 (57,8%) из 116 оперированных больных с мальротациями патология была представлена изолированным вариантом; у 49 (42,2%) сочеталась с нозологическими формами высокой – 24 (20,7%) или низкой – 25 (21,5%) кишечной непроходимости.

95 (81,9%) больным проведена радикальная коррекция нарушений ротации и фиксации кишечника и связанных с ними осложнений. У 21 (18,1%) больного коррекция компонентов мальротации завершена паллиативными вмешательствами (наложение стомы – 17, колостомы – 4).

**Результаты и их обсуждение.** Из 116 оперированных детей с мальротацией у 21 (18,1%) послеоперационный период протекал гладко. У 95 (81,9%) развились различные осложнения, преимущественно у новорожденных – у 67 (87%) из 77. Из 39 детей старшего неонатального возраста – у 28 (71,8%).

Ранние послеоперационные осложнения: общехирургические (парез кишечника, гнойно-воспалительные осложнения, эвентрация кишечника) у 27 (28,4%) оперированных; специфические (несостоятельность анастомоза, неустраненная сочетанная аномалия, неустраненная мальротация, лимфорея, перитонит) – у 18 (19,0%); соматические (острая дыхательная недостаточность, острая почечная недостаточность, диссеминированное внутрисосудистое свертывание, сепсис, полиорганная недостаточность, генерализация внутриутробной инфекции, два и более осложнений) наблюдались – у 50 (52,6%) больных.

Среди общехирургических осложнений в раннем послеоперационном периоде у 23 (85,2%) детей, чаще у новорожденных, парез кишечника наблюдался с одинаковой частотой в основной (19,6%) и группе сравнения (20,0%).

Специфические осложнения диагностированы у 18 (19,0%) больных: в основной группе у 6 (13,0%); в группе сравнения – у 12 (17,1%). У 12 (10,3%) новорожденных (в основной группе – 2 (16,7%); в группе сравнения – 10 (83,3%)) отмечен перитонит. У 11 (91,7%) из них за счет прогрессирования дооперационного воспаления брюшины, возникшего на фоне перфорации или некроза кишечника в условиях внутриутробного инфицирования. У одного (8,3%) оперированного новорожденного в возрасте 2 дней – вследствие несостоятельности анастомоза.

Соматические осложнения, отягощающие течение послеоперационного периода, наблюдались у 50 (52,6%) больных, из них в группе сравнения – у 36 (51,4%), в основной – у 14 (30,4%).

Таким образом, анализ ранних послеоперационных осложнений свидетельствует, что причиной их возникновения являются неблагоприятный соматический фон, обусловленный сопутствующими заболеваниями или возникшими осложнениями.

Саттаров Ж.Б., Тиллабоев С.В., Отаназаров Ж.У., Бобохонов К.К.  
**РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ МАЛЬРОТАЦИЙ  
КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Введение.** Многие аспекты хирургического лечения МК у детей остается дискуссионными. По мнению большинства специалистов, учитывая серьезные осложнения при мальротациях кишечника показано хирургическое лечение по установлению диагноза. При ротационных нарушениях кишечника оптимальным считают операция Ледда – названного с именем известного американского детского хирурга впервые обосновавшего способ оперативного вмешательства используемый по сей день. Однако данное вмешательство не может служить универсальным методом коррекции при многообразных вариантах мальротации.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение результатов лечения детей с мальротацией кишечника.

**Материал и методы исследования.** В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ находились 123 ребенка в возрасте от одного дня до 15 лет с различными формами мальротации кишечника. Среди больных преобладали мальчики – 81 (65,9%), девочки – 42 (34,1%).

**Результаты и их обсуждение.** Из 123 больных оперативное вмешательство проведено у 116 (94,3%). 7 (5,7%) детям из-за временного отказа родителей от операции проводили консервативные мероприятия. Отдаленные результаты лечения в срок от 6 мес. до 10 лет отслежены у 46 (62,2%) из 74 выписанных больных.

Хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные результаты оценивали по следующим критериям.

Хороший отдаленный результат получен у 28 (66,7%) пациентов – отсутствие жалоб и лабораторно-инструментальных признаков заболеваний органов брюшной полости, поздних осложнений и неблагоприятных последствий операции. Физическое развитие соответствовало возрасту ребенка.

Удовлетворительный результат лечения отмечен у 5 (11,9%) обследованных: после оперативного вмешательства отмечено улучшение самочувствия, но периодически возникали боли в животе или подтвержденные инструментальными методами патологические состояния (хронические

запоры, дисбактериоз кишечника, гастродуоденит, дефицит массы тела от 5 до 12% от должного), требующие проведения симптоматической терапии без повторных операций.

Неудовлетворительный результат лечения наблюдался у 9 (21,4%) больных: отмечены рецидив болезни, отставание в физическом развитии больше чем на 12% от должного; отдаленные осложнения, потребовавшие повторного оперативного лечения; летальный исход от осложнений проведенной операции. У 4 (44,4%) неудовлетворительный результат после консервативного лечения, у 5 (55,6%) – летальный исход в отдаленные сроки после оперативного вмешательства.

У 28 больных при достаточной длине и ширине брыжейки без натяжения мезентериальных сосудов удалось переместить и фиксировать толстую кишку вдоль брюшной стенки до подвздошной области с типичной локализацией тонкой кишки и илеоцекального угла.

В 88 случаях недоразвития брыжейки или относительной краткости брыжеечных сосудов независимо от вида мальротации после устранения патологических фиксации кишечника оставлен в исходном положении незавершенной ротации.

В заключение, можно отметить, что консервативная тактика при МК неприемлема, оправдана оперативная коррекция после установления диагноза. Хирургическая коррекция, направленная на устранение сочетанных аномалий и компонентов мальротации в зависимости от ее анатомической формы, дифференцированный подход к завершению операции с фиксацией толстой кишки в физиологическом положении (24,1%) или без нее (75,9%) в зависимости от строения брыжейки и длины мезентериальных сосудов в 66,7% случаев обеспечивает хорошие результаты в отдаленные сроки. Часто наблюдаемый хронический колостаз различной интенсивности и соответствующие жалобы пациентов в отдаленные сроки лечения в основном обусловлены тотальным или сегментарным удлинением толстой кишки.

Саттаров Ж.Б., Хуррамов Ф.М., Хакимов Т.П., Назаров Н.Н.

### **ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ МОШОНКИ И ЯИЧЕК У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Введение.** Острые заболевания органов мошонки занимают первое место среди заболеваний наружных половых органов у мужчин. Пациенты с этой патологией составляют 4-8,1% всех госпитализированных в урологические стационары.

**Цель** настоящего исследования – изучить частоту и особенности диагностики повреждения органов мошонки и яичек у детей.

**Материал и методы исследования.** В основу настоящей работы положен анализ результатов диагностики лечения 287 детей с острыми заболеваниями органов мошонки в возрасте от 1 года до 18 лет, находившихся на стационарном лечении в клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ с 2014 -2018 гг. Из них 269 (93,7%) были подвергнуты оперативному лечению, 18 (6,3%) больных - консервативному. Больные были в возрасте: до 1 года – 6 (2,0%); от 1 года до 3 лет – 17 (6,0%); от 4 до 6 лет – 48 (16,7%); от 7 до 11 лет – 80 (27,9%); от 12 до 18 лет – 136 (47,4%).

Поступление по годам больных детей с синдромом отёчной мошонки были довольно неравномерными, однако это свидетельствует о преобладании острых поражений гидатид у 165 (57,5%) и перекрута яичка у 51 (17,7%). Повреждения и воспалительные заболевания яичка встречались соответственно у 53 (18,5%) и у 18 (6,3%) больных.

**Результаты и их обсуждение.** Прослеживается определенная закономерность распределения больных по возрасту и характеру патологии. Повреждения органов мошонки (ПОМ) чаще наблюдаются у детей подростков, уменьшаются среди детей от 1 до 3 лет (3-5,7%). Начиная с 4-6 лет (9-17,0%) вновь наблюдается рост заболеваемости. В 7-11 лет (13-24,5%) отличается максимум среди детей 12-18 лет (28-52,8%). Основными причинами закрытых повреждений мошонки являлись: нанесение прямого удара в промежность – у 6 (11,3%); катание на велосипеде – у 5 (9,4%); травма игровых детских площадок – у 23 (43,4%); происшествия в спортивных секциях – у 16 (30,2%); причины неизвестны – у 3 (5,7%) больных. Больные поступили на 1 сутки – 9 (53,0 %); вторые сутки – 41 (35,3%); третьи и более сутки – 3 (11,7%) после получения травмы. В 18 (34,0%) случаев отмечено нарастание местных проявлений: увеличение всей или соответствующей половины мошонки и/ или яичка, нарастание болезненности. При травме мошонки и яичка существенное значение имеет физикальное обследование. Однако пальпация травмированного яичка нередко затруднена вследствие интенсивного болевого синдрома. Диафаноскопия также может быть полезна в дифференциальной диагностике гидро- и гематоцеле. Верифицированы следующие виды повреждения: гематома мошонки – 6 (11,3%); ушибы яичка – 9 (17,0%); подкапсулярная гематома яичка – 22 (41,5%); разрыв паренхимы яичка – 16 (30,2%). Поражение одного яичка имело место у 46 (86,8%) больных, у 7 (13,2%) пациентов поражение обоих яичек.

Ультразвуковые исследования, проведенные 53 больным при повреждениях органов мошонки, констатировали следующие данные: наличие гематомы мошонки без изменений в яичках – у 6 больных, ушиб яичка – у 9, гематома мошонки и подбололочное скопление крови в яичке – у 22, гематома мошонки и нарушение целостности собственной оболочки яичка – у 16 больных.



**Выводы.** Установлено, что синдром отёчной мошонки (81,5%) с повреждениями органов мошонки (18,5%), среди них: дети до 7 лет – 24,7%; старших возрастных групп – 75,3%. Верифицированы следующие виды повреждения: гематома мошонки 11,3%; ушибы яичка 17,0%; подкапсулярная гематома яичка 41,5%; разрыв паренхимы яичка 30,2%.

Саттаров Ж.Б., Хуррамов Ф.М., Назаров Н.Н., Отаназаров Ж.У.

### **ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** В структуре врожденных пороков развития желудочно-кишечного тракта достаточно высокий удельный вес составляют различные виды врожденной кишечной непроходимости (ВКН), выявляемые среди 1500-2000 родившихся новорожденных.

Данная патология имеет разнообразные клинические проявления, наблюдается наиболее часто в периоде новорожденности в виде острого течения, хронически-рецидивирующей формы, которая также диагностируется у детей старших возрастных групп, даже среди взрослых пациентов.

Несмотря на очевидные успехи в диагностике и лечении детей с указанной патологией за последние годы данная проблема по-прежнему является актуальной, прежде всего из-за возможности развития тяжелых осложнений, порой приводящих к летальному исходу от 45% - до 76%, которые почти всегда связаны либо с запоздалой диагностикой, либо с применением неправильной врачебной тактики.

В последние годы в литературе активно дискутируются многие аспекты диагностики и лечения ВКН у новорожденных. Появилась возможность использования ультразвуковой диагностики и компьютерной томографии при ВКН антенатально, у детей и взрослых.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение частоты встречаемости и особенностей клинических проявлений врожденной кишечной непроходимости у новорожденных и детей старших возрастных групп.

**Материалы и методы исследования.** В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ находились на стационарном лечении 347 детей с различными формами врожденной кишечной непроходимости в возрасте от 1 дня до 18 лет, из них новорожденные – 261 (75,2%); до 3-х месяцев – 23 (6,6%); от месяца до 1 года – 17 (5,0%); от 1 года до 3-х лет – 15 (4,3%); от 3-х-до 7 лет – 13 (3,7%); 7-14 лет – 14 (4,0%); 14-18

лет – 4 (1,2%). Среди больных преобладали мальчики – 213 (61,4%), девочки составили 38,6% (134).

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

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

Наиболее частой причиной НКН служили атрезии 83 (40,0%) и стенозы 8 (3,8%) кишечника с различной локализацией в пределах тощей – 21 (25,3%); подвздошной – 50 (60,2%); и толстой – 11 (13,3%) кишок. Сплошные мембраны тонкой кишки отмечены у 1 (1,2%) больного; мембранозная форма непроходимости выше указанных локализаций отмечена соответственно у 17 (8,1%). У 65 (31,3%) детей различные формы мальротации кишечника сопровождались клинико-рентгенологическими признаками НКН. Мекониальная непроходимость имела у 11 (5,2%), наружное сдавления кишечника – у 20 (9,6%) больных. Препятствия с множественной локализацией имели место в 4 (2,0%) случаях.

Наши клинические наблюдения показывают целесообразность в дооперационной диагностике врожденной кишечной непроходимости комплексного подхода с использованием ультразвуковой диагностики и рентгенологических методов, взаимно дополняющих результаты исследования. К многослойной компьютерной томографии органов брюшной полости мы прибегали при сложностях диагностики, которые наблюдались при хронически-рецидивирующем течении врожденной кишечной непроходимости среди детей старших возрастных групп.

**Выводы.** Врожденная кишечная непроходимость у детей обусловлена: нарушениями формирования самой кишечной трубки (40,6%); аномалиями ротации и фиксации кишечника (38,3%); пороками развития других органов, приводящие к сдавлению кишечника (16,4%); мекониальной непроходимостью (3,2%). У 1,5% больных причины имели мультифакторный характер. Комплексный подход к дооперационной диагностике позволяет более точно ориентироваться в различных анатомических формах врожденной

кишечной непроходимости, в выборе тактики и установления оптимальных сроков проведения операции.

Султанов Х.Х., Алиев М.М., Тилавов У.Х., Нарбаев Т.Т.  
**ВОЗМОЖНОСТИ БРОНХОГРАФИИ И МСКТ В ДИАГНОСТИКЕ  
ВРОЖДЕННЫХ БРОНХОЭКТАЗИЙ У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Бронхоэктазия рассматривается как показание для проведения мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) легких. Полагают, что МСКТ легких может предоставить больше информации, чем бронхография.

**Целью** данного исследования явилось определение возможности МСКТ в диагностике бронхоэктазий в сравнении с данными бронхографии.

**Материал и методы.** Ретроспективно были проанализированы результаты дооперационных исследований органов грудной клетки, проведенных МСКТ у 34% и бронхографии у 66% пациентов с бронхоэктазией в возрасте от 3 до 18 лет, госпитализированных в клинику ТашПМИ в период с 2005 г. по 2020 г. Средний возраст больных составил 7 лет, мальчиков было 65 (60%), девочек – 44 (40%).

**Результаты:** При проведении МСКТ регистрировалась гиповентиляция легочной ткани. На БГ чаще определялась общая гиперинфляция, но МСКТ позволила определить ее особенность - неравномерность пневматизации, которая при МСКТ определяется чаще (87% и 30% соответственно), а также установить морфологию фокусов повышенной прозрачности, отмеченных на БГ у 25 больных. У всех этих пациентов при денситометрии была подтверждена эмфизематозная перестройка легочной ткани. В основе данных фокусов по данным МСКТ у 8 детей лежала центрилобулярная эмфизема, у 5 – панлобулярная эмфизема, у ряда больных одновременно были диагностированы несколько вариантов эмфиземы. Эмфизема легких является облигатным морфологическим признаком контралатерального легкого при бронхоэктазии. На МСКТ высокой (97%) частоте обнаружили перибронхиальных и периваскулярных изменений, также чаще выявлены деформация бронхов (63%), утолщение стенок бронхов (97%), бронхоэктазы (93%), а также признаки бронхиолита в виде неравномерности пневматизации (87%), централобулярных уплотнений (80%), междольковой интерстициальной инфильтрации (90%). Повышение плотности легочной ткани отмечено во всех случаях – причем наиболее выраженное повышение плотности (по типу «матового стекла»). Реже встречалось понижение плотности целой доли. Ателектаз сегментов или субсегментов легких был выявлен у 96% пациентов. Участки консолидации

легочной ткани за счет сегментарных и субсегментарных ателектазов, треугольных уплотнений легочной ткани, пневмофиброза, отека и воспалительной инфильтрации были выявлены у 68% пациентов. Линейные изменения (включающие дисковидные ателектазы и плевропульмональные спайки) определялись у 91% пациентов.

Бронхография (БГ), проведенная у больных с бронхоэктазией, обнаружила разнообразные признаки поражения бронхов: пораженные бронхи сближены, углы ветвления уменьшены, бронхи идут почти параллельно, расширенные бронхи заканчиваются слепо, мелкие ветви (8-12 генераций бронхов, которых не видно при обзорной рентгенографии и МСКТ) отсутствуют – симптом «обрубленного дерева». У всех больных отмечался симптом отсутствия периферического заполнения бронхиального дерева. Причем у 53% детей этот симптом выявлялся преимущественно в нижней доле и в язычковом сегменте левого легкого. У 93% больных наряду с отсутствием периферического заполнения отдельных бронхиальных веточек были обнаружены и другие признаки инфекционно-воспалительного поражения бронхов: дилатация на уровне 3-4 генераций бронхов, симптом «свечи», «баллонообразные» расширения 5-12 генераций бронхов. При бронхографическом исследовании противоположного легкого симптом отсутствия периферического заполнения бронхов был отмечен у 26% из обследованных больных, что свидетельствовало о более распространенном процессе, о чем можно было предположить на основании обзорной рентгенографии грудной клетки.

**Заключение:** Таким образом МСКТ позволяет составить наиболее полное представление о форме, положении, структуре и контурах патологического процесса, о состоянии окружающей легочной ткани. Хорошие результаты дает томография при изучении трахеи и бронхов, вплоть до ветвей третьего-четвертого порядка. Бронхография особенно ценна для определения состояния мелких бронхов. Целевая бронхография, как правило, позволяет подтвердить данные МСКТ, но ее применение целесообразно при определении истинного объема поражения и перед предстоящей операцией по поводу бронхоэктазии.

Султанов Х.Х., Алиев М.М., Тилавов У.Х., Бойахмедов Ф.Ф.  
**ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОРОКОВ  
РАЗВИТИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Для педиатров и детских хирургов чрезвычайно важен вопрос о пороках развития лёгких (ПРЛ), которые по данным разных авторов составляют 1,4-78%. Разброс статистических данных обусловлен отсутствием

единой классификационной схемы ПРЛ, трудностями дифференциальной диагностики врожденной и приобретенной патологии, особенно на фоне выраженного воспалительного процесса и метода оперативного вмешательства у детей.

**Цель.** Улучшение результатов хирургического лечения, путем разработки новых подходов к диагностике и внедрения малоинвазивных органосохраняющих вмешательств у детей с ПРЛ.

**Материал и методы.** В основу работы положены результаты обследования и лечения 93 детей в возрасте от 3 мес. до 18 лет. ПРЛ, рассматриваемые в данной работе представлены аномалиями развития непосредственно паренхимы легких и представляющие собой патологию хирургического профиля, такие как простую, кистозную формы гипоплазии легких, гипопластические (дизонтогенетические) бронхоэктазии и локализованную эмфизему легкого.

Распределение больных по возрасту было следующим: до года – 12; от 1 до 5 лет – 21; от 6 до 10 лет – 36; от 11 до 15 лет – 24. Мальчиков было 55, девочек – 38. Поражение доли с одной стороны - 53 (56,9%) больных, поражение 2-х долей с одной стороны - 14 (15,0 %) больных. Поражение отдельных сегментов - 10 (10,7%) больных. Двустороннее поражение - 16 (17,2%) больных.

Для обследования больных наряду с общеклиническими методами использованы инструментальные: обзорная рентгенография грудной клетки в 2-х проекциях, МСКТ, спирография, бронхоскопия, бронхография, ЭхоКГ, доплерография ЛА и ангиопульмонография.

**Результаты и их обсуждение.** Подлежали хирургическому лечению 76 (81,7%) больных. У 57 пациентов выполнены следующие операции: пульмонэктомия, билобэктомия, резекция долей, сегментов, цистэктомия, сочетанные резекции легкого с интраоперационной пломбировкой бронхов доли или сегмента. Резецированные бронхи и легочная ткань подвергались гистологическому исследованию.

В определении объема и метода операции решающую роль играли МСКТ и бронхографические данные. Большое значение в определении органических и функциональных изменений в бронхах и паренхиме легкого имели интраоперационный визуальный и пальпаторный контроль патологического очага, при котором обращали внимание на эластичность паренхимы легкого, спадание, хруст, цвет, бугристость. Воздушность и раздуваемость паренхимы легкого являлись показанием к пломбировке бронхов при гипоплазиях и вторичных бронхоэктазиях нижней доли легкого.

Наиболее часто выполнялись лобэктомии – (28%). Сегментарные резекции выполнены у 17,5% пациентов. Билобэктомии составили 15,5%.

Пульмонэктомии выполнялись чаще слева и составили 10,5%. Интраоперационную пломбировку бронхов пораженных сегментов выполнили у 15 (26,3%) больных. Резекции легкого в сочетании с пломбировкой бронхов были применены в 10,5% случаев. Наиболее часто выполнялась пломбировка бронхов нижней доли слева (21%), реже нижней доли справа (5,2%).

После операции пломбировки бронхов, гладкое послеоперационное течение имело место у 80% больных. Послеоперационную пневмонию – у 1 и частичный ателектаз пломбированной доли наблюдали только у 2 детей.

Анализ данных у детей перенесших резекцию от 6 до 10 сегментов свидетельствовал об умеренном снижении показателей ЖЕЛ. На наш взгляд это было связано с уменьшением вентиляционного резерва и сосудистого русла малого круга кровообращения, приводящим к уменьшению поверхности газообмена (33,3%).

Гистологическое изучение препаратов легкого, удаленных во время операции, показало антенатальный тип гипоплазии легкого у 42 больных. У 9 больных выявлена гипоплазия мышечно-хрящевой и эластического каркасов бронхов, при нормально сформированной легочной паренхиме, что, на наш взгляд, является важным фактором в генезе постнатальных или, так называемых, дизонтогенетических бронхоэктазов, развившихся при присоединении инфекции в ранние годы жизни ребенка. У 6 больных бронхоэктазии нижней доли носили вторично-приобретенный характер при гипоплазии язычкового сегмента левого легкого (4 случая) и средней доли правого легкого (2 случая).

**Заключение.** Таким образом, очевиден позитивный результат оперативных вмешательств, объем которых определялся путем проведения комплекса диагностических мероприятий. Обязательными следует признать бронхологические и ангипульмонографические исследования, позволяющие определять степень воздушности и эффективного кровотока пораженных сегментов. Для окончательного определения варианта оперативного вмешательства при гипоплазии легкого целесообразно проводить интраоперационную визуальную и пальпаторную оценку состояния воздушности и кровотока в легочной ткани. Резекция легочной ткани неизбежна при гипоплазии начальных (IV-VI) генераций бронхов, невозможности реаэрации ателектазированных участков и выраженной редукции кровотока в легочной ткани. В остальных случаях при возможности реаэрации и сохранности капиллярной фазы кровотока целесообразна пломбировка бронхов пораженной доли, сегментов.

Темный А.С., Керимов П.А., Казанцев А.П., Рубанский М.А., Рыбакова Д.В.,  
Рубанская М.В., Капкова О. А., Сагоян Г.Б.,  
Жуманиёзов Х.И., Сардалова С.А.

## **РАК МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И СОБСТВЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ**

НИИ Детской Онкологии и Гематологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина» Минздрава России, г.Москва

**Актуальность:** рак мочевого пузыря (РМП) является наиболее распространенным злокачественным новообразованием мочевыводящих путей у взрослого населения. Во всем мире заболеваемость составляет 9 на 100000 для мужчин и 2 на 100 000 для женщин. Хотя РМП наблюдается во всех возрастных группах, он чрезвычайно редок в молодом возрасте, особенно у детей и подростков. Согласно данным мировой литературы, около 160 случаев РМП зарегистрированы в этой возрастной группе с 1950 года по 2016 год. Все эти опухоли имеют низкий уровень злокачественности, демонстрируя низкое рецидивирование, и, как следствие, благоприятный прогноз. В настоящее время нет мирового унифицированного подхода к лечению этого новообразования у детей и подростков. Тактика лечения у всех пациентов основывается на выполнении трансуретральной резекции (ТУР) мочевого пузыря, которая носит лечебно-диагностический характер, с последующей иммунотерапией или без нее.

**Цель:** оценить частоту встречаемости рака мочевого пузыря (РМП) у детей и подростков, особенности его гистологического варианта и тактики лечения.

**Материалы и методы:** представлен обзор мировой литературы по проблеме РМП у детей и подростков, а также собственные клинические наблюдения данной патологии у 7 пациентов мужского пола в возрасте 5-17 лет за период с 2012 по 2017 г.

**Результаты:** согласно данным мировой литературы и собственным клиническим наблюдениям, РМП у детей и подростков является редкой патологией, представлен высокодифференцированным уротелиальным раком, локализованной формой заболевания и характеризуется благоприятным прогнозом и редким рецидивированием. Лечебная тактика при РМП у детей и подростков совпадает с таковой у взрослых и, как правило, ограничивается трансуретральной резекцией мочевого пузыря.

**Выводы:** данные наблюдения служат напоминанием, что РМП может встречаться не только у взрослых, но и у детей и подростков, что повышает онкологическую настороженность среди врачей общей практики, врачей-педиатров.

Рыбакова Д.В., Казанцев А.П., Рубанский М.А., Рубанская М.В., Капкова О.А., Темный А.С., Сагоян Г.Б., Жуманиёзов Х.И., Сардалова С.А., Керимов П.А.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОХИРУРГИИ В ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ**

НИИ Детской Онкологии и Гематологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, г.Москва

**Актуальность:** Использование эндохирургии в диагностических целях направлено на уточнение характера изменений, выявленных при неинвазивных методах исследования, получение достаточного количества опухолевого материала для всех видов морфологического исследования и оценки распространенности процесса. Диагностическая эндохирургия успешно апробирована во взрослой онкологии и имеются данные об использовании этого метода в онкопедиатрии в зарубежной литературе.

**Цели:** определить возможности эндохирургии в диагностики опухолевых заболеваний торакоабдоминальной локализации у детей.

**Материалы и методы:** в НИИ ДОГ эндохирургические операции у больных с различной опухолевой патологией регулярно проводятся с 2007 года. С 2007 г. по 2012 г. с диагностической целью проведено 160 операция у 153 детей, из которых 63 лапароскопических и 44 торакоскопические биопсии. Кроме диагностических биопсий было выполнено 53 торакоскопических резекций легких у 51 ребенка с целью диагностики прогрессирования заболевания, подтверждения метастатического поражения или воспалительного процесса, что составило 33% от всех диагностических операций. Возраст больных варьировал от 2 месяцев до 19 лет. Соотношение по полу было приблизительно равным: мальчиков было – 76 (49,7%), девочек – 77 (50,3%). А детей до года было 9,8% (15 детей). Длительность торакоскопических и лапароскопических биопсий составила от 20 минут до 260 минут, в среднем 59 минут. Кровопотеря во время диагностических операций в среднем составила 78,3 мл. Интраоперационные осложнения возникли в 5 случаях, а послеоперационные в – 8. После эндохирургических операций у 59,3% пациентов проводилось специальное лечение, у 7,4% была повторная операция, но уже в радикальном объеме и в 33,3% выписывались на продолжение лечение по месту жительства или в профильное учреждение. Сроки начала лечения специального лечения варьировались от нескольких часов до 20-30 дней из-за осложнений во время операции. Среднее время начала специального лечения составило 4 дня.

**Выводы:** Преимущества использования эндохирургии в детской онкологии являются: ранние сроки начала специального лечения, малая



травматичность, минимальная кровопотеря, низкое число послеоперационных осложнений, ранняя активация пациента и сокращения сроков пребывания в стационаре, хороший косметический эффект. Выполнения эндохирургических операций у детей со злокачественными опухолями можно в возрасте от нескольких недель, при этом не нарушаются онкологические принципы выполнения оперативного вмешательства, а также возраст ребенка не является ограничивающим фактором для выполнения эндохирургических операций.

Рубанский М.А., Казанцев А.П., Рубанская М.В., Рыбакова Д.В., Капкова О.А., Темный А.С., Сагоян Г.Б., Хакимов Г.А., Сардалова С.А., Керимов П.А.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОМОМЕНТНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ БИЛАТЕРАЛЬНОЙ НЕФРОБЛАСТОМЕ У ДЕТЕЙ**

НИИ Детской Онкологии и Гематологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина» Минздрава России, г.Москва

**Актуальность:** по данным мировой литературы одномоментные операции на почках по поводу опухолей различного генеза проводятся редко. Приводятся единичные описания случаев одномоментных операций при БН у детей.

**Цель:** оценить результаты одномоментных операций у детей, больных билатеральной нефробластомой (БН).

**Материалы и методы:** за период с 2000 г. по 2016 г. в НИИ ДОГ ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России выполнено 25 одномоментных операций при БН у детей. Возраст детей от 10 месяцев до 5 лет. Все дети получили неоадьювантную химиотерапию в зависимости от стадии заболевания согласно протоколу лечения нефробластом (НБ-2010). Перед оперативным вмешательством оценивалась суммарная функция почек методом динамической реносцинтиграфии исследованием клиренса по эндогенному креатинину. Одномоментные оперативные вмешательства на обеих почках выполнены 25 пациентам с билатеральной нефробластомой, из них: 12-ти детям в объеме резекции почки с обеих; 5-ти – нефрэктомия и резекция контрлатеральной почки; 4-м – резекция одной почки и биопсия контрлатерального органа; 4-м – нефрэктомия и биопсия другой почки.

**Результаты:** все пациенты после оперативного этапа лечения получали адьювантное лечение согласно принятому в клинике протоколу. Послеоперационные осложнения возникли у 6 больных (24% случаев): снижение почечной функции в ранний послеоперационный период у 3-х детей, и мочевые свищи у 2 детей. Мочевые свищи закрылись самостоятельно (на 6-е и 12-е сутки) и не потребовали хирургической коррекции. У одного ребенка развилась острая почечная недостаточность на 2-е послеоперационные сутки.

В настоящее время больной выполнена трансплантация почки от трупного донора.

Заключение: необходимо производить тщательный и строгий отбор пациентов с билатеральной нефробластомой при планировании одномоментного оперативного вмешательства на обеих почках. Показания для такого вида вмешательств носят субъективный характер и определяются, прежде всего, опытом и предпочтением хирурга, а также исходной функцией почек и объемом опухолевого поражения органов.

Казанцев А.П., Хакимов Г.А., Жуманиёзов Х.И., Рубанский М.А., Рубанская М.В., Рыбакова Д.В., Капкова О.А., Темный А.С., Сагоян Г.Б., Сардалова С.А., Керимов П.А.

### **РЕЗУЛЬТАТ АНАЛИЗА ЛЕЧЕНИЯ РАБДОМИОСАРКОМЫ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ 2000 ПО 2016Г.Г.**

НИИ Детской Онкологии и Гематологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, г.Москва,  
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент  
Ташкентский городской филиал РСНПМЦО и Р, г.Ташкент

**Актуальность:** Несмотря существенные успехи в лечении рабдомиосаркомы (РМС) мочеполовой системы (МПС) у детей в последние 3 десятилетия, нерешенными остаются вопросы выбора оптимальных комбинаций химиопрепаратов, интенсивности химиотерапии, объемов и сроков проведения лучевой терапии, тактика в отношении резидуальных опухолей.

**Цели:** Представить более чем 15 летний опыт лечения локализованной и местно-распространенной РМС МПС.

**Материалы и методы.** В исследование включены 86 пациентов (средний возраст 8,4 года (0,7-17 лет)) с эмбриональной РМС в период с 2000 по 2016 гг. В группу низкого риска вошло 63 (73%), в группу промежуточного риска 23 (27%) пациента. Лечение проводилось по риск-адаптированным клиническим протоколам (IRS, SIOP, CWS-10, ДОРМС-6) на базе критериев TNM, IRSG и COG. Включено 46 (53%) пациентов с 1 стадией, 18 (21%) со 2 стадией и 22 (26%) пациента с 3 стадия РМС. Распределение по клиническим группам: I группа – 17 (20%) больных, II группа – 33 (38%) больных и III группа – 36 (42%) больных.

**Результаты:** Десятилетняя общая выживаемость (ОВ) и без рецидивная выживаемость (БРВ) в общей группе составила 76% и 72%, соответственно. ОВ и БРВ в зависимости от клинической группы составила 94% vs. 94% vs. 51% и 88% vs. 88% vs. 49%, в I, II и III группе, соответственно. При этом разница в ОВ и БРВ между группой III и группами I и II была значимой (ОВ:

$p=0,9$  (I vs. II),  $p=0,004$  (I и II vs. III), БРВ:  $p=0,99$  (I vs. II),  $p=0,015$  (I и II vs. III), соответственно.

**Выводы:** Показаны эффективность риск-адаптированной терапии РМС МПС, необходимость поиска новых подходов для пациентов с нерадикально удаленными и резидуальными опухолями.

Теребаев Б.А.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЪЕМОБРАЗУЮЩИХ ИНЪЕКЦИОННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** При лечении органической (послеоперационной) анальной инконтиненции у детей используются множество объем образующих агентов: спонгиозин, гиалуроновая кислота, «Bulkamid», модифицированный коллаген с глютаровымальдегидом – в «GAX-collagen», свиной коллаген «Permacol», силиконовый биоматериал «PTQ» и препарат «Durasphere», с целью повышения давления в анальном канале. Таким образом, имеется множество различных препаратов для коррекции послеоперационной анальной инконтиненции, но многие вопросы касательно о выборе конкретного объемобразующего материала остается дискуссионным. С той точки зрения по данной проблеме еще необходимо продолжать научные исследования для решения нерешенных задач.

**Цель.** Изучить в эксперименте морфологические характеристики инъекционных препаратов местного и зарубежного производства после введения в подкожную часть живота у мышей.

**Материал и методы исследования.** Эксперименты выполнены на 30 лабораторных мышках, массой тела 20-22 гр. в отделе экспериментального биомоделирования ИБОХ Академии наук Республики Узбекистан города Ташкент. Все животные были разделены на 5 групп: 1-группа контрольных животных, которым в подкожную часть живота был введен физиологический раствор в объеме 1,5 мл. 2 – группа сравнения, животным в подкожную часть живота в таком же объеме был введен синтетический материал «Noltrex» производства ЗАО «Научный центр Биоформ», Москва, Россия. 3 – группа опытная, животным были введены инъекционные препараты местного производства. Данная группа была также разделена на 3 группы: 3.1-группа - в подкожную часть живота был введен «Полиакриламидный гель»; 3.2-группа – в подкожную часть живота был введен «Биоплант», 3.3-группа - в подкожную часть живота был введен «Полиакриламидный гель» + «Биоплант». Сроки проведения морфологических исследований соответствовали 10, 20 и 30 суткам по 2 мышам из каждой группы наблюдения.

При гистоморфологическом исследовании изучены фиксация препарата в подкожной части, прорастание сосудов и формирование грануляционной ткани вокруг имплантата. А также проведен УЗИ контроль в динамике, для определения местонахождения имплантата и объема гелевых болюсов.

**Результаты исследования.** При УЗИ контроле измеряли продольный, поперечный и диагональный размеры болюса и вычисляли объем препаратов. У 2-группы животных которым введен синтетический материал полиакриламидный гель «Noltrex» 10-20-30 сутки объем препарата незначительно уменьшилась. У 3.1 – группы «Полиакриламидный гель» местного производства на 10-20-30 наоборот в динамике объем препарата несколько повысилась. У 3.2 группы «Биоплант» к 30 сутки препарат полностью рассосалось. У 3.3 группы «Полиакриламидный гель» + «Биоплант» объем препарата от 0.88 см<sup>3</sup> повысилось на 1.14 см<sup>3</sup>.

Таким образом по данным УЗИ можно сказать самый хороший результат получена у 3.3 группы «Полиакриламидный гель» + «Биоплант» и удовлетворительный у 3.1 – группы «Полиакриламидный гель».

Визуально во все сроки эксперимента в области введения препаратов отмечалось утолщение. Микроскопические данные показали, на 10 сутки после введения инъекционных препаратов «Noltrex», «Полиакриламидный гель», «Биоплант», а также при сочетанном введении «Полиакриламидный гель» + «Биоплант» в подкожной области определяется образование в виде болюса с четкими границами.

На 20 сутки эксперимента отмечается, что после введения препаратов гель сохраняется в подкожной области, прорастания геля в другие подлежащие слои не наблюдается. Нужно отметить, что после введения препарата «Биоплант» на 20 сутки объем болюсного образования уменьшился, границы стали не четкими, видимо это связано с рассасыванием этого препарата, так как прорастания болюса в окружающие ткани не наблюдается.

На 30 сутки эксперимента повреждения слоев кожи и подлежащих тканей не наблюдается, препараты сохраняются в пределах подкожной области, прорастания геля в окружающие ткани не наблюдается. Инфильтрация клетками наблюдается лишь на границе введенных препаратов. Интенсивная клеточная инфильтрация отмечается в сравнительной группе, после введения «Noltrex», а также в опытной группе, после введения препарата «Полиакриламидный гель».

Препарат «Биоплант» полностью рассосался. При сочетанном введении препаратов «Полиакриламидный гель» + «Биоплант» клеточная инфильтрация менее выражена. И только в этой группе на 20 сутки отмечено вокруг введенного препарат образование грануляционной капсулы. Образование соединительно тканной капсулы вокруг гелевого болюса, прорастания ее

соединительной тканью, а также сосудами в эти сроки эксперимента во всех группах не наблюдалось, кроме 3.3 группы.

**Заключение.** Проведенные экспериментальные исследования показали, что после введения инъекционных препаратов «Noltrex», «Полиакриламидный гель», а также при сочетанном введении «Полиакриламидный гель» + «Биоплант» на 10, 20 и 30 сутки эксперимента отсутствуют повреждающие, местноераздражающие действия исследуемых препаратов. После введения инъекционного препарата «Полиакриламидный гель» + «Биоплант» на 30 сутки эксперимента отмечалось образования соединительнотканной капсулы вокруг гелевого болюса.

Тиллабоев С.В.

### СИНДРОМ (БОЛЕЗНЬ) ПАЙРА У ДЕТЕЙ

Ташкентский Педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Введение.** Болезнь Пайра (БП) относится к сравнительно редкой и малоизученной аномалии развития толстой кишки и её связочного аппарата, о чём свидетельствует ограниченное количество литературных сведений как отечественных, так и зарубежных авторов. В доступной литературе отсутствуют данные о частоте встречаемости патологии среди детей, а имеющиеся сведения являются разрозненными и не могут предоставить такой информации.

**Цель.** Изучить распространённость и уточнить сроки манифестации, характер клинического течения у детей с БП.

**Материал и методы.** Произведён анализ результатов лечения детей с БП за 2014-2019 годы в клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ. На обследовании и лечении находились 731 детей, из них 648 (88,6%) – с удлинением толстой кишки; 83 (11,4%) – с аномалиями фиксации толстой кишки, поступивших с подозрениями на кишечную непроходимость, рецидивирующими болями в животе, с рвотным синдромом и хроническим колостазом. Основу клинического материала составили 32 пациентов с БП.

Наряду с тщательным сбором анамнеза, методами объективного и лабораторного исследований использованы следующие методы инструментальной диагностики: ирригография, пассаж бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту, ректороманоскопия, колоноскопия и МСКТ.

**Результаты и их обсуждение.** Из общего количества пролеченных пациентов 32 детей - мальчики 24 (75,0%), девочки 8 (25,0%). Распределение детей по возрасту составило: 3-7 лет - 6 пациента (18,8%), 7-14 лет – 14 пациентов (43,7%), 15-18 лет – 12 пациента (37,5%). Длительность болезни у детей в среднем составила: 0-1 лет – 7 пациентов (21,8%), 3-5 лет - 21 пациента

(65,7%), 5-7 лет – 4 пациента (12,5%). Во всех случаях дети поступали с жалобами на запоры, длительность которых составила: до 3 дней - 7 пациентов (21,9%), 4-5 дней – 9 пациентов (28,1%), 6-8 дней – 11 пациентов (34,4%), 8-10 дней - 5 пациента (15,6%). У 3 детей (9,4%) отмечалось каломазание. У 29 пациентов (90,6%) были жалобы на периодически возникающую боль: в области эпигастрия – 9 пациент (31,0%), в правом подреберье – 2 пациент (6,7%), в левой подвздошной области – 6 пациентов (21,0%), в правой подвздошной области – 2 пациента (6,7%), в пупочной области 10 пациент (34,4%).

Ирригографию выполняли в 3 проекциях: в положении пациента лёжа на спине в прямой и боковой проекциях, стоя "после опорожнения". При ирриграфическом исследовании было установлено, что опущение поперечного отдела наблюдалось у 19 детей (59,3%): до уровня L1-L3 – у 7 пациентов (36,8%), до уровня L4-L5 – у 9 пациентов (47,4%), до уровня S1-S3 – у 3 пациента (15,8%). При обследовании у детей были выявлены сопутствующие заболевания: долихоколон – 17 детей (53,1%), осложнения основного – спастический колит – 15 детей (46,9%). Из 32 детей консервативное лечение принесло положительный эффект у 6 пациентов, что составило – 19,0%, после чего эти дети более не обращались. Остальным детям – 26 (81,0%) было произведено оперативное лечение.

**Таким образом,** отмечается увеличение числа детей с болезнью Пайра, при этом мальчики и девочки болеют с одинаковой частотой. У большинства детей (87,5%) длительность течения заболевания составляет до 5 лет.

Клиническая картина чаще всего сопровождается запорами, каломазанием, абдоминальным болевым синдромом. Наиболее часто заболеванию сопутствует долихоколон (53,1%), а среди осложнений – спастический колит (46,9%). Оперативное лечение является ведущим болевой синдром в лечении болезни Пайра.

Тиллабоев С.В.

## **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛИИ ФИКСАЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Хронический колостаз (ХК) у детей имеет широкую распространенность, поэтому представляет собой важную медико-социальную проблему. Нередко дети с ХК ошибочно подвергаются оперативному вмешательству по поводу аппендицита и проводится напрасная аппендэктомия. Эффективность лечения хронического колостаза повышается при установлении этиологического фактора и проведения патогенетически обоснованной комплексной терапии. В последнее десятилетие наблюдается

увеличение как частоты выявляемости, так и госпитализации детей с данной патологией.

Среди них особое место занимают варианты обусловленные аномалиями фиксации толстой кишки, при которых применяются консервативные и хирургические методы лечения. Однако в дифференцированной тактике ведения детей с хроническими запорами до сих пор имеется много разногласий, что и определяет необходимость дальнейших исследований в данном направлении.

**Целью** является оптимизация диагностики и лечебной тактики при аномалиях фиксации толстой кишки у детей.

**Материалы и методы исследования.** За 2016-2018 годы в клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ находились на обследовании и лечении 417 детей, поступивших с подозрениями на кишечную непроходимость, рецидивирующими болями в животе, с рвотным синдромом и хроническим колостазом. Из них 338 (81,0%) – с удлинением толстой кишки; 79 (19,0%) – с аномалиями ротации и фиксации толстой кишки. Возраст больных колебался от 3-х мес. до 18 лет. Среди больных преобладали мальчики – 252 (60,4%), девочки составили 165 (39,6%).

Из общего числа больных (417) 58 (14,0%) детей поступили в клинику в экстренном порядке с клиникой кишечной непроходимости, ущемленной грыжей, аппендицитом и острыми болями в животе. Остальные 359 (86,0%) больных госпитализированы в плановом порядке для обследования в связи с наличием хронической рецидивирующей боли, рвоты и хронического копростазы.

**Результаты и их обсуждение.** Основываясь на анализы результатов лечения 79 детей с аномалиями ротации и фиксации толстой кишки различных форм, локализации и причин непроходимости в соответствии с общепринятой классификацией нами определена частота отдельных нозологических форм, систематизированы их клинические проявления, особенности течения, обобщены результаты вспомогательных методов исследований и лечение. Анализ нашего клинического материала и данных литературы показывает, что при явлениях рецидивирующей кишечной непроходимости происходит отставание ребенка в физическом развитии, приступообразные боли в животе, хронические запоры при которых врачам следует проявлять повышенную настороженность по отношению к нарушениям ротации и фиксации кишечника.

Нарушения ротации и патологическая фиксация кишечника представлены многочисленными анатомическими формами: колоноптоз – у 21 (26,6%) больного; синдром Пайра – у 16 (20,3%) больных, из-за общности клинических проявлений мы объединили эти нозологии в одну группу и получилось общее число больных 37. Патологическая фиксация толстой кишки – у 19 (24,0%) больных. Подвижная слепая кишка (*coecum mobile*) – у

21 (26,6) больного. Синистропозиция толстой кишки выявлена - у 2 (2,5%) больных.

Все эти пациенты долгое время находились под наблюдением гастроэнтерологов, однако, принимаемое лечение лишь незначительно улучшило состояние верхних отделов пищеварительного тракта, а это удлиняло и усугубляло само не диагностированное заболевание.

При аномалии ротации и фиксации толстой кишки характерны дефицит массы тела (15-40%) и отставание в физическом развитии. Это наблюдалось у 23 (29,1%) больных. Компенсированная стадия наблюдалась - у 3 (8,1%), субкомпенсированная стадия - у 15 (40,5%), декомпенсированная - у 19 (51,4%).

Все дети, страдающие колоноптозом в стадии компенсации и субкомпенсации нуждались в проведении комплексной консервативной терапии включающей в себя: диетическое питание, рациональное применение слабительных средств, витаминотерапию, медикаментозное лечение, физиотерапию и лечебную физкультуру.

**Выводы.** Рентгенологическое исследование при колоноптозе необходимо и служит не только для выявления патологии как таковой, но и для определения степени выраженности процесса, а следовательно может указать на выбор тактики лечения. Выявление в раннем возрасте колоноптоза ещё не является показанием к оперативному вмешательству, но возможность развития суб- или декомпенсированной формы заболевания и осложнения диктует необходимость определить показание к консервативному или оперативному лечению.

Толипова С.М., Юсупалиева Г.А., Абзалова М.Я.,  
Ахмедов Э.А., Бекимбетов К.Н.

### **КОМПЛЕКСНАЯ ЭХОГРАФИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Острый аппендицит является самым распространенным заболеванием, требующим проведения экстренного хирургического вмешательства. Встречаемость острого аппендицита составляет от 3 до 6 на 1000 детей. У детей острый аппендицит развивается быстрее, а деструктивные изменения в отростке, приводящие к аппендикулярному перитониту, возникают значительно чаще, чем у взрослых. Учитывая высокий процент необоснованных аппендэктомий в сомнительных случаях нами в стандарт диагностики острого аппендицита включено ультразвуковое исследование (УЗИ) червеобразного отростка.



**Цель.** Изучение преимуществ метода УЗИ при диагностике острого аппендицита.

**Материал и методы.** Нами было изучено 236 детей с подозрением на острый аппендицит (ОА). Дети с острым аппендицитом поступали в стационар с жалобами длительностью до 12 часов - 27,6%, от 12 до 24 часов - 22,4%, от 24 до 48 часов - 21,6% и от 48 часов и более - 28,4% детей. Ультразвуковое исследование проводилось на диагностическом аппарате «SONOSCAPE S22».

**Результаты исследования.** При остром катаральном аппендиците к прямым эхографическим признакам мы отнесли возможность визуализации изменений аппендикса. Одним из признаков, на который мы обратили внимание, было отчетливое выявление контуров поверхности органа. Этот феномен, по-видимому, может быть объяснен тем, что уже в первые часы развития воспалительного процесса вокруг ЧО происходит отек-набухание, что эхографически создает контраст визуализируемой поверхности ЧО. При локальной компрессии датчиком на область визуализируемого участка мы наблюдали ригидность отростка, что явилось одним из косвенных признаков ОА. Ослабление перистальтики в терминальном отделе тонкой кишки также служило косвенным признаком катаральной формы ОА. Отмечено единичное усиление сосудистого рисунка при ЦДК и ЭД лишь в 4 наблюдениях, и они не всегда регистрировались в первые 6 часов от появления клинических симптомов. Флегмонозный аппендицит характеризовался дальнейшим увеличением диаметра ЧО (до 11 мм) и толщины его стенки до 5 мм. В связи с появлением многослойности стенки ЧО, контраст между слизистой, мышечной слоями и серозной оболочкой усиливался. В полости отростка визуализировалось анэхогенное содержимое. Они особенно выражены при блокаде ЧО копролитами. При компрессии отмечалась выраженная ригидность ЧО. Косвенными признаками этой формы заболевания служили наличие спайки с сальником и/или с петлей тонкой кишки. Выявление скопления жидкости вокруг ЧО – один из важных признаков флегмонозного аппендицита. При ЦДК и ЭД наряду с усилением сосудистого рисунка ЧО выявляется усиленный кровоток в прилегающих петлях кишечника. Характер изменений сосудистого рисунка при флегмонозной форме нарастает в динамике. Поэтому в уточнении флегмонозного ОА важны периодические эхографические наблюдения, которые при отсрочке операции по объективным или субъективным причинам может объективно оценить переход в гангренозную стадию заболевания. При гангренозной форме ОА в 87,7% наблюдений были выявлены изменения брыжейки и сальника. В проекции расположения отростка имело место разобщение листков брюшины и скопление в них жидкости.

**Выводы.** Полученные данные свидетельствовали о том, что форма ОА зависела от сроков поступления в стационар. В первые 12 часов от начала

клинических проявлений заболевания с катаральной формой ОА было 94,1% больных, с флегмонозной – 23,5% пациентов, с гангренозной формой – 5,6% случаев. В последующие 12 часов наблюдалось уменьшение катаральных форм ОА до 5,9%, увеличение деструктивных форм ОА до 38,9%. Также были систематизированы прямые и косвенные эхографические признаки ОА в зависимости от формы течения заболевания и его осложнений. Изучены основные ультразвуковые симптомы острого аппендицита у детей.

Тошматов Х.З., Ажимаматов Х.Т., Тошбоев Ш.О.

### **ВОЗМОЖНОСТИ ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЛЕДДА У НОВОРОЖДЕННЫХ**

Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан

**Актуальность.** Врожденный заворот средней кишки часто сочетается с гиперфиксацией двенадцатиперстной кишки, и это сочетание часто именуют «синдромом Ледда» (СЛ), требующий экстренной диагностики и хирургической коррекции. Традиционная диагностика основана на оценке клинического состояния ребенка и данных рентгенологического обследования. При этом обзорная рентгенография малоинформативна: определяются относительно крупный газовый пузырь в желудке и сниженное газонаполнение нижележащих отделов кишечника, то есть достоверно диагностировать заболевание по данным обзорной рентгенографии не представляется возможным. Рентгеноконтрастное исследование позволяет диагностировать высокое расположение купола слепой кишки, дилатацию ДПК, замедленную эвакуацию содержимого в нижележащие отделы кишечника и атипичное расположение петель тонкой кишки, но собственно заворот рентгенологически диагностировать невозможно.

В связи с этим является необходимым поиск новых и усовершенствование существующих методов эхографической визуализации мезентериальных сосудов в области заворота кишечника и сосудистого кольца брыжейки.

**Цель.** Оценка диагностической возможности УЗИ при синдроме Ледда (СЛ) у новорожденных.

**Материалы и методы.** При ЭХО-сканировании (ЭХОс) векторным датчиком 5-8 МГц диагностирован заворот средней кишки (ЗК) у 42 детей в возрасте от 2 до 36 сут. Выполнялось ЭХОс во фронтальной, пара и сагиттальных плоскостях в В- и ЦД-режиме. Количественная оценка мезентериального кровотока выполнена у 8 детей.

**Результаты и их обсуждение.** В 27 случаях характерной для низкой кишечной непроходимости дилатации кишечных петель не выявлено. ЗК в виде концентрической фигуры локализовался в эпигастрии в 26 случаях справа

от брюшной аорты (БА), в 7 случаях – левее нее. В центре ЗК располагалась верхнебрыжеечная артерия (ВБА) диаметром около 1,5 – 2 мм. Диаметр ЗК составлял 16 – 20 мм. В 3 случаях выявлены критические нарушения мезентериального кровотока (МК). У 6 детей ЗК соответствовал на 180-360°, в остальных случаях на 540-720° с умеренными нарушениями МК, которая типично для дилатации вен в структуре ЗК. В 1 случае ЗК имел интермиттирующий характер. При сохранности МК у младенцев с СЛ (39) длительность предоперационной подготовки составляла от 12 ч до 14 сут. Только у 1 из 3 пациентов в эпигастрии удалось визуализировать концентрической формы структуру: собственно заворот. В остальных случаях заключение УЗИ формулировалось в предположительной форме на основании косвенных ЭХО- признаков.

**Выводы.** ЭХО- диагностика ЗК при СЛ у младенцев является высокоточной и основана на обнаружении в эпигастрии концентрической фигуры 15-29 мм в диаметре, в состав которой входят закрученные вокруг ВБА сосуды диаметром 2-4 мм; нижележащие фрагменты кишечника обычно спавшиеся. ЭХОс является достаточным основанием для определения оперативной тактики ведения пациента: необходимости в рентгеноконтрастном исследовании нет.

Туракулов З.Ш., Исаков Н.З.

## **ЗНАЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ В ДИАГНОСТИКЕ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ У ДЕТЕЙ**

Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан

**Цель.** Определить информативный комплекс доступных биохимических параметров у детей, позволяющий прогнозировать исход у пострадавших детей с сочетанной травмой.

**Материалы и методы исследования.** В клинике детской хирургии находилось 104 ребенка с сочетанными повреждениями. ЧМТ диагностирована у 72,1% пострадавших, повреждения органов брюшной полости - у 61,5%, травма груди и органов грудной полости - у 26, переломы костей - у 53,8%. В зависимости от наличия ЧМТ все пациенты были разделены на 2 группы. Первая группа - 29 пострадавших с сочетанной внечерепной травмой; вторая группа - 75 больных с сочетанной ЧМТ. По степени тяжести ЧМТ пациенты II группы распределялись следующим образом: легкую степень (сотрясение и ушиб головного мозга легкой степени) имели 17 (22,7%) больных; среднюю (ушиб средней степени) - 52 (69,3%), тяжелую ЧМТ (ушиб головного мозга тяжелой степени, сдавление мозга) - 6 (8,0%) пострадавших.

Комплекс лабораторных исследований включал общий анализ крови, определение концентрации молекул средней массы в сыворотке крови, биохимические исследования крови (глюкоза, общий белок и альбумин в сыворотке крови, АЛТ, АСАТ, билирубин общий, креатинин и мочевины). Показатели оценивали на 1-е, 4-е, 7-е и 10-е сутки после получения травмы.

**Результаты и их обсуждение.** При анализе основных гематологических показателей установлено, что при сочетанных повреждениях содержание молекул средней массы в сыворотке крови достоверно превышало их уровень у здоровых детей. При сочетанной ЧМТ этот уровень достигал максимума на 3-5-е сутки, а к 7-10-му дню происходило его снижение.

В первые сутки после травмы отмечали увеличение уровня глюкозы в крови. При этом регистрировали, что у пациентов I группы этот подъем уровня глюкозы был менее значимым, чем у детей II группы. В то же время уровень гликемии у пациентов с тяжелой сочетанной ЧМТ ( $7,21 \pm 1,78$  ммоль/л) был выше, чем у пострадавших со средней и легкой ЧМТ ( $6,75 \pm 1,27$  и  $6,59 \pm 1,36$  ммоль/л;  $p < 0,05$ ).

Динамика изменений концентрации глюкозы в сыворотке крови свидетельствует о значительном влиянии черепно-мозговой травмы на углеводный обмен у детей.

При оценке содержания общего билирубина в сыворотке крови выявлено, что его уровень в первые сутки составлял  $16,1 \pm 4,54$  мкмоль/л; на четвертые сутки после травмы уровень общего билирубина возрос до  $19,8 \pm 6,42$  мкмоль/л; с седьмых суток наметилась тенденция к нормализации показателя. Идентичными были изменения активности трансфераз: АЛТ и АСТ. Средний уровень АЛТ составлял  $64,64 \pm 37,25$  ЕД/л, АСТ -  $66,38 \pm 36,74$  ЕД/л. Активность трансфераз у пострадавших достоверно повышалась к четвертым суткам после получения травмы, причем в большей степени - у пациентов с сочетанной ЧМТ. Следует отметить, что уровень трансфераз коррелировался с тяжестью повреждения головного мозга и числом поврежденных анатомо-физиологических областей ( $p < 0,05$ ). Концентрация общего белка в сыворотке крови снижалась в течение 10 суток лечения. У детей I группы гипопроотеинемия выявлена у 23,2% пациентов. Содержание общего белка составляло  $58,3 \pm 5,32$  г/л, а альбумина -  $31,3 \pm 3,02$  г/л. У пациентов II группы гипопроотеинемия наблюдали у 46,4% пострадавших. Причем гипопроотеинемия и диспротеинемия у этих больных зависела от степени тяжести ЧМТ. Так, у пострадавших с тяжелой степенью ЧМТ уровень белка и альбумина в сыворотке крови был ниже, чем у пациентов с ЧМТ средней или легкой степени.

Сочетанная травма сопровождалась изменениями показателей очищения. Среднее содержание креатинина и мочевины достоверно увеличивалось с первых суток в обеих группах пострадавших. Уровень

креатинина был значительно выше в группе детей с тяжелой ЧМТ в первые сутки наблюдения и достигал своего пика к 3-5-м суткам. К 10 суткам высокие показатели креатинина сохранялись у 32,1% детей с тяжелой ЧМТ, а мочевины - у 8,3% больных. Учитывая доступность и информативность биохимических показателей была произведена сравнительная оценка их предикторной значимости в развитии неблагоприятных исходов. Вне зависимости от составляющих сочетанных повреждений низкий уровень общего белка и альбумина сыворотки крови у детей служили маркерами неблагоприятных исходов лечения сочетанной травмы. В группе пострадавших, у которых одним из слагаемых является ЧМТ, значимыми предикторами неблагоприятных исходов также являются уровень гликемии и креатинина.

Таким образом, сочетанные повреждения у детей негативно влияют на углеводный и белковый обмены, сопровождаются функциональными расстройствами печени, нарастающими к 3-5 суткам травматической болезни, характеризуются повышением активности трансфераз, а также нарушениями функции почек. Биохимические показатели крови у детей с сочетанными повреждениями позволяют в остром периоде судить о наличии печеночной и почечной дисфункции, что, в свою очередь, требует проводить адекватную коррекцию проводимой терапии. Маркерами неблагоприятных исходов лечения сочетанной травмы у детей служат низкий уровень белка и альбумина сыворотки крови, уровень гликемии и креатинина.

Туракулов З.Ш., Исаков Н.З.

## **ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЗАКРЫТОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА У ДЕТЕЙ**

Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан

**Целью** работы является оптимизация диагностики и результатов лечения закрытой сочетанной травмы живота (ЗСТЖ) у детей.

Под нашим наблюдением с 2016 по 2019 гг. в Андижанском филиале РНЦЭМП и в ГДКХБ №2 Ташкента находилось 127 детей с закрытой сочетанной травмой живота. Основу диагностики ЗСТЖ составляли клинический осмотр и данные комплексного обследования детей. Трудности диагностики заключались в тяжести состояния детей, сочетанном повреждении нескольких органов и систем, в основном с преобладанием травмы головного мозга.

Применение диагностического алгоритма начиналось с неинвазивных методов диагностики, в основном с ультразвукового исследования (УЗИ). Ультразвуковое исследование органов брюшной полости для установления разрыва паренхиматозных органов и определения свободной жидкости произведено 59 детям с ЗСТЖ. Одной из основных задач было выявление

повреждения паренхиматозных органов и внутриполостного кровотечения. Наличие крови в латеральных каналах, подпеченочном пространстве, а также в полости малого таза выявлено у 26 (20.4%) детей. Ультразвуковое исследование произведено в 15 случаях с подозрением на повреждение селезенки, в 9 наблюдениях при подозрении на повреждение печени, в 8 случаях - при повреждении поджелудочной железы и в 34 случаях при повреждении почек. Ушиб паренхиматозных органов был диагностирован у 16 детей с ЗСТЖ.

Прямым эхографическим признаком чрескапсульных разрывов являются нарушение непрерывности контура органа и визуализация линии разрыва. Последняя чаще неправильной формы, с неровными, нечеткими контурами. Эхогенность линии разрыва варьирует в зависимости от времени, прошедшего после травмы, и определяется степенью ретракции и лизиса сгустков крови. Разрыв паренхиматозных органов был установлен у 22 детей.

Среди диагностических методов, на наш взгляд, одно из ведущих мест принадлежит диагностической пункции брюшной полости, как наиболее простой и доступной. У 100 детей с ЗСТЖ нами проведен лапароцентез для диагностики повреждения органов брюшной полости.

У 79 наблюдаемых больных при пункции брюшной полости обнаружена кровь. Все эти дети были оперированы (у 49 детей во время операции обнаружены разрывы селезенки, у 30 детей разрывы печени). У 6 пострадавших получено кишечное содержимое. Полученное содержимое при лапароцентезе из брюшной полости часто оценивается визуально по окраске и запаху. Однако бывает, что при незначительных разрывах внутренних органов содержимое брюшной полости скудное. В таких случаях мы прибегаем к центрифугированию и микроскопии содержимого, вследствие чего у 2 пациентов были обнаружены цисты лямблий, эти дети были подвергнуты лапаротомии и сшиванию кишечника. У 13 детей с множественными и сочетанными повреждениями лапароцентез показал отрицательные результаты, что позволило в дальнейшем отказаться от лапаротомии. Одним из наиболее современных методов прямого эндоскопического исследования является лапароскопия. Многочисленные данные литературы свидетельствуют, что лапароскопия как вспомогательный метод диагностики повреждения органов брюшной полости при закрытой травме живота имеет определенную ценность, особенно при сочетанных травмах, когда диагностика бывает весьма затруднена. Всего произведено 17 лапароскопий у детей с катастрофой брюшной полости, из них разрыв селезенки выявлен у 3 детей, разрыв печени - у 2, разрыв кишечника - у 2 детей. У 10 детей были обнаружены гематомы брыжейки и забрюшинного пространства, и лапароскопия позволила снять диагноз разрыва внутренних органов, избегнув

лапаротомии. По нашему мнению, лапароскопию у пострадавших с ЗСТЖ можно использовать только в исключительно сомнительных случаях.

Одним из самых эффективных методов современной диагностики является компьютерная томография, которая позволяет получить снимок определенного поперечного среза человеческого тела, при этом организм можно исследовать слоями шагом в 1 мм. В наблюдаемых нами группах больных компьютерная томография произведена 12 пациентам с закрытой сочетанной травмой внутренних органов. Хотим заметить, что КТ нами проводилась в исключительно сомнительных случаях, в результате чего в 100% наблюдений было установлено повреждение внутренних органов.

**Выводы:**

1. При закрытой сочетанной травме живота у детей целесообразно применять доступные клинические и неинвазивные методы исследования, такие как ультразвуковое исследование и лапароскопия, которые позволяют в сжатые сроки определить дальнейшую тактику ведения этих пациентов.

2. Наиболее информативными методами диагностики ЗСТЖ в сомнительных случаях являются лапароскопия и компьютерная томография, которые позволяют оценить дальнейшую тактику лечения.

3. Предлагаемый нами алгоритм диагностической и лечебной тактики является перспективной моделью для своевременной и точной диагностики повреждений внутренних органов, а его применение позволяет исключить диагностические ошибки, сократить дооперационный период до минимума и установить точный диагноз в 92-100%.

Углонов И.М., Чулиев М.С., Баратов Ф.Т.

**МЕТОД ВРЕМЕННОЙ ОККЛЮЗИИ БРОНХОВ ПРИ  
ОСЛОЖНЕННЫХ СВИЩЕВЫХ ФОРМАХ БАКТЕРИАЛЬНОЙ  
ДЕСТРУКЦИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Несмотря на совершенствование методов диагностики и лечения бактериальной деструкции легких (БДЛ) у детей, отмечаются случаи развития осложненных свищевых форм. Основными причинами развития дыхательной недостаточности при бронхоплевральных свищах является развитие синдрома не герметизации легкого, что в свою очередь препятствует расправлению легкого.

**Цель.** Провести клинико-рентгенологическую и бронхологическую оценку эффективности временной окклюзии бронхов в лечении бронхоплевральных свищей у детей в ближайшие и отдаленные сроки.

**Материал и методы.** В клинике Ташкентского Педиатрического Медицинского Института за период с 2009 по 2019 находились на лечении 147

больных с БДЛ пиопневмотораксом. У 32 (22%) из них в возрасте от 7 до 16 лет в связи с развитием бронхоплеврального свища, применены разные варианты временной окклюзии - окклюзия долевых или сегментарных бронхов. Лечение БДЛ проводилось согласно принятому протоколу, включающему в себя дренирование плевральной полости.

В 21 (65%) случаях было поражено правое легкое, в 11 (35%) левое. За период проведенного исследования двустороннего поражения не отмечалось. У 8 (25%) больных изменения локализовались в верхней доле, 19(59%) случай в нижней и 5 (16%) отмечена полисегментарная деструкция легких. Во всех случаях временная окклюзия выполнялась после дренирования плевральной полости. При этом мы предпочтение отдавали ригидной бронхоскопии при общем обезболивании с введением асептического обтуратора (крупнористый поролон “merocel”, пропитанный повидон-йодом и танталом) в свищевой бронх. Дренаж плевральной полости сохранялся после операции. Обтуратор находился в просвете бронхиального дерева в среднем от 7 до 16 дней (в среднем 11). Показанием к удалению обтуратора послужило расправление лёгкого, ликвидация пневмоторакса. Показанием к удалению обтуратора явились: нормализация показателей спирометрии и легочного кровотока, улучшение вентиляции.

**Результаты.** Клинический эффект воздействия (ВОБ) складывался определенной закономерностью изменений. К примеру, впервые дни отмечалась первичная реакция на окклюзию. Так, у 12 (37.5%) пациентов, впервые 24 ч отмечалась нормализация функции внешнего дыхания (уряжалась ЧД, возрастала ЖЕЛ, уменьшался МОД до 25%). У 19 (59%) пациентов фаза первичной реакции длилась до 2 суток. Характеризовалась теми же клиническими проявлениями. У 1 (3.5%) пациента первичная адаптация на окклюзию длилась 4 сутки. В следующие 10 дней у 18 (56%) наблюдалось постепенное улучшение общего состояния, стабилизация основных показателей дыхания и кровообращения, что сопровождалось возрастанием использования кислорода, увеличение его потребления на 30-35%, нормализации уровня  $PaCO_2$  и  $PaO_2$ , а также стабилизация общего состояния и стихание воспалительных изменений в легком. У 13 (40.5%) описанные клинические проявления развились на 14 сутки, у 1(3.5%) пациента на 21 сутки. При обследовании детей в отдаленные сроки (от 6 до 12 мес.) у всех пациентов отмечалось стойкое расправление легких, нормализация сосудистого рисунка, смещения средостения в здоровую сторону, уменьшения межреберных промежутков и подъема диафрагмы.

Таким образом, временная окклюзия бронхов при осложненных свищевых формах бактериальной деструкции легких у детей, такими как пиопневмоторакс, позволяла добиться полного выздоровления у всех больных детей. Применение крупнористого поролонового обтуратора “merocel”,



пропитанного повидон-йодом и танталом, с диаметром до 3 раз повышающих диаметр свищ несущего бронха, дает быструю окклюзию свища, ликвидации «утечки воздуха» и расправлению бронха, полного выздоровления после проведенной окклюзии.

Файзиев О.Я., Агзамходжаев Т.С. Юсупов А.С., Маматкулов И.А.  
**ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ДЕТЕЙ.**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Большинство методов регионарной анестезии, разработанных для взрослых, вполне приемлемы и у детей, тем не менее, у них необходим подбор индивидуальных способов с учётом степени риска и преимуществ. Оперативные вмешательства в абдоминальной области характеризуются максимальной степенью хирургической агрессии и радикализмом, что обусловлено характером и степенью выраженности вызванных им нарушений функций.

**Целью** исследования совершенствование методов комбинированной мультимодальной анестезии при болезни Гиршпрунга проведением внутрибрюшной резекции кишечника у детей с оценкой центральной гемодинамики.

**Материалы и методы.** В процессе исследования изучены показатели 35 детей (возрасте от 1 до 7 лет), подвергнувшиеся плановым оперативным вмешательствам на органах брюшной полости брюшно-промежностная проктопластика (БППП) с различными модификациями. В 1-группе -15 детей проводилась нейролептаналгезия (дроперидол, фентанил), традиционным методом. Во 2- группе 20 детей основной наркоз осуществлялось комбинированная мультимодальная анестезия (пропофол, фентанил) в сочетании эпидуральной аналгезии (ЭА) бупивакаином. По физическому статусу все больные соответствовали I-III классам ASA. Этапы исследования: до операции, премедикация, вводный период, период поддержки, период пробуждения. По физическому статусу все больные соответствовали I-III классам ASA. Проводилось исследование центральной гемодинамики методом эхокардиографии (ЭхоКГ), на аппарате APLIO 500 "TOSHIBA" (JAPAN).

Для суждения о достоверности различий анализируемого показателя между сравниваемыми группами использовали t-критерий Стьюдента. Уровень достоверности коэффициента оценивали стандартным способом и считали приемлемым при  $p \leq 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** После премедикации, при сравнительном анализе оценки ЧСС, на исходном этапе между двумя группами клинического сравнения не отмечалось значимых различий ( $p>0,05$ ). На вводном периоде зафиксировано значимое снижение ЧСС снизилась на 15,2% у второй группы сравнению первой группы не значимое ( $p<0,05$ ). На период поддержания ЧСС уменьшилась у пациентов обеих групп на 9%, Не значимое повышение было зафиксировано на этапе пробуждения, на 10% ( $p<0,005$ ), и 1-ой группе на 8,3%. Экстубация осуществлялась на ранние сроки после операции, больных 2-й группы были на 11,9% статистически значимо больше, чем 1-й группы. При сравнении ОПСС на втором этапе, между основной группы детей и группами было отмечено значимое снижение ОПСС на 2,4% и на 3 этапе на 6,5%, а также на 4 этапе на (8,8%). На этапе пробуждения исследования ОПСС снижалась на (7,4%). Сравнительном анализе значений ОПСС между первой и второй группами клинического сравнения были отмечены значимые различия, происходило снижение ОПСС на 2,2%, соответственно. При сравнении данных, на 5 этапе пробуждения наблюдалось снижение ОПСС контрольной группы на 3,5%.

Второй группе изменение гемодинамики следующим образом, при анализе качества анальгезии показывают, что нарушения гемодинамики обусловлены недостаточной антиноцицептивной защитой от хирургической агрессии болевого синдрома, и сохраняющийся поток ноцицептивных импульсов из зоны повреждения приводит к сенситизации ноцицептивных нейронов спинного мозга и формированию зон гипералгезии, что формирует стрессорную перестройку кровообращения.

На этапе разреза кожи по сравнению с предыдущим этапом исследования отмечалось увеличение показателя СДД на 6,52%, ЧСС на 8,49%, СИ на 12,84% и УПС 13,44%. Травматичный этап характеризовался увеличением АДс на 3,72% и АДд на 4,34%.

На этапе пробуждения у пациентов второй группы, отмечалось увеличение показателя УИ на 9,7%, а в первой группе пациентов отмечалось уменьшение УИ на 1,1%, СИ на 12,2% и УИ на 2,2%.

Таким образом, можно констатировать, что в подавляющее большинство детей основной группы достаточно благополучно перенесли абдоминальные вмешательства, вероятно, этому способствовал исходно выбранный метод анестезии. С этой позиции, весьма интересно позитивное влияние КММА и проводимая ИТ на показатели центральной гемодинамики при абдоминальных операциях у детей.

**Заключение.** Проведенные нами исследования свидетельствуют, что эффективным способом купирования интраоперационного болевого синдрома у детей является КММА на основе применения малых доз препаратов: профол, фентанил, ЭА бупивакаином в сочетании с севораном, которая обеспечит

эффективную анестезиологическую защиту детского организма от операционной травмы.

Файзиев О.Я., Юсупов А.С., Маматкулов И.А.

## **КОМБИНИРОВАННАЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ БРЮШНОПОЛОСТНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Одной из наиболее значимых задач в современной анестезиологии и детской хирургии является объективизация контроля адекватности обезболивания во время оперативного вмешательства. Разработка и внедрение безопасных, щадящих и эффективных методов антиноцицептивной защиты пациента от острой хирургической боли остается важнейшей проблемой мировой анестезиологии. Болезнь Гиршпрунга наряду с аноректальными пороками развития является наиболее сложным заболеванием в структуре детской колопроктологии. В связи с этим, мы сделали акцент на интраоперационную анальгезию в условиях комбинированной мультимодальной анестезии (КММА) с учетом оценки их влияния на функциональное состояние детского организма, это проблема побудило нас провести сравнительную оценку двух методов анестезии.

**Целью исследования** – явилось оптимизация комбинированной мультимодальной анестезии путем сравнения центральной гемодинамики и гормонального гомеостаза, при повторно – корригирующих оперативных вмешательствах с аноректальной мальформацией.

**Материалы и методы исследования.** В ходе исследования сравнение проведено у 56 детей, в возрасте от 1годадо 14лет с повторно – корригирующим оперативными вмешательствами при аноректальными мальформациями за период с 2016 по 2019гг. Тяжесть предоперационного состояния больных соответствовало 3-4 классу по Американской ассоциации анестезиологов (ASA), продолжительность анестезии составила от одного часа до 3,5часа (в среднем  $120,2 \pm 18,1$ мин). Для обеспечения анестезиологической защиты были разработаны две методики комбинированной анестезии. В основном группе 36 детей применялся метод комбинированной мультимодальной анестезии (КММА) 20 (56%), использованы пропофол в дозе (1%-50мкг/кг), фентанил в объеме (0,005%-1мкг/кг), а также в качестве местного анестетика бупивакаина (0,5%-2,5мг/кг) для эпидуральной анальгезии. В контрольной группе 20 пациентам метод нейролептаналгезии (НЛА) 16 (44%), пациентам ввели препараты: дроперидол (0,25%-0,25мг/кг), фентанил (0,005%-4мкг/кг), раствор лидокаина (2%-4мг/кг) в эпидуральное пространство.

**Результаты и их обсуждение.** Показатели гемодинамики на первом этапе у больных детей первой группы, особо не отличающиеся от показателей второй группы исследуемых больных. Однако, во втором (премедикации) этапе, при сравнительном анализе оценки частоты сердечной сокращения (ЧСС), между двумя группами в зависимости от вводимых в эпидуральное пространство препаратов анальгезия появлялась в разные сроки. Эффективность ее была различной в данном, этапе ЧСС снизилась на 12,2% у второй группы сравнению первой группы не значимо ( $p < 0,05$ ). Среднее диастолическое давление (СДД) на 3,57% и ударное периферическое сопротивление (УПС) на 8,61%, за счёт периферической вазодилатации компенсировались умеренным увеличением ЧСС на 4,8%. На этапе введения пропофол, фентанила и ЭА, ударный индекс (УИ), сердечный индекс (СИ) и СДД возросли соответственно на 9,45%, 5,16% и 18,16%. Незначительно по сравнению с этапом премедикации увеличилась фракция изгнание (ФИ) на 1,01%. А также, УПС снизилось на 14,27%. Через 15 мин после интубации по сравнению с предыдущим этапом исследования СИ достоверно уменьшилось на 16,2%, УПС повысилось на 28,75%. Остальные показатели изменились незначительно. На этапе разреза кожи отмечались невыраженные отличия показателей центральной гемодинамики по сравнению с предыдущим этапом. Увеличилось только ЧСС на 3,49% и СДД на 4,12%. На всех последующих этапах операции показатели центральной гемодинамики оставались стабильными.

На фоне усиленной гормонообразовательной функции коры надпочечников, первой наблюдаемой группы непосредственно перед операции, в период премедикации отмечалось снижение содержания кортизола на 6,41%. В вводном периоде анестезии наблюдалась тенденция к снижению концентрации в крови кортизола на 1,3%, а по сравнению с исходным периодом на 7,63%. В наиболее травматичные моменты операции концентрация кортизола также снизилась недостоверно на 8,21%, а по сравнению с исходным периодом на 15,21% ( $p < 0,05$ ). В конце операции отмечалось повышение концентрации кортизола на 2,22%, а по сравнению с исходным периодом – снижение на 13,33% ( $p < 0,05$ ).

Согласно данным изучения содержания в крови стресс-гормона коры надпочечников у детей, при проведении анестезии 2-ой группы на фоне премедикационного сна содержание в крови кортизола характеризовалось к снижению по сравнению с исходным значением (2,56%). На этапе вводного периода, на фоне НЛА отмечалось недостоверное снижение концентрации кортизола на 6,09%. По сравнению с периодом премедикации на 3,62%. В наиболее травматичный момент операции концентрация изучаемого гормона становилась еще меньше – на 8,14%. Чем в период введения анестетика, а по сравнению с их исходным значением на 13,73%. В конце операции

сопровождался минимальным снижением концентрации кортизола – на 1,38%, по сравнению с периодом травматичного момента операции – на 14,92% ( $p < 0,05$ ).

**Выводы:**

1. Результаты указывают на преимущества использования КММА в комплексе ЭА у больных по сравнению с больными второй группы, позволяющие выполнить экстубацию трахеи в более ранние сроки.

2. Применение ЭА(бупивакаина) в сочетании с пропофол и фентанилом рекомендуется при длительных травматичных абдоминальных оперативных вмешательствах у детей.

Хамидов Б.Х., Хуррамов Ф.М., Саттаров Ж.Б., Аллаберганов И.К.

**ИММУННЫЕ НАРУШЕНИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ КАЛЬКУЛЁЗНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Иммунокомпетентная система организма занимает важное место в клинических исследованиях и позволяет объяснить генез патологического процесса некоторых заболеваний, который изучен еще недостаточно.

**Цель** настоящего исследования – установление характера и значимости показателей клеточного и гуморального иммунитета при калькулёзном пиелонефрите у детей.

**Материалы и методы исследования.** Наряду с общеклиническими исследованиями крови и мочи, обзорной рентгенографией мочевых путей с экскреторной и инфузионной урографией, УЗИ, МСКТ, МРТ у 116 наблюдаемых нами больных проводили следующие исследования: биохимическое, бактериологическое и иммунологическое. Характер проведенных иммунологических исследований: определение противопочечных и противопечёчных сывороточных аутоантител (ААТ) в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА); комплементарной активности сыворотки крови; сывороточных иммуноглобулинов с использованием моноспецифических антисывороток А, G, M; культивирование лимфоцитов периферической крови.

**Результаты и обсуждение.** Иммунологическая реактивность изучена у 116 оперированных по поводу почечнокаменной болезни, осложненной различными клиническими формами калькулёзного пиелонефрита. Дети были в возрасте от 6 месяцев до 14 лет. Исследование проводили в динамике: при поступлении, через 3-5 суток после операции и перед выпиской.

Больные с учетом клинической формы болезни в соответствии с классификацией М.С.Игнатъевой с соавт., распределены на 3 группы: в

первую вошли 28 (24,1%) больных с острым калькулезным пиелонефритом (ОКП); во вторую – 70 (60,4%) с обострением хронического пиелонефрита (ОХП); в третью – 18 (15,5%) детей с латентно протекающим пиелонефритом (ЛПП).

О состоянии иммунологической реактивности организма судили по клинике заболевания, титром комплемента и противопочечных ААТ, содержанию общего белка в сыворотке крови и белковой фракции, изменению иммуноглобулинов А, G, M, реакции бласттрансформации, лимфоцитом периферической крови с митогенами – фитогематглютинином(ФГА) и почечным антигеном.

До операции (1-2 день поступления) у больных с ОКП при двустороннем поражении почки у 58 было обнаружено угнетение иммунологической реактивности организма.

Наибольшее число положительных реакций ААТ отмечалось у больных с ОХП (у 70 из 116). Титр противопочечных ААТ у них в основном колебался в пределах 1:180-1:160 (у 45 больных) т только у 16 не превышал 1:140, составляя в среднем 80,94% (P<0,001).

В первую неделю после операции число положительных реакций ААТ против тканей почек выявлено у 65 из 116 больных в титрах 1:80, у 33 – 1:60, а у 18 больных ААТ в крови отсутствовали.

После проведенного комплексного лечения ко времени выписки из стационара положительная реакция ААТ получена лишь у 21 больного, причем титр ААТ у них не превышал 1:40.

**Таким образом,** число положительных реакций и высота титров противопочечных ААТ в кровотоке зависят от формы болезни. Они чаще выявлялись у детей с двусторонним поражением почек, обнаружена прямая зависимость между частотой выявляемости ААТ и высотой титров противопочечных ААТ, клинической формой заболевания и его тяжестью, это позволяет предположить, что аутоиммунные процессы у большинства больных зависят прежде всего от степени выраженности воспалительной реакции и объема поражения.

Хамидов Б.Х., Хуррамов Ф.М., Якубов Э.А.

### **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СИНДРОМЕ «ОТЕЧНОЙ МОШОНКИ» У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Симптомокомплекс, проявляющийся болью, отеком и краснотой, свойственен ряду заболеваний органов мошонки и носит название синдрома «острой» или «отёчной мошонки». Их синонимом, часто встречающимся в литературе, является термин «острые заболевания яичка»,

объединяющий ряд нозологий: воспалительные заболевания яичка, придатка и семенного канатика, заворот и некроз их гидатид, заворот семенного канатика, травма органов мошонки. Затруднения в предоперационной диагностике возникают из-за сходства клинической картины. В то же время, по количеству экстренных оперативных вмешательств в детской хирургической клинике эти заболевания занимают второе место после острого аппендицита. Улучшение результатов лечения синдрома «отёчной мошонки» является актуальным для сохранения репродуктивной функции мужской части населения. Многочисленные наблюдения утверждают, что расширение показаний к активному оперативному лечению при острых заболеваниях органов мошонки у детей патогенетически обосновано, такая лечебная тактика по сравнению с консервативной более эффективна.

**Цель настоящей работы** – определение тактики применения хирургических или медикаментозных способов лечения при синдроме острой мошонки у детей.

**Материалы и методы.** Обследовано 186 больных, в возрасте от 5 до 18 лет. Проведено комплексное клинико-инструментальное обследование больных, которое включало сбор анамнеза болезни, клинический осмотр, биохимическое исследования крови, УЗИ а также УЗИ с доплерографией.

**Результаты и их обсуждение.** В комплексе обследования 186 детей с травмой и острыми заболеваниями яичек, клиническим проявлением которых служил синдром отечной мошонки, нами применены методы ультразвуковой (УЗИ) визуализации структуры и функции (кровоток) поражённой гемистротум путем УЗИ доплеровской флоуметрии (УДФ) расстройств контролируемых объемов интраорганного и коллатерального кровотока яичек и УЗИ сканирования (УСК) органов мошонки по серой шкале в реальном масштабе времени.

Показанием к применению УСК органов мошонки по серой шкале в первую очередь следует считать травматические поражения (верификация ушиба, разрыва яичка, выявление интра- и экстраэпидидимальных гематом), острое заболевания яичек, у которых предварительно методом УДФ исключен диагноз перекрута яичка (безоперационная верификация патологии гидатид, острого эпидидимита и эпидидимиорхита).

Метод УДФ позволяет быстро (менее 2 минуты на обследование) выявить характер интраорганного кровотока поражённой железы (ишемия–«норма»–гиперемия), состояние коллатерального кровотока всей поражённой половины мошонки (редуцированный-компенсированный) и объективно определить показания к срочному хирургическому лечению ишемических поражений (перекрут, ущемление яичка).

Поражение гидатиды визуализируется в виде эхосвободных (некроз) пространств с довольно четким внутренним контуром, расположенных в

типичном для подвесок месте. Возможно дорзальное усиление задней стенки за счет реактивного периепидидимита.

Для перекрута яичка характерно увеличение диаметра семенного канатика, абсолютное увеличение органа в размере, потеря полостности (стойка форма «шара» в продольном и поперечном сканировании), исчезновение тени придатка и слияние ее в один ободок «шара» на фоне неоднородности и потери плотности паренхимы, асимметрия гистиограммы паренхимы яичка и появление на ней дополнительных штрихов эхосигналов.

При эпидидимите вырисовывается увеличенный в размере придаток повышенной эхоплотности (до 50 ЕД и более) на фоне неизменной по форме и акустической плотности тени паренхимы яичка.

Комплексное применение УДФ и УСК органов мошонки у детей повышает точность диагностики любого из видов поражения яичек, поэтому наиболее приемлемой схемой лечебно-диагностической тактики при синдроме «отечной мошонки» у детей следует считать: УДФ – интраорганный ишемия – редуцированный коллатеральный кровоток – острый эпидидимит (консервативное лечение под контролем УДФ и УСК), перекрут яичка – срочная хирургическая операция.

**Таким образом,** результаты настоящего исследования свидетельствуют о том, что существующий порядок обследования больных и лечебная тактика расширения показаний к выполнению срочных хирургических операций при синдроме «отечной мошонки» у детей должны быть изменены, а объем исследований при этом ограничен только УЗ диагностикой, последовательность выполнения которой определяется диагностикой, последовательность выполнения которой определяется диагностической ценностью каждого из ее видов.

Хамидов Б.Х., Хуррамов Ф.М., Аллаберганов И.К.,  
**СЕПТИКО-ПИЕМИЧЕСКАЯ ФОРМА ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО  
ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Значительное количество нозологических единиц, проявляющиеся в виде септико-пиемической формы острого гематогенного остеомиелита (ОГО) привело к их условной классификационной интеграции в виде механических, травматических, воспалительных и ревматоидных процессов в костях, что затрудняет лечение этой категории больных. Дефицит времени, в конечном счете, может привести грозным осложнениям, в частности, гнойным метастазом в различные органы.



**Цель работы** – унифицировать дифференциальную диагностику, клинических симптомов заболеваний, вызывающих синдром септико-пиемической формы ОГО у детей.

**Результаты и обсуждение.** Изучены результаты лечения 65 детей с ОГО различной локализации в возрасте от 5 до 14 лет, находившихся во 2-ГДХКБ г.Ташкента. Местная форма была у 17 (26%) больных, септико-пиемическая – у 45 (69%) и у 3 (5%) детей – токсическая форма. У обследованных пациентов самым частым симптомом синдрома системного воспалительного процесса являлась гипертермия – 98% и тахикардия – 93%. Лейкоцитоз, болезненность и тахипноэ отмечались соответственно 79%, 77 % и 73% случаев. Гипотонию отметили у 17%, тромбоцитопению – 16%, снижение температуры в нижних конечностях с мраморным оттенком кожных покровов – 28%, повышение С-реактивного белка наблюдалось у всех больных. Появление признаков синдрома системного ответа, свидетельствует о возможности перехода воспалительного процесса в более тяжелые формы, что требует адекватных мер лечения.

Дифференциальная диагностика острых хирургических заболеваний опорно-двигательной системы у детей должна проводиться как между группами т.е. воспалительными, механическими и травматическими процессами, так и внутри них. Необходимо обращать внимание на боли, которые в начале процесса были средней интенсивности, затем уменьшались, что свидетельствует о стабилизации процесса, следовательно, требует корректировки тактики лечебных мероприятий.

По нашим наблюдениям, С-реактивный белок также является наиболее специфическим и чувствительным клинико-лабораторным индикатором воспаления и некроза.

Таким образом, проведен поиск минимального набора симптомов и показателей, характерных для патологии костей у детей. На основании вышеизложенного решался вопрос о тактике ведения этих больных с включением противовоспалительной, антибактериальной, метаболической, иммуностимулирующей и местной терапии.

В диагностике и контроле лечения септико-пиемических форм заболеваний и подборе антибиотиков у детей предпочтение отдавали показателю С-реактивного белка, более чувствительного и специфического, чем реакции оседания эритроцитов. Ибо повышение концентрации С-реактивного белка в крови обнаруживалось спустя 3 и более часов от начала гнойно-септических заболеваний у детей.

**В заключении** следует отметить, что повышение концентрации С-реактивного белка в крови являлось довольно специфичным определяющим перехода заболевания в септико-пиемическую форму. Снижение уровня С-

реактивного белка крови свидетельствовало о правильном подборе антибиотиков и плана лечения.

Хамраев А.Ж., Жураев Ш.Ш., Уббиев Д.К.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Геморрой является полиэтиологическим проктологическим заболеванием, причины развития, особенности клинического течения в детском возрасте мало изучены. У детей геморрой встречается гораздо реже. По литературным данным может достигать 8% среди всех заболеваний толстой кишки и промежности. Учитывая его редкость, особенности диагностики и клинического течения требуется его дальнейшее изучение.

**Цель.** Улучшить диагностику геморроя у детей, путем изучения особенностей клинического течения.

**Материалы и методы.** На клинической базе госпитальной детской хирургии ТашПМИ (1-ГДКБ) за последние 9 лет на стационарном и амбулаторном лечении находились 50 больных детей с геморроем в возрасте: до 1 года – 1 (2%); 1–3 лет – 9 (18%); 3–6 лет – 26 (52%); 7–12 лет – 8 (16%); 13–18 лет – 6 (12%). Выявлена наружная форма – у 45 (90%); комбинированная – у 5 (10%). Мальчиков было – 40 (77,3 %), девочек – 10 (22,7%).

Локализация (подушки) узлов определялось по часовому циферблату в положении лежа на спине больного. Всем больным проводились обследования: общеклиническое, лабораторное, ортостатическое с физической нагрузкой путем приседания, ректальное, пальцевое, аноскопия и ректоскопия. Дополнительно проводили УЗИ (доплер), полипозиционную ирригографию, ректороманоскопию для изучения моторно-эвакуаторного нарушения.

**Результаты.** При изучении высокая частота встречаемости отмечена у 23 (52%) больных в дошкольном и у 12 (23%) в школьном возрасте. В анамнезе у 13 (28,6 %) больных детей отмечено наличие геморроя у близких родственников. Основной причиной геморроя у детей явились: упорные запоры – у 39,1% больных; усиленная диарея с частыми позывами – у 21,7%; двухмоментный акт дефекации (длительное сидения и натуживание) – у 13%; напряжение при спортивных нагрузках – у 13%; заболевания легких (усиленный, непрерывный кашель) – у 6,5%; камень или сужение уретры (напряженное мочеиспускание) – у 6,5% и др. Среди всех детей с геморроем, транзиторные состояния были – у 35 (70%) и постоянные – у 15 (30%). У больных геморроем в дошкольном и школьном возрасте в анамнезе имелись упорные запоры (40,9%). При ирригографии выявлено, что причинами

геморроя явились долихосигма и мегаректум. При усиленной диарее (21,7%) при ректороманоскопии выявлялась картина хронического проктита, проктосигмоидита и дизбактериоза кишечника.

При первичной диагностике геморроидальные узлы чаще локализовались на 3, 7 и 11 часах условного циферблата в положении больного на спине. Размеры геморроидальных узлов составили от 0,5 см до 2,5 см в диаметре. Выпячивания геморроидальных узлов отмечено в виде наружных 1-2-3 узлов – у 28 (56%) и подушках (слияние узлов) – у 22 (44%) больных. Количество узлов: с одним – у 28 (56%) больных; с двумя – у 10 (20%); с тремя – у 12 (24%). Локализация и количество подушек: правой боковой (на 2-5 часах) – у 8 (34,8%); левая задняя (на 6-9 часах) – у 8 (41,3%) и левая передняя (на 10-12 часах) – 6 (23,9%).

Геморроидальные узлы имели постоянный характер – у 15 (30%) больных и транзиторный – у 35 (70%). Среди детей с постоянным выпячиванием узлов у 9 (18%) больных, отмечался тромбоз геморроидальных узлов.

Геморрой у детей младшего возраста клинически протекает в более атипичной форме с отсутствием болевого синдрома и кровотечения. Клинически проявляется постепенно: беспокойством ребенка на фоне чувства дискомфорта в области заднего прохода после акта дефекации. У детей школьного возраста доминирует симптом зуда, в старшем возрасте для геморроя характерны боли в области заднего прохода, которые объясняются присоединением воспалительного процесса. При тромбозе у детей старшего возраста отмечается затрудненный и болезненный акт дефекации.

**Вывод.** Таким образом, геморрой у детей чаще встречается в дошкольном возрасте. Чаще встречается в виде отдельных наружных узлов в 56%, реже в виде слияния узлов между собой (подушках) (44%). Геморрой у детей часто (70%) имеет транзиторный характер, у детей младшего возраста чаще протекает в атипичной форме с отсутствием болевого синдрома и кровотечений.

Хамраев А.Ж., Раупов Ф.С., Акмоллаев Д.С.

### **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ.**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

Бухарский государственный медицинский институт, г.Бухара

Медицинская Академия КФУ, г.Симферополь

**Актуальность.** Проблемы хирургического лечения некротизирующего энтероколита у новорожденных остаются далеко не решенной в неонатальной

хирургии, в связи с большой частотой послеоперационных осложнений и летальности.

**Цель.** Улучшить результаты хирургического лечения некротизирующего энтероколита у новорожденных.

**Материалы и методы.** За последние 6 лет на лечении находилось 58 детей с некротизирующим энтероколитом весом 650-4200 грам. Среди них недоношенные составили 29 (50%). Возраст при постановке диагноза: 1-28 суток (в первые 10 суток – 65%). Все дети разделены на две группы («А» и «Б»). В группу «А» вошли 38 детей (65,5%) с первичной диагностикой некротизирующего энтероколита «I-IIA» ст. по Walsh и Kliegman. В этой группе применен «традиционный» эффективный консервативный метод лечения некротизирующего энтероколита и получен эффект в 63 (78,8%) случаев. В группу «Б» вошло 20 детей (34,5%) с первичной диагностикой некротизирующего энтероколита на «поздних» «IIБ – IIIА- IIIВ» стадиях. Все дети в группе «Б» и 10 детей из группы «А», с ухудшением состояния, оперированы в экстренном порядке (всего 30 новорожденных).

**Результаты.** У 5 новорожденных с некротизирующим энтероколитом в стадии 3В по тяжести состояния было выполнено лишь дренирование брюшной полости. Двое из них погибли от полиорганной недостаточности на фоне сепсиса. Троем выжившим на 3-и и 5-е сутки после дренирования брюшной полости выполнена лапаротомия и проведена двойная дистальная илеостомия. Первичная двойная дистальная илеостомия также выполнена в 14 случаях при стадии «IIIА». При «IIБ» стадии терминальная колостомия выполнена у 11 больных с некротизирующим энтероколитом. При лапаротомии резекции даже значительно измененных фрагментов кишечника не проводилось. Участки миниперфорации ушивались викрилом 5,0, атравматическими иглами. Общая летальность составила 21% – 12 больных новорожденных только из группы «Б»).

Закрытие илеостомы производилось через 6 недель у 15 (50%) детей. Операциями выбора были илео-илео-анастомоз «конец-в-конец» и тонко-толстокишечный анастомоз с однорядным непрерывным швом после фистуло- и ирригографии. У 2-х детей при этом исследовании выявлен рубцовый стеноз после воспалительного процесса на восходящем отделе толстой кишки, что потребовало выполнения обширной резекции правой половины ободочной кишки с созданием тонко-толстокишечного анастомоза. У 2-х детей после закрытия илеостомы или колостомы отмечено стойкое нарушение отхождения стула. При обследовании у обоих детей выявлен аганглиоз толстой кишки (ректо-сигмоидная форма). У остальных оперированных детей в катамнезе за последующие 6 месяцев отмечается выздоровление.

Таким образом, первично диагностируемый некротизирующий энтероколит у новорожденных на необратимых стадиях, обуславливает высокую летальность и риск развития нарушения проходимости кишечника у выживших детей, что требует многоэтапной хирургической коррекции и комплексного лечения.

Хамраев А.Ж., Рахмонов Д.Р.

### **ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКАХ У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент  
Самаркандский государственный медицинский институт, г.Самарканд

**Актуальность.** Проблемы послеоперационных осложнений аноректальных пороков у детей и проведение адекватных повторных реконструктивных операции остаются далеко нерешенной проблемой в детской колопроктологии. Послеоперационные осложнения при хирургической коррекции аноректальных пороков зависят от показания, выбора оперативной тактики, эффективности метода первичной коррекции, наличия сопутствующих врожденных патологий соседних органов и профессионализма хирурга.

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

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 62 больных за последние 12 лет с функциональными нарушениями заднего прохода после первичной хирургической коррекции аноректальных пороков. Среди них 29 (46,7%) больным была произведена повторная промежностная, 15 (24,2%) – брюшно-промежностная, 12 (19,3%) – передне-сагитальная проктопластика и 6 (9,6%) – задне-сагитальная проктопластика. Больные были оперированы: двукратно – 36 (58,1%), трёхкратно – 19 (30,6%) и четырехкратно и более – 7 (11,3%). Всем больным проводились общезыкальные, лабораторные и специальные методы исследования. Больные распределялись на 2 группы. I группа (34 больных) – получившие перед повторной реконструктивной операцией комплексное лечение. II группа (28 больных) – перед повторной операцией не получившие комплексное лечение.

**Результаты.** При тщательном изучении историй болезни, выписки и анамнеза больных, нами было выявлено, что неудачность первичной хирургической коррекции аноректальных пороков и её осложнения развивались на почве различных ошибок. Диагностические ошибки –

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

При повторных реконструктивных операциях применялись следующие интраоперационные тактики: по возможности обходиться без лапаротомии, минимальной диссекцией тканей с целью сохранения кровоснабжения и иннервации; точно выводить прямую кишку через центр удерживающего мышечного комплекса; восстанавливать физиологический аноректальный угол; сохранять внутренний анальный сфинктер; избегать натяжения в зоне вновь сформированного заднего прохода. Каждая повторная операция выполнялась в более сложных условиях, чем первичная и с меньшими возможностями выбора оперативного метода, что усугублялось наличием грубых рубцовых изменений тканей промежности. При решении проблемы реконструктивных операций важно совершенствование хирургической техники, как устранение дефекта и осложнений предыдущих операций, так и профилактика причин, приводящих к этому.

Результаты повторных реконструктивных операции показали, что чем больше кратность операции, тем больше тенденции к рубцеванию и стриктуры ануса. Поэтому важно, чтобы между операциями проводилось комплексное общее и местное противовоспалительное и противовоспаечное лечение, как профилактика разрастания рубцовой ткани. В первой группе, всем 33 больным при недостаточности анального сфинктера нами проводились электростимуляция анального жома, а при стенозе заднего прохода электрофорез с лидазой с баллонодилатацией. Такой тактический подход комплексного лечения перед повторной хирургической коррекцией привел к значительному клиническому улучшению результатов повторных реконструктивных операции на аноректальной зоне, благодаря улучшению общего состояния организма ребенка, местного улучшения трофики, тонуса сфинктерных аппаратов заднего прохода и прямой кишки, а также тканей промежности.

Таким образом, для улучшения результатов повторных реконструктивных операций на аноректальной зоне рекомендуется перед каждой повторной коррегирующей операцией анализировать причины осложнений, проводить тщательное до обследования больного с учетом сопутствующих врожденных заболеваний соседних органов, а также разработать план комплексного и радикального хирургического лечения.

Хамроев У.А., Эргашев Б.Б.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ ДИСТАЛЬНЫХ ФОРМАХ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Болезнь Гиршпрунга (БГ) остается одним из наиболее тяжелых врожденных пороков развития органов брюшной полости у детей, требующих выполнения сложных хирургических вмешательств. С момента первого описания в 1886 г. этого порока развития толстой кишки, было предложено множество различных методов хирургического лечения. В настоящее время отмечается значительное улучшение результатов оперативных вмешательств, ни одна из применяющихся методик не обходится без осложнений и характеризуется высокой травматичностью, тяжелым послеоперационным и длительным восстановительным периодами. Одной из особенностей современного подхода к лечению БГ является минимизация травматизма радикальной операции за счет разработки различных модификаций широко известных методик Swenson, Soave, Duhamel.

**Цель.** Улучшение результатов хирургического лечения при дистальных формах БГ у грудных детей.

**Материал и методы.** За период 2017-2020 года в клинических базах кафедры Госпитальной детской хирургии ТашПМИ прооперировано 27 детей грудного возраста с дистальными формами БГ. Мальчиков было – 23 (85%), девочек – 4 (15%). Возраст пациентов варьировался от 2 до 10 месяцев. Ректальная форма БГ была у 4 (15 %), ректосигмоидная форма – 23 (85%), из них с длинным аганглиозом – 7 детей. Сопутствующее генетическое заболевание (синдром Дуана) встречалось у 1 ребенка. При поступлении у 4 детей обнаружен энтероколит. Подготовка к оперативному вмешательству продолжалась от 4 до 10 дней в зависимости от воспалительного процесса в толстом кишечнике.

**Результаты.** 22 детям с дистальными формами БГ проводили операцию по методу трансанального эндоректального низведения толстого кишечника (ТЭНТК). 5 детям с длинным аганглиозом сигмовидной кишки с короткой дополнительной петлей использовали лапароскопическое ассоциированное ТЭНТК.

Послеоперационные осложнения: частичная несостоятельность колоанального анастомоза с развитием перитонита отмечалась у 1 ребенка с синдромом Дауна. Данному больному была проведена лапаротомия с наложением двухствольной сигмастомии.

Послеоперационный уход зоны анастомоза у больных с БГ продолжался от 3 до 7 дней. Послеоперационный энтероколит встречался у 5 (18.5%) детей.

Больные выписывались на 6-10 суток после операции. Всем больным на 15 суток после операции проводили бужирование колоанального анастомоза. При ежемесячном контрольном осмотре признаки сужения зоны анастомоза отмечались у 6 (22 %) детей, которым проведен курс бужирования.

**Таким образом,** трансанальное эндоректальное низведение толстой кишки (с лапароскопической ассистенцией или без нее) является одним из эффективных методов радикального лечения при дистальных формах БГ у детей до 1 года. Применение данного метода хирургической коррекции при БГ сокращает послеоперационные койка дни, предупреждает спаечный процесс в брюшной полости и повреждение органов малого таза, а также обладает хорошими косметическими результатами.

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

### **БОЛАЛАРДА ГИПОСПАДИЯНИНГ ПРОКСИМАЛ ШАКЛЛАРИДА БИР ВА БОСҚИЧЛИ ОПЕРАЦИЯ УСУЛЛАРИНИ ТАҚҚОСЛАШ**

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент ш.

**Муаммонинг долзарблиги.** Гипоспадия касаллигини даволашда операция усуларининг 200 дан ортиқ тури бўлишига қарамасдан, бир ёки кўп босқичли усулни танлаш ҳанузгача кўпгина олимларнинг диққат-эътиборида бўлиб келмоқда. Ҳозирда гипоспадияни Horton-Devine, Duckett, Hodgson, Agar, каби бир босқичли операция усуллари кенг қўлланилмоқда ва ушбу норасоликни бартараф этиш учун муваффақият билан адо этилмоқда. Бироқ ушбу бир босқичли операциялар ҳам асоратлардан ҳоли эмас. Неоуретра стриктураси, уретра-тери фистуласи, неоуретра ретракцияси, олатнинг қайтадан эгилиб қолиши мана шу асоратлардан ҳисобланиб, бу асоратлар 17,5 % дан 40% гача учрамоқда.

**Тадқиқот мақсади** – гипоспадиянинг проксимал шаклида бир ва босқичли операция усуллари амалиётда қўллаб, уларни таққослаш ва маъқул усулни танлаш.

**Материал ва услублар.** ТошПТИ клиникаси ваРИПИАТМ болалар хирургия бўлимида операция қилинган 63 нафар таҳлил қилинди. Гипоспадияни хилларига бўлиб таҳлил қилишда унинг А.Р. Томпсон тавсия қилган ва Н.Е. Савченко (1964) ўзгартиришлар киритган таснифидан фойдаланилди. Болаларни ёшига нисбатан гуруҳлаш эса И.А. Аршавский (1975) бўйича амалга оширилди. Кузатувимизда бўлган болаларнинг 63 нафарининг 40 тасида меатостеноз бор эди (63,4%). Бу болаларда сийдик оқими ингичка бўлиб, сийиш вақтининг нисбатан чўзилиши қайд этилди.



Худди мана шу ҳол ота-оналарнинг шифокорларга мурожаат қилишларига сабаб бўлган. 3 ёшгача операция бўлган болалар 29,5% ни ташкил қилди. 3-7 ёшли болалар (33,0%). 7-12, 12-15 ёшлиларнинг операция бўлаётгани бизнинг мисолимизда 36,4%, бўлди бу эса ҳанузгача ушбу норасоликнинг ташхислаш ва операция қилиш муддати масалаларига етарли равишда эътибор берилмаётганидан далолат беради.

Клиникамизга келиб тушган болаларнинг кўпчилиги 1-гуруҳдаги 33 нафар беморда бир босқичли балапениал неоуретропластика операциясининг нухалаштирилган усули бажарилди.

2-гуруҳ 30 болада кўп босқичли операция усулларида фойдаланилди, яъни Snodgrass усулида 8 (26,6%) та, Bracka усулида 5 (16,6%), Duplay усулида 2 (6,6%), MAGPI усулида 2 (6,6%) ва Mathieu усулида 3 (10,0%) нафар болада операция бажарилди.

**Натижалар ва муҳокома.** 1 гуруҳ беморларида бир босқичли балапениал неоуретропластика операцияси бажарилди. Дренажлаш эса везикоэндопункция усулида обтурацияловчи, дренажлаб-ювувчи катетердан фойдаланилди. (Патент ЎзР. №1544. 18.09.2000 й). Операциядан кейинги даврда барча болаларда (неоуретрани ювиш усули)да амалга оширилди. (Патент ЎзР, №1541, 18.09.2000 й).

Бир босқичли операциядан кейинги даврда 4 та беморларда олатда бироз шиш кузатилди, 3 нафар болада ташқи жароҳатда гематома ривожланиб, 3-4 кунларда сўрилиб кетди. Олат терисининг қисман некрози 1 та беморда кузатилди, ва бу натижада уретра тери фистуласи ҳосил бўлишига олиб келди. Қовуқнинг оғриқли қисқариши 2 нафар беморда кузатилди ва спазмолитиклар ёрдамида бартараф этилди. Натижада 1-гуруҳдаги 33 бемордан 3 тасида уретра-тери фистуласи ҳосил бўлди, бу 9,0% ни ташкил этди. 2 гуруҳдаги яъни кўп босқичли операция усуллари бажарилган беморлардан 7 нафарида ташқи жароҳат майдонида шиш пайдо бўлди, 4 нафар беморда гематома ривожланди ва 4 тасида ташқи жароҳат терисида қисман некроз кузатилди. Қовуқнинг оғриқли қисқариши 3 болада аниқланди. 2 гуруҳидаги 30 бемордан 4 (13,3%) тасида уретра-тери фистуласи ҳосил бўлди, 2 нафарида уретра торайиши (6,6%), 1 тасида йиринглаш натижасида чоклар очилиб кетиши кузатилди (3,3%) ва 1 беморда меатостеноз ривожланди (3,3%) ҳамма асоратлар сони 26,6% ни ташкил этди.

**Хулоса.** Бир босқичли балапениал неоуретропластиканинг нухалаштирилган операцияси ва операциядан кейинги даврда маҳаллий даволашнинг такомиллаштирилган усулини билан операция қилинган болаларда уретра тери фистуласи 9,0% кузатилди.

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

## **СПОСОБ ДРЕНИРОВАНИЯ УРЕТРЫ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Частыми причинами неудачных исходов хирургического лечения стриктур и облитерации уретры травматического происхождения являются неполное удаление рубцово-измененных тканей, неудачное наложение швов анастомоза, натяжение линии анастомоза в ближайшем послеоперационном периоде, а также неэффективное дренирование мочевого пузыря и уретры.

**Цель работы** – изучить результатов нового способа дренирования уретры после ее травматических повреждениях.

**Материалы и методы.** За период 2000-2018 гг. в клинике ТашПМИ оперированы 62 мальчиков с травматическим повреждением мочеиспускательного канала.

**Результаты и обсуждение.** После тщательной подготовки концов уретры к анастомозу «конец в конец» мочевого пузыря дренировали двухдвухметровой пузырьно-уретральной трубкой. Проксимальный конец этой трубки диаметром 0,5-0,6 см выводится на надлобковую область, а на уровне льеидового треугольника в трубке имеются множественные отверстия. От начальной части шейки мочевого пузыря стенка этой трубки утончается (диаметр 0,15-0,18 см) и на нее надевается другой катетер с наружным диаметром 0,4-0,5 см, на стенке которого имеются маленькие множественные дренирующие отверстия. Конец обоих катетеров выводится через наружное отверстие уретры на 5-6 см. Для промывания места анастомоза антибиотиками и антисептическими растворами служит микрокатетер (диаметр 0,1-0,12 см), нижний конец которого находится ниже шейки мочевого пузыря, а проксимальный конец выводится через цистостомическое отверстие на надлобковую область и надежно фиксируется. Самым главным условием использования дренирующего катетера является его свободное расположение в уретре, чтобы не было никакого напряжения линии анастомоза. Через микрокатетер продолжается введение растворов антибиотиков. Катетер удаляется на 8-9 день после операции. Этим способом дренирована мочевого пузыря и уретры у 62 ребенка с травматической стриктурой заднего отдела уретры. В раннем и отдаленном периоде после операции осложнений не наблюдались.

**Таким образом,** на основании этих данных можно предварительно заключить, что новый способ обеспечивает эффективное дренирование мочевого пузыря, гладкое заживление линии анастомоза, тем самым предотвращает рецидивы стриктуры.

Хуррамов Ф.М., Хамидов Б.Х., Саттаров Ж.Б., Норов М.М.  
**ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МЯГКИХ  
ТКАНЕЙ У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** В последние годы в связи с широким и повсеместным применением антибиотиков изменилось течение гнойно-септических инфекции у детей. Эффективность лечения гнойно-септических заболеваний у детей во многом зависит от своевременной диагностики, преморбидного фона, медикаментозной терапии, выбора хирургического пособия и состояния организма.

Нередко применяемая медикаментозная терапия, хирургическое лечение не оказывают желаемого результата при лечении гнойно-септических заболеваний, так как не учитывается состояние иммунной системы организма.

**Цель** – разработать комплекс лечебных мероприятий под контролем иммунологических и цитохимических исследований.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 215 больных (мальчиков – 106, девочек – 109): с острым парапроктитом у 26 больных, аденофлегмона – у 36, флегмона – у 18, псевдофурункулез – 76, фурункулез – у 24, гидраденит – у 13, карбункул – у 9 и абсцессы мягких тканей – у 13 больных. Больные были в возрасте от 2 мес. до 18 лет. Производили комплексное обследование всем больным (УЗИ, рентгенологическое, общеклиническое, биохимическое, бактериологическое, иммунологическое).

**Результаты и их обсуждение.** Исследование проводили в динамике при поступлении в клинику, при стабилизации общего состояния и перед выпиской.

Комплексная терапия с включением иммуномодулирующих препаратов проводилась нами под контролем состояния клеточного и гуморального иммунитета, энзиматического статуса циркулирующих лейкоцитов. Как показала наши исследования, при гнойно-септических заболеваниях имело место снижение А, Т и В-систем иммунитета, более выраженное при поступлении больных. Цитохимическое исследования лейкоцитов позволили выявить следующую закономерность: чем тяжелое состояние ребенка, тем ниже активность дегидрогеназ в лимфоцитах, содержание фосфолипидов в нейтрофилах и выше активность гидролаз в нейтрофилах. На фоне высокой активности дегидрогеназ процесс протекает более благоприятно, на фоне угнетения имел тенденцию к распространению и переходу в хроническую стадию.

Иммунотерапия заключалась в применение антистафилококкового гамма глобулина, антистафилококковой плазмы, циклоферона, полиоксидония, 30; раствора тиосульфата натрия, витаминов А, Е, В<sub>12</sub>, С,

метилурацила, пентоксила, калия ората, виферрона в возрастных дозировках. Всем пациента антибиотики назначали индивидуально на основании результатов бактериологического исследования.

Таким образом, по окончании курса проводимой комплексной терапии полной нормализации иммунологических показателей не наступило, что обуславливает необходимость диспансерного наблюдения за данной группой больных. Выявленные нарушения клеточного и гуморального иммунитета носят обратимый характер, в чем нас убеждает проведение своевременной дифференцированной иммунокорректирующей терапии. Применение целенаправленного комплекса лечебных мероприятий под контролем иммунологических и цитохимических исследований дало заметное улучшение общего состояния, уменьшение степени интоксикации, ускорение регенерации тканей, снижение числа случаев перехода острого воспалительного процесса в хроническую стадию.

Хуррамов Ф.М., Эргашев Н.Ш.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ В МОДИФИКАЦИЯХ ОПЕРАЦИИ СОАВЕ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Болезнь Гиршпрунга (БГ) является наиболее частой хирургической причиной развития хронического толстокишечного стаза у детей. Несмотря на кажущуюся изученность БГ, остаются проблемы ее диагностики и лечения у детей, которые сохраняются во взрослом возрасте. К сожалению, отмечен определенный уровень неудовлетворительных результатов лечения данной патологии, особенно при некоторых ее формах. Отдаленных сравнительных данных о функциональном состоянии дистальных отделов толстой кишки у детей с БГ, оперированных различными методами, явно недостаточно.

**Цель исследования** – сравнительный анализ результатов оперативного лечения различных форм БГ в модификациях операции Соаве.

**Материалы и методы.** В период с 2001 по 2019 г. под нашим наблюдением находились 215 больных, страдавших БГ. Мальчиков было 181 (84,1%), девочек – 34 (15,9%). Всем детям было выполнено радикальное хирургическое вмешательство в плановом порядке. Хирургическое лечение в модификациях операции Соаве были проведены 206 (95,8%) больным. Из исследования были исключены 9 (4,2%) больных, которым была проведена оперативное лечение методом Свенсона.

Распределение по формам БГ: ректальная – 84 (39,0%); ректосигмоидальная – 123 (57,2%); субтотальная – 8 (3,4%), тотальная форма в наших наблюдениях не встречался.

После предоперационного обследования и проведения заключительного этапа оперативного лечения всех пациентов госпитализировали трехкратно через каждые 3 мес. для обследования и реабилитационной терапии. В последующем госпитализация проводилась ежегодно, если по клиническим показаниям не требовалось делать это чаще. Минимальный срок наблюдения составил 3 мес, максимальный – 24 мес. Все исследования, требовавшие активного сознательного участия пациента с выполнением команд, проводили у детей старше 3 лет.

При поступлении в отделение всем детям с БГ проводилось комплексное обследование, включавшее сбор анамнеза, общеклиническое и ректальное исследование, ректороманоскопию, фиброколоноскопию, ультразвуковое исследование (УЗИ) толстой кишки, ирригографию с барием, МСКТ в режиме виртуальной колоноскопии, гистологическое исследование удаленных во время операции участков толстой кишки, исследование и оценку качества жизни.

**Результаты и их обсуждение.** В основе оперативного лечения более длинных форм болезни Гиршпрунга лежит этиологический принцип – удаление пораженной части кишки (аганглионарная зона, переходная зона, супрастенотическое расширение) и низведение на ее место нормального в анатомическом и функциональном отношении участка кишки.

Широко распространен метод радикального хирургического лечения болезни Гиршпрунга – операция эндоректального низведения, впервые описанная Соаве и затем модифицированные А.И.Ленюшкиным и Болеем.

Вмешательство при операции Соаве в модификации А.И.Ленюшкина осуществляют в два приема, причем первое вмешательство включает два этапа (брюшной и промежностный). Первый основной этап операции состоит в отделении серозно-мышечного слоя аганглионарной зоны от слизистой оболочки почти на всем протяжении (не доходя 2-3 см до внутреннего сфинктера). Толстую кишку эвагинируют через заднепроходное отверстие на промежность, проводя через мышечный цилиндр прямой кишки. Низведенную кишку резецируют, оставляя небольшой участок длиной 5-7 см свободно висящим. Избыточную часть кишки отсекают вторым этапом через 15-20 дней после наступления бесшовного анастомоза. Добавление Болеем к данной операции первичного анастомоза в 1 см от анального отверстия увеличило популярность этого вмешательства во всем мире.

В наших наблюдениях, все пациенты в зависимости от оперативного вмешательства были разделены на 2 группы (1 и 2). В группе 1 (контрольная)

оперативные вмешательства выполнены с использованием операций Соаве в модификации А.И.Ленюшкина у 44 (21,3%) больных. В группе 2 (основная) радикальные вмешательства выполнены с использованием операций Соаве в модификации Болей у 162 (78,7%) больных.

Наиболее сложным моментом операции в модификациях Соаве является демукозация дистального отдела толстой кишки, сопровождающиеся нередко кровопотерей. На этапе демукозации, мы проводили пережатия *a.rectalis superior* сосудистым зажимом оставленной без перевязки по ходу мобилизации и пересечение ветвей *a.colica sinistra*, что позволило улучшению обзора операционного поля, за счет уменьшения интраоперационной кровопотери, сокращение времени в моменте демукозации, тем самым, сокращая общую длительность операции.

Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения прослежены у 188 (из 1-ой группы – 42, из 2-ой группы – 146) пациентов с БГ, ранее разделенных на 2 группы в зависимости от типа проведенной операции. Углубленное обследование проводилось через 3 и 12 мес.

При обследовании через 3 мес. в группе 1 хороший результат отмечен у 20 (47,6%) больных, удовлетворительный – у 16 (38,1%), неудовлетворительный – у 6 (14,3%) детей. В группе 2 хороший результат был у 119 (81,5%), удовлетворительный – у 27 (18,5%) детей; неудовлетворительный результат отсутствовал.

При обследовании через 12 мес. в группе 1 хороший результат получен у 22 (52,4%), удовлетворительный – у 17 (40,5%), неудовлетворительный – у 3 (7,1%) детей. В группе 2 хороший результат был у 138 (94,5%) детей, удовлетворительный – у 8 (5,5%), неудовлетворительный результат отсутствовал. С течением времени наблюдается положительная динамика в обеих сравниваемых группах, но наилучший результат отмечен в группе 2.

**Таким образом,** комплексное обследование детей с болезни Гиршпрунга в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде показало, что наиболее эффективным способом оперативного лечения является операция Соаве в модификации Болей. Также следует отметить следующие преимущества операции Соаве в модификации Болей: уменьшается нахождения больного на стационар минимум на 16-20 сут.; одноэтапное выполнение радикальной операции; отсутствуют специфические осложнения свойственные для операции Соаве в модификации А.И.Ленюшкина (отпадает необходимость растяжении наружного сфинктера, отсутствует возможность ретракции и самоампутации низведенной культи толстой кишки).

Чўлиев М.С., Байахмедов Ф.Ф.

## ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРНИНГ ЙИРИНГДИ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИДА БЕМОРЛАРНИ БАКТЕРИОЛОГИК ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИ

Тошкент педиатрия тиббиет институти, Тошкент ш.

**Мақсад.** Юмшоқ тўқималарнинг йирингли яллиғланиш касалликлари билан оғриган бемор болаларда инфекциянинг тури ва антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш ва таъсир кучини билиш.

**Материал ва услублар.** ТошПМИ клиникаси хирургик инфекция бўлимида юмшоқ тўқималарнинг йирингли яллиғланиш касалликлари билан даволанган 100 бемордан олинган материаллар бактериологик текширувга берилиб, тўрт гуруҳ антибиотикларга (синтетик пеницилинлар, цефалоспоринлар, макролид ва аминогликозидлар) ва яллиғланишга қарши моддаларга сезувчанлиги аниқланди.

**Натижалар.** Текшириш натижалари қуйидагича бўлиб; Стафилакокк (*S.aures*, *S.epidermidis*) 68.7%, стрептококк (*S.pneumoniae*) 18.3%, ичак таёқчаси (*E.colli*) 4,7%, кўк йиринг таёқчаси 3,2%, протей 3,0%, микисинфекциялар 2,1% ташкил қилди. Бактериологик лаборатория хулосасига кўра доминант инфекция сифатида 78 беморда стафилококк, 12 беморда – стрептококк ва 10 тасида кўк йиринг таёқчаси топилган. Йирингни экмага пункция йўли билан олиниб лабараторияги жўнатилди. Юза жойлашган йирингли хосилалар очилгач стерил шароитда пробиркаларга олинди ва қисқа муддат ичида лабараторияга жўнатилди 44 беморда стептакокк, стафилакокк ва кўк йиринг инфекцияси аниқланди. Бизга келгунга қадар даво муолажаларини олган болалардаги бактериологик текширувлар натижа бермади (23). Кейинги йилларда антибиотик кўлами (номланиши) шунчалик кўпайдики, уларнинг макроорганизимга ва микроорганизимга қанчалик таъсир кучи тўғрисида аниқ бир маълумотга эга эмасмиз. Граммусбат флораларга цефалоспорин 1-даври антибиотиклари фақат 13,1%, цефалоспорин 2-давр антибиотиклари (цефутоксим; зинацеф; новоцеф ва бошқалар) 31,2% таъсирчан. *P.aeruginosa*, грамманфий, граммусбат, шунингдек стафилакоккга нисбатан 41,9% цефалоспорин 3-давр антибиотиклари (цефотоксим, цефтриаксон, фортум), кучли таъсир қилиши маълум бўлди.

**Хулоса.** Бу кўтарилган муаммо ва унинг ечими болалар жаррохлигида жудам муҳим амалий аҳамият касб этади. Мазкур клинко-бактериологик текширув натижаларига асосланиб даволаш самарадорлигини янада ошириш ва кейинги асоратларнинг олдини олиш имконини беради.

Шамансурова Э.А., Абдуразакова Ш.А.  
**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ  
УРОЛИТИАЗА У ДЕТЕЙ ДО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**  
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Мочекаменная болезнь – распространенная проблема в педиатрической нефрологической практике. Детская мочекаменная болезнь встречается часто в развитых странах. Около 9-23% всех педиатрических случаев уролитиаза приходится на пациентов в возрасте до 1 года. Первые признаки заболевания в 61,3 - 62,1% случаев появляются уже в возрасте 3,5-5 лет. Основными факторами риска камнеобразования в настоящее время признаны: структурные аномалии органов мочевыделительной системы, хроническая инфекция мочевыводящих путей. Семейная история камней мочевыводящих путей присутствует у 20-37% детей. В некоторых исследованиях описано, что почечные камни чаще встречаются у мальчиков, но в последних исследованиях упоминалось, что девочки также находятся в группе повышенного риска. Проблема своевременной диагностики мочекаменной болезни также является одной из наиболее актуальных проблем современной детской нефрологии, что обусловлено распространенностью мочекаменной болезни и нарастанием ее частоты в последние десятилетия. Однако, неясной остается роль генетических, перинатальных факторов, пола и индекса массы тела в процессе камнеобразования у детей.

**Целью** данного исследования было изучить клинические особенности проявлений образования камней в почках у детей.

**Материал и методы.** Были проанализированы медицинские карты, семейный анамнез, клинические данные и собраны лабораторные данные. В качестве минимальной схемы диагностики использовались следующие критерии: 162 пациента в возрасте от 2 до 7 лет. Дети были обследованы на предмет выявления урогенитальных аномалий, болей в спине, гематурии и рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей. Антропометрию пациентов оценивали с помощью Z-показателей по индексу массы тела (ИМТ) с учетом следующих диапазонов: нормальный > -1 до <+1; низкий  $\leq -1$ ; избыточный вес  $\geq +1$  до <+2; и ожирение  $\geq +2$ .

**Результаты.** 162 ребенка со средним возрастом 4,5 лет. 60 детей были < 3 лет и 102 детей были > 3 лет. Было 127 мальчиков (78%), а соотношение мальчиков и девочек составляло 3:1. Семейный анамнез камней у родственников первой и второй степени присутствовал у 49,6%. ИМТ (детский Z-показатель) был нормальным у 55%, низким у 27%, избыточным весом у 13% и ожирением у 5% детей. Клинические симптомы включали боль в животе (52%), гематурию (36%), инфекцию мочевыводящих путей (22%) и дизурию (18%). Щелочная моча ( $\text{pH} \geq 6,5$ ) присутствовала у 34 из 162 детей



(21%); кислая моча ( $\text{pH} \leq 5,5$ ) у 33 детей (20%). Инфекция мочевыводящих путей (ИМП) была отмечена у 26 из 162 детей (16%). 14 детей имели положительные посевы мочи на *кишечную палочку* и *золотистый стафилококк*, а 12 детей на *Proteus sp*, *Klebsiella sp*.

**Заключение.** Влияние пола как фактора развития уролитиаза у детей требует более глубокого изучения данной проблемы. Ожирение, как фактор риска усиливает тенденцию к образованию камней. Семейный анамнез мочекаменной болезни, урологических аномалий (особенно в возрасте до 5 лет), неспецифические симптомы и инфекций мочевыводящих путей, как правило могут указывать на риск развития мочекаменной болезни у детей. Глубокое изучение клинических и лабораторных проявлений уролитиаза у детей способствовала бы разработке эффективных методов профилактики развития и предупреждение тяжелых осложнений приводящих к инвалидизации пациентов.

Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Зайниев С.С., Махмудов З.М.

## **ПРИМЕНЕНИЕ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА**

Самаркандский государственный медицинский институт, г.Самарканд

**Актуальность.** Хронический гематогенный остеомиелит является одной из основных проблем гнойной хирургии. В связи с многообразием клинико-рентгенологических проявлений, длительного рецидивирующего течения диагностика и лечение этого тяжелейшего заболевания представляет определённую сложность. Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) является методом, прежде всего для уточнения объёма поражения – обнаружения полостей воспалительной деструкции, секвестров, кортикальных дефектов. Она позволяет с высокой точностью идентифицировать внутрикостные абсцессы, которые не визуализируются при выполнении стандартной рентгенографии. Имеется возможность выявить не только не визуализируемые изменения в костной ткани, но также характер и локализацию изменений в мягких тканях и костном мозге, а также контролировать процесс восстановления кости в послеоперационном периоде.

**Цель.** Оценить возможности МСКТ в диагностике и лечении хронического рецидивирующего гематогенного остеомиелита (ХРГО).

**Материалы и методы.** Проведена оценка возможностей и эффективности использования мультиспиральной компьютерной томографии в комплексе обследования 60 больных с ХРГО трубчатых костей в возрасте от 7 до 22 лет, находившихся на лечении в отделении гнойной хирургии 2-клиники СамМИ. Преобладали пациенты в возрасте от 12 до 16 лет (50%) и от

16 до 22 (30%). Часто патологический процесс локализовался в большеберцовой (50%) и бедренной (38,6%) костях. Всем больным в комплекс протокола диагностики включена МСКТ.

Интерпретацию полученных снимков осуществляли по следующим критериям:

1. Локализация и распространенность остеонекротического процесса.
2. Специфические изменения кости в зоне некроза и в других сегментах, состояние костномозгового канала (форма и протяженность участков остеосклероза, зон резорбции, дополнительные включения, характерные для гнойных очагов), качественные характеристики кости.
3. Показатель плотности кости (общая и локальная, НУ), в том числе субхондрального слоя (НУ) и корковой пластинки.
4. Трабекулярный рисунок кости на аксиальных срезах и мультипланарной реконструкции.

**Результаты исследования и их обсуждения.** МСКТ в отличие от обзорной рентгенографии позволила более точно определить истинные размеры деструктивного процесса в пораженной кости, выявить мелкие секвестры, поддерживающие хроническое воспаление и обуславливающих упорно рецидивирующее течение болезни.

С помощью МСКТ чётко визуализировались отграниченные очаги деструкции, т.е. внутрикостные абсцессы (единичные и множественные), тогда как на обзорной рентгенограмме данный субстрат не был выявлен.

Сравнительный анализ информативности обзорной рентгенограммы и МСКТ у одних и тех же больных показал достоверно более высокую ( $p < 0,01$ ) ценность последней в определении как наличия, так и распространенности деструктивного процесса. Так, в наших наблюдениях были 7 (9,2%) случаев, когда на обзорных снимках не удалось обнаружить ни одного очага деструкции костной ткани, но выявлялись только косвенные признаки остеомиелита в виде периостальных и эндоостальных наслоений и утолщений корковой пластинки, что, наряду с другими клиническими признаками остеомиелита, явились показанием к выполнению КТ, где были обнаружены очаги деструкции.

Всем больным проведено хирургическое лечение, заключающееся в остеотомии, секвестрнекрэктомии с радикальной санацией патологических очагов, где интраоперационно во всех случаях диагноз был подтверждён.

**Заключение.** Таким образом, МСКТ является методом исследования, обеспечивающим наиболее высокую достоверность выявления гнойно-некротических изменений в пораженных костях и повышающим роль лучевых методов диагностики в разработке комплекса лечебных мероприятий, в том числе объема и тактики оперативного вмешательства при ХРГО. МСКТ

позволяет с высокой точностью визуализировать внутрикостные гнойники, которые бывают негативными в нативных рентген снимках.

Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Саидов М.С.

## РАННЯЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИИ У ДЕТЕЙ

Самаркандский Государственный медицинский институт, г.Самарканд

**Актуальность.** Одним из наиболее важных показателей уровня развития здравоохранения является перинатальная смертность, которая в значительной мере обусловлена врожденной патологией, требующей хирургических вмешательств в периоде новорожденности. Диагностика большинства врожденных пороков развития возможна в антенатальном периоде, успех хирургического лечения новорожденных во многом зависит от своевременной диагностики патологии.

**Цель.** Улучшить диагностику аноректальных мальформации (АРМ) с помощью ультразвуковой сонографии у беременных женщин.

**Материалы и методы.** Для пренатальной диагностики АРМ у плода и своевременного оказания специализированной хирургической помощи новорожденным с этим пороком развития, начиная с 2010 года начала функционировать рабочая группа специалистов, сформированная из врачей Скрининг центра (СЦ) и Перинатального центра «Мать и дитя» Самаркандской области, а также 2-й клиники СамМИ. Скрининговое ультразвуковое обследование беременных женщин выполняли в сроки гестации 20-22 недели, когда уже удается визуализировать у плода сонографические признаки пороков развития пищеварительного тракта.

**Результаты.** Нами прослежены результаты скринингового обследования 416672 беременных в Самаркандской области за период 2010-2015 гг. В среднем за год обследование проходили 69445,3 беременных. За указанные 6 лет было выявлено 1053 (2,5%) пороков развития плода. В структуре антенатально выявленных пороков развития преобладали аномалии головного мозга и черепа - 428 случаев (40,6%), множественные пороки - 154 (14,6%), дефекты живота и органов брюшной полости - 163 (15,5%), позвоночника и спинного мозга - 103 (9,8%), мочеполовая система - 70 (6,6%) и другие пороки развития составили меньше - 5%. Частота АРМ в общей структуре антенатально выявленных пороков развития составила 27 (2,6%) случаев, а в структуре пороков развития живота и органов брюшной полости – 16,6%.

При выявлении у плода порока развития приглашался хирург-неонатолог либо детский хирург и детский реаниматолог, которые коллегиально определяли план углубленного дообследования плода и

беременной, оценивали возможность вынашивания беременности. Далее консилиум врачей сообщал родственникам о характере порока и возможности его хирургической коррекции после рождения ребенка. После принятия решения о дальнейшем вынашивании беременности, беременная прикреплялась к отделению патологии беременности. В перинатального центре, составлялся план ведения беременной и сроки планового родоразрешения.

**Выводы.** Так, по нашим наблюдениям, из 27 случаев антенатальной диагностики АРМ у плода, при рождении этот порок развития подтвердился только у 20 (74,1%) детей, а у остальных 7 (25,9%) новорожденных была констатирована нормальная анатомия желудочно-кишечного тракта. Разработанные диагностические, тактико-технические приемы позволили, повысить частоту хороших анатомо-функциональных результатов, после хирургической коррекции АРМ, и сокращению частоты осложнений.

Шамсиев Ж.А., Ибрагимов О.А.

### ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМ У ДЕТЕЙ С АНАПРИЛИНОМ

Самаркандский Государственный медицинский институт, г.Самарканд

**Актуальность.** Согласно классификации Международного сообщества по изучению сосудистых аномалий 1996 г. (ISSVA), существует два основных вида образований из кровеносных сосудов, имеющих в своей основе разные клинические проявления и биологические механизмы: сосудистые опухоли (самой частой разновидностью которых является инфантильная (или младенческая) гемангиома) и сосудистые мальформации.

Сосудистые опухоли (например, гемангиомы, капозиформные гемангиоэндотелиомы, тафт-ангиомы) – это настоящая неопластическая пролиферация эндотелиальных клеток. Сосудистые мальформации, с другой стороны, это структурные аномалии сосудов (артериальные, венозные, капиллярные, лимфатические, или смешанные), возникающие из-за ошибок в эмбриогенезе и имеющие нормальный эндотелиальный обмен. Несмотря на клинические отличия, различные патогенетические особенности, естественный ход развития и прогноз, сосудистые аномалии ошибочно диагностируются более чем в 70 % случаев, что ведет к неправильному лечению. Частота распространения всех сосудистых аномалий в мире лежит примерно в диапазоне от 8 % до 10 % от всех новорожденных. Младенческие гемангиомы встречаются примерно у 3 – 5% доношенных новорожденных и у около 22% недоношенных детей, у которых вес при рождении был менее 1 кг. Несмотря на накопленный опыт лечения гемангиом единая лечебная тактика до сих пор не выбрана. Многообразие их форм, локализаций и

распространенности диктуют необходимость постоянного поиска эффективных методов лечения.

**Цель работы** – оценить результаты лечения младенческих гемангиом с применением анаприлина.

**Материал и методы.** Проведен анализ лечения 238 больных с разными формами гемангиом пролеченные во 2-м клинике Самаркандского Государственного Медицинского института с 2014 по 2018 гг. В возрасте до 1 года пролечено 122 (51,3%) ребенка, 1-3 лет - 51 (21,4%), 4-7 лет - 29 (12,2%), 8-15 лет 36 (15,1%). Из них мальчиков было 104 (43,7%), девочек – 134 (56,3%). Капиллярные гемангиомы встречались наиболее часто у 148 (62,2%) больных, кавернозные гемангиомы у 67 (28,2%) больных, комбинированная выявлена у 23 (9,6%) больных.

**Результаты и их обсуждения.** Всем больным назначался бета-блокатор анаприлин перорально, по расчету  $2 (\pm 0.5)$  мг/кг массы тела ребенка. Предлагаемая схема дозирования анаприлина – 2 мг/кг в 2-3 приема - не учитывает индивидуальные особенности пациентов. Результаты оценивались по прекращению роста и уменьшению размеров гемангиомы, по уменьшению ее плотности и яркости окраски, а также по заживлению трофических расстройств на поверхности опухоли и отсутствию отрицательной клинической динамики. Среднее время наблюдения составило 17 (10-24) мес. и у большинства пациентов после 9 месяцев наблюдалось значительное снижение интенсивности окраски гемангиомы. У 78 больных в связи с улучшением через год лечение закончено, но 7 пациентам потребовалось повышение дозы анаприлина (до 2,5 мг/кг на массы тела), а троим было проведено оперативное вмешательство, связанное с прогрессивным ростом опухоли. У шестерых из 43 пациентов, прошедших курс лечения, через 3 месяца после прекращения терапии были зафиксированы небольшой повторный рост и потемнение гиперплазии. Повторный рост гемангиом после остановки терапии наблюдался чаще у детей старше 1 года. Этим пациентам было повторно назначено лечение анаприлином ещё на 1 год.

**Выводы.** Результаты применения анаприлина при лечении гемангиом на протяжении 3х лет показал свою эффективность, препарат достаточно безопасен и легко доступен, может применяться в качестве препарата первого ряда. Особого внимания заслуживает эстетичность остающегося следа на месте бывшей гемангиомы. Учитывая, что в случае медикаментозного лечения не оказывается никакого химического или теплового воздействия на зону поражения кожи, не возникает никаких рубцов, соответственно нет изрытости поверхности, нарушений пигментации и т.д., что имеет место после таких других методов лечения, как криодеструкция, склеротерапия, иссечение. На месте бывшего поражения кожи во многих случаях практически не остается следа.

Дополнительным преимуществом является отсутствие необходимости общей анестезии при медикаментозном лечении, тогда как в большинстве остальных вариантов лечения проведение общей анестезии на каждом этапе лечения является обязательным, учитывая возраст пациентов. Учитывая профиль возможных осложнений, представляется обоснованным и обязательным продолжение использования междисциплинарного подхода при лечении детей с гемангиомами, учитывающего необходимость совместного ведения данных пациентов с участием хирургов и кардиологов.

Шамсиев Ж.А., Рузиев Ж.А.

### **ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ**

Самаркандский Государственный медицинский институт, г.Самарканд

**Актуальность.** Инородные тела трахеобронхиального дерева являются частой ургентной патологией, угрожающей жизни ребенка и требующей оказания немедленной помощи. Наличие тяжелейших осложнений при аспирации инородных тел в дыхательные пути, возможность возникновения летального исхода, трудности диагностики при неопределенной клинической картине, а также возможность возникновения хронического поражения бронхолегочной системы делают проблему инородных тел (ИТ) дыхательных путей чрезвычайно актуальной, особенно в вопросах ранней диагностики и полноценного лечения детей с инородными телами. Основным методом диагностики и лечения инородных тел дыхательных путей мы считаем бронхоскопия, которая проводится после рентгенологического обследования.

**Цель исследования** – провести анализ асперированных ИТ дыхательных путей и результатов диагностики детей с инородными телами дыхательных путей.

**Материалы и методы.** Был проведен ретроспективный анализ истории болезни пациентов и журналов бронхоскопии с 2012-2019 годы в отделении торакальной хирургии 2-клиники СамМИ. Нами проведено клиническое исследование 500 поступивших детей с диагнозом инородное тело дыхательных путей. Городских детей было 104 (20,8%), сельских жителей - 396 (79,2%). Среди которых преобладали дети до 3 лет (297 - 59,4% пациентов). Нами было произведено 434 бронхоскопии для диагностики и лечения ИТ комплектом бронхоскопа Фриделя. При бронхоскопии после удаления ИТ асперировалась гнойная мокрота и проводился бронхоловаж. Инородные тела дыхательных путей зарегистрированы у мальчиков в 236 случаях (62,8%), у девочек в 140 (37,2%). Из 376 подтверждённых случаев аспирации ИТ, у 31 (8,24%) пациентов отмечалось самопроизвольное отхождение ИТ, их локализацию в дыхательных путях и характер установить

не удалось. В нашем случае при удалении инородного тела целиком, в дальнейшем повторная санационная бронхоскопия не требовалась.

Органическая природа аспирированных ИТ выявлена у 319 (92,3%) детей, неорганическая - у 57 (7,7%).

В 189 случае (54,8%) ИТ локализовалось в правом бронхиальном дереве, в 100 (29,0%) - в левом, в 18 (5,2%) отмечена двусторонняя локализация. Инородные тела гортани и трахеи выявлены у 26 больных (7,5%). У 12 (3,5%) пациентов отмечались множественные локализации ИТ на уровне трахеи и правого главного бронха. С четким указанием на аспирацию ИТ поступило 267 ребенка (71,0%). Остальные 109 пациентов (29,0%) были направлены в клинику с различными диагнозами.

**Выводы.** Всем больным с подозрением на ИТ бронхов была показана диагностическая бронхоскопия. Эффективность и безопасность процедуры удаления ИТ у детей зависит от оснащенности учреждения и опыта врача-эндоскописта. Большинство ИТ являются органическими (92,3%) по своей природе, в основном это продукты питания. Основная масса локализации ИТ приходится на долю правого главного бронха (54,8%).

Шамсиев Ж.А., Данияров Э.С., Пулотов П.А.

## ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА В ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ

Самаркандский Государственный медицинский институт, г.Самарканд

**Актуальность.** В настоящее время все более прочные позиции в детской урологической практике занимают эндоскопические методы диагностики и лечения. В настоящее время предложено много различных методов коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР): эндоскопические и оперативные. Выбор метода лечения при ПМР зависит от многих факторов, таких как механизм развития ПМР, возраст ребёнка, а также сопутствующей нейрогенной дисфункции мочевого пузыря. Большую роль в выборе метода лечения имеет картина, полученная при проведении цистоскопии, которая позволяет оценить анатомию устьев мочеточника, а также состояние слизистой оболочки мочевого пузыря.

**Материал и методы.** За период с 2010 по 2019 гг. в отделении детской урологии 2-клиники Самаркандского медицинского института были применены эндоскопические методы операции при лечении ПМР 49 пациентам.

**Результаты и обсуждение.** Показаниями к эндоскопическому способу коррекции ПМР является тяжелая степень рефлюкса и рецидивирующее течение пиелонефрита, неэффективность консервативной терапии.

Отсутствие острой фазы воспаления мочевого пузыря - является обязательным условием для эндоколлагенопластики. Эндохирургическое лечение ПМР заключалось в трансуретральном подслизистом введении коллагена производства «МИТ» (Россия) в объеме от 2 до 4 мл под устье мочеточника с использованием стандартизированной эндоскопической иглы и формированием коллагенового болюса, служащего опорой для мочеточника, стенки которого прилегают друг к другу, обеспечивая клапанную антирефлюксную функцию, препятствующую обратному оттоку мочи.

Эндоколлагенопластика уретерovesикального сегмента мочеточника выполнена 49 пациентам (58 мочеточников), из них у 9 детей с обеих сторон одновременно. Длительность вмешательства составляла 10-15 минут. Эффективность эндоколлагенопластики оценивали через 6-12 месяцев после вмешательства. Обострения пиелонефрита купированы у 80% больных. При контрольной цистографии отсутствие рефлюкса отмечено у 61% детей со второй и третьей степенью. У 18% больных диагностировано уменьшение степени рефлюксации с 3 до 1 и с 4 до 2 степени. В целом эффективность эндоскопического лечения составила 83%. Пациентам с отсутствием эффекта была проведена повторная эндоскопическая коррекция.

**Таким образом,** внедрение в детскую урологическую практику эндоскопических методов лечения при ПМР показало их высокую эффективность, малую травматичность, уменьшение послеоперационных осложнений, сокращение сроков пребывания в стационаре.

Шамсиев Ж.А., Данияров Э.С., Курбонов С.Х.

### **ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОГО МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ**

Самаркандский Государственный медицинский институт, г.Самарканд

**Актуальность.** В последние годы альтернативой длительной антибактериальной терапии и оперативным вмешательствам считаются малоинвазивные методы лечения, в частности эндоскопическое бужирование и стентирование дистальных отделов мочеточников с помощью низких стентов. Вместе с тем, детским урологам хорошо известны случаи спонтанной регрессии нарушения оттока мочи из лоханки при наблюдении за детьми раннего возраста и отказе от оперативного лечения. Так была сформулирована теория «морфофункциональной незрелости тканей», предложенная академиком С.Я. Долецким. Понимание такой возможности привело к разработке и внедрению метода стентирования мочевых путей, которое позволяет эффективно дренировать чашечно-лоханочную систему и тем самым защитить почечную паренхиму от повреждения, пока происходит дозревание структур лоханочно-мочеточникового сегмента. Конечно, это



стало возможным только при развитии медицинской промышленности и постоянно растущему научно-техническому прогрессу. Стентирование мочеточников у пациентов еще больше развили и так уже достаточно развитое направление урологии, как эндоурология.

**Целью** исследования, явилось улучшение результатов лечения обструктивного мегауретера (ОМУ) при помощи применения эндохирургических методов лечения.

**Материал и методы.** За период с 2010 по 2019 гг. в отделении детской урологии 2 - клиники Самаркандского медицинского института были применены эндоскопические методы операции при ОМУ 44 пациентам.

Эндохирургические вмешательства при обструктивном мегауретере (ОМУ) проводились при тяжелых степенях нарушения уродинамики верхних мочевыводящих путей и отсутствие функции почки. Эндохирургическое лечение ОМУ включало в себя ретроградную катетеризацию мочеточника сверх гладким проводником диаметром 0,32 дюйма на глубину 6-10 см от устья мочеточника, с последующей установкой «низкого» трансуретрального мочеточникового стента оригинальной конфигурации. Длительность вмешательства составляла 15-25 минут.

В послеоперационном периоде у 42% в течении 2-3 суток отмечалась макрогематурия не требующая консервативной терапии. Длительность трансуретрального дренирования мочевой системы при ОМУ составила от 1 до 3 месяцев, у пациентов с камнем нижней трети мочеточника 7-10 дней. После удаления стента при ОМУ отмечено уменьшение ретенции чашечно-лоханочной системы и мочеточника в 1,5-2 раза. У всех больных диагностировано улучшение функции почек.

Таким образом, применение эндоскопических методов лечения ОМУ показало их высокую эффективность, малую травматичность, уменьшение послеоперационных осложнений, сокращение сроков пребывания в стационаре, при необходимости возможность повторных эндоскопических вмешательств.

Шамсиев Ж.А., Данияров Э.С.

## **ВЫБОР РАЦИОНАЛЬНОГО МЕТОДА ДРЕНИРОВАНИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ ПИЕЛО- УРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ**

Самаркандский Государственный медицинский институт, г.Самарканд

**Актуальность.** В настоящее время “золотым стандартом” для коррекции проходимости лоханочно-мочеточникового сегмента у детей с врожденным гидронефрозом остается расчленяющая пластика лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС), предложенная J.Anderson и W.Hynes. Выбор метода послеоперационного дренирования чашечно-лоханочной

системы (ЧЛС) почки после пластики прилоханочного отдела мочеточника окончательно не решен. Неадекватное дренирование мочевыводящих путей создает условия для несостоятельности анастомоза, попадания инфекции через стому, образования мочевого затека с последующим рубцеванием тканей и развитием стеноза.

**Материал и методы.** За период с 2010 по 2019 гг., в отделении детской урологии 2-ой клиники Самаркандского медицинского института находились 147 пациентов с врожденным гидронефрозом в возрасте от 2 месяцев до 17 лет. Мальчиков было – 110, девочек – 37. Гидронефроз справа наблюдался у 53 больных, слева у 87 и двусторонний у 7 пациентов.

**Результаты и их обсуждения.** Из общего количества больных нами было произведено оперативное лечение 98 пациентам в виде операции – пластики ЛМС по J.Anderson и W. Hynes, с использованием монофиламентного абсорбируемого шовного материала (PDS) 5/0-6/0 без захвата слизистой оболочки. 50 пациентам для дренирования ЧЛС через пиелoureтеростому мы использовали интраоперационный универсальный стент производства фирмы «МИТ, Россия» (с завитком), один конец которого выводится через отдельный разрез наружу, конец закрыт, во избежание попадания инфекции. 48 пациентам мы применили аналог стента готовящийся из обычного одноразового силиконового мочевого катетера с учетом индивидуального возрастного расчета.

Больные после выписки из стационара находились на диспансерном учете с контрольным осмотром каждые 2 месяца. Полученные данные позволили определить снижение инфицирования мочевыводящих путей, рубцовое сужение свести до минимума, а так же уменьшение ретенции ЧЛС. У всех больных диагностировано улучшение функции почки.

**Заключение.** Выбор рационального метода отведения мочи на ряду, с щадящей оперативной техникой и использованием современных шовных материалов мы считаем определяющими факторами успешного лечения детей с гидронефрозом. Использование пиелoureтеростомы целесообразно так, как последний не травмирует паренхиму почки, снижает риск кровотечения и формирования кровяных сгустков.

Шамсиев Ж.А., Махмудов З.М.

## **ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА**

Самаркандский Государственный медицинский институт, г.Самарканд

**Актуальность.** Современной тенденцией развития медицины является применение видеолaparоскопии в неотложной хирургии. Совершенствование методов диагностики и лечения urgentных заболеваний путем внедрения

современных технологий – первоочередная задача, стоящая перед детскими хирургами. Например при остром аппендиците и перитоните операцией выбора является лапароскопическая аппендэктомия. В настоящее время в мире отмечается возрастающий интерес к внедрению эндоскопических вмешательств во всех областях хирургии. Несмотря на достижения в области миниинвазивных хирургических технологий, использование лапароскопии у детей началось относительно недавно. Дети имеют ряд отличительных физиологических и анатомических особенностей, затрудняющих выполнение у них эндоскопических операций и обуславливающих более высокий риск развития осложнений. Однако по организационным и техническим причинам они пока мало распространены в экстренной хирургии у детей.

**Цель.** Улучшить диагностику и результаты хирургического лечения с применением видеолапароскопии при наиболее распространенных неотложных хирургических заболеваниях брюшной полости у детей.

**Материалы и методы исследования.** С начала 2018 г. в отделении экстренной и гнойной хирургии 2-й клиники СамМИ было пролечено 173 детей с острыми хирургическими заболеваниями брюшной полости. Из них с острым аппендицитом было 127 детей и острой кишечной непроходимостью – 51 ребёнок. Возраст детей – от 3 лет до 17 лет.

**Результаты и их обсуждения.** Из общего числа больных видеолапароскопические операции применили у 44 детей, оперированных в экстренном порядке. Из них лапароскопическая аппендэктомия была проведена 24 больному, 4 – по поводу аппендикулярного перитонита. 17 детям с острой спаечной кишечной непроходимостью произведена диагностическая лапароскопия с разъединением спаек и восстановлением пассажа кишечника. Одному больному со спаечной кишечной непроходимостью операция начата лапароскопически, но вследствие массивности спаечного процесса имела место конверсия. У двух больных с явлениями желудочно-кишечного кровотечения при радиоизотопном сканировании был выявлен дивертикул Меккеля, который впоследствии был лапароскопически удален. Осложнений после этих операций не отмечалось.

**Заключение.** Таким образом, применение лапароскопии в неотложной хирургии у детей не только оправдано, но и целесообразно благодаря максимальным диагностическим возможностям, полноте лечебного воздействия и хорошим результатам лечения. Внедрение лапароскопических технологий в режиме круглосуточного оказания медицинской помощи возможно в стационаре, обладающем материально-технической базой, высоким уровнем подготовки специалистов и интеллектуальным потенциалом

Шамсиев Ж.А., Махмудов З.М., Рахматов Б.Н.  
**ГИДРОЭХОКОЛОНОГРАФИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И  
ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ**

Самаркандский государственный медицинский институт, г.Самарканд

**Актуальность.** Инвагинация кишечника (ИК) является наиболее частой формой приобретенной кишечной непроходимости в детском возрасте и составляет 70 - 80% от всех ее видов, занимающая одно из лидирующих мест среди ургентной абдоминальной патологии у детей. Данная патология встречается преимущественно у детей грудного возраста в период с 4 до 9 месяцев (85-90%). Так, диагностические ошибки на этапе первичного звена по данным авторов составляют от 34% до 88%, это определяет позднее поступление больных и ухудшает результаты лечения. Летальность при ИК составляет от 0,5 до 1%, достигая при осложненных формах от 6 до 15 %.

**Целью** нашего исследования явилось, улучшение результатов диагностики и лечения инвагинация кишечника у детей при применении гидроэхоколонографии (ГЭКГ).

**Материалы и методы исследования.** Анализированы результаты обследования и лечения 94 детей с инвагинацией кишечника за последние 10 лет, из них 48 (68%) - были дети в возрасте до 1 года. Наиболее частой причиной инвагинации явились нарушения пищевого режима ребенка, а также сопутствующие заболевания (ОКИ, респираторные заболевания и др.). Основными методами диагностики были: сбор анамнеза, данные объективного исследования, анализ клинической симптоматики, обзорная рентгенография, пневмоирригоскопия.

**Результаты и их обсуждения.** Всем больным с подозрением на инвагинацию кишечника применяем ультразвуковое исследование (УЗИ), которое является простым и доступным и неинвазивным методом, позволяющим не только установить наличие инвагинации, но и идентифицировать его структуру, выявить прямые и косвенные признаки осложнений, что наиболее важно для выбора тактики лечения. 94 (58%) больным проведено консервативное лечение: из них в 29 случаях – пневматическая дезинвагинация под рентгенконтролем. В последние годы применяем ГЭКГ, 1,5% раствором хлорида натрия под УЗИ контролем. Лечение по данной методике начинаем детям с признаками инвагинации независимо от давности заболевания и возраста ребенка при отсутствии перитонеальных явлений и признаков тонкокишечной инвагинации. Данный способ успешно применен 27 больным, из них в 1 случае полностью расправить инвагинат не удалось, на лапаротомии выявлена органическая причина - полип слепой кишки. Оперировано 30 (42%) больных в связи с поздними сроками поступления и безуспешностью консервативных мер:

мануальная дезинвагинация выполнена у 24, а 6 больным в связи с некрозом кишки произведена резекция с созданием анастомоза.

**Заключение.** Применение УЗСв диагностике ИК позволило приблизить эффективность комплексной диагностики заболевания к 100%. Методика ГЭКГ под УЗС контролем является простым, безопасным и эффективным способом неоперативного лечения ИК у детей, позволяющим расширить показания к консервативной тактике лечения.

Шамсиев Ж.А., Хуррамов Ф.А., Рузиев Ж.А.

## ЛЕЧЕНИЕ ОСТРО ВОЗНИКШЕЙ КИСТЫ СЕМЕННОГО КАНАТИКА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Самаркандский государственный медицинский институт, г.Самарканд

**Актуальность.** Остро возникшая киста семенного канатика у детей (ОВКСК) относится к довольно часто встречающейся патологии. Запоздалая диагностика, ошибочные диагнозы, как правило, приводят к неадекватной тактике лечения этой патологии, что чревато развитием ближайших и отдаленных осложнений. В отношении самого вида лечения в существующей литературе имеется разногласие мнений. Взгляды авторов расходятся как по срокам выполнения операций, так и по способам вмешательств. Большинство авторов считают ведущим методом лечения ОВКСК хирургический метод. Однако, наряду с положительными результатами операций, описано множество недостатков, связанных с высокой травматичностью вмешательств, риском наркоза для новорожденного, весомой кровопотерей, послеоперационной пневмонией. Отдаленные результаты также в целом ряде случаев могут быть далекими от совершенства, так как после операции развиваются рубцово-спаечные процессы, усугубляющие кровоток, нарушающие проходимость семявыносящего протока, приводящие к отеку или атрофии яичка. Все вышеизложенное свидетельствует об актуальности темы настоящего исследования.

**Цель.** Анализ результатов малоинвазивного метода лечения остро возникшей кисты семенного канатика у детей раннего возраста.

**Материалы и методы.** Во 2-клинике Самаркандского Государственного медицинского института внедрен щадящий метод лечения ОВКСК у детей раннего возраста – пункция кисты под контролем УЗИ. За последние 15 лет, было пролечено 298 больных с ОВКСК. Правостороннее расположение кисты наблюдалось в 188 (63,1%) случаев, левостороннее расположение у 104 (34,9%) и двухстороннее расположение кисты отмечалось у 6 (2,0%) пациентов. Размеры кист варьировались от 2,0 см., до 3,5-4,0 см., в диаметре. 248 пациентам по методу клиники проведено малоинвазивное пункционное лечение ОВКСК.

**Результаты.** Метод, разработанный и внедренный в клинику, состоит в следующем: новорожденному, после двукратной обработки операционного поля йодом и спиртом, в паховой области проводится пункция кожи под контролем УЗИ инъекционной иглой над кистой семенного канатика перпендикулярно поверхности. Далее, иглу проводят продольно в подкожной клетчатке на 0,5см, вводят в просвет кисты семенного канатика в перпендикулярном направлении (пункция кисты). Z-образный ход иглы предупреждает инфицирование полости кисты в послеоперационном периоде. При помощи шприца производят аспирацию содержимого кисты - прозрачную, янтарного цвета жидкость. После полного опорожнения кисты игла удаляется, а на месте прокола накладывается давящая асептическая повязка.

Больные учитывая возраст находились на наблюдении в течении 3 суток. 52 больным с большим размером кисты (3,5x4,0см) отмечалось повторное скопления жидкости и на вторые сутки проводилось повторная пункция кисты семенного канатика. В отдаленном периоде отмечалось в 8 случаях рецидив КСК, которые пролечены операционным методом.

**Выводы.** Изучение ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения ОВКСК у новорожденных и детей раннего возраста показал явные преимущества нового малоинвазивного метода лечения в возрасте до 2,5 месяцев. Применение предложенного способа хирургического лечения ОВКСК позволило существенно сократить длительность пребывания больных в стационаре. Причем, дети из этой группы выписывались на амбулаторное лечение с полностью зажившими ранками, что позволило добиться хорошего косметического эффекта.

Шамсиев Ж.А., Шамсиев А.М., Давранов Б.Л., Муталибов И.А.  
**ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО  
МЕТОДА ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ЛИМФАНГИОМ У ДЕТЕЙ**  
Самаркандский государственный медицинский институт, г.Самарканд

**Актуальность.** Лимфангиомы возникают в результате порочного развития лимфатической системы у эмбриона, начиная с 6-недельного срока беременности. Вследствие генетического родства лимфангиом с кровеносными сосудами, в частности венозной системой, представляет определенные трудности их радикальное удаление, где они близко располагаются к магистральным сосудам шеи, подмышечной области, средостения и других локализаций. В этой связи проблема радикальности хирургического вмешательства при иссечении лимфангиом по-прежнему остается одной из актуальных.

**Цель.** Анализ результатов малоинвазивного метода хирургического лечения лимфангиом наружной локализации.

**Материал и методы.** В период с 1994 по 2019 года во 2 клинике СамМИ с лимфангиомой наружной локализацией было оперировано 186 детей. В зависимости от хирургической тактики они были распределены на 2 группы: контрольной 162 больных, оперированных в период 1994 по 2015 года - им проводилось общепринятое традиционное хирургическое лечение, которое заключалось в полном иссечении лимфангиомы в пределах окружающих здоровых тканей и основная 24 пациентов, получившие стационарное лечение в период с 2016 по 2019 года, которым было применено малоинвазивное хирургическое лечение в виде склеротерапии лимфангиомы.

**Результаты и их обсуждения.** Все пролеченные больные находились под диспансерном наблюдением и периодически проходили обследование в клинике. Катамнестические обследования проведены в сроки от 1 года до 15 лет. Отдаленные результаты лечения оценивались по 3-х бальной шкале: хороший, удовлетворительный и неудовлетворительный. Хорошие результаты достигнуты в основной группе 22 (91,7%), в контрольной 117 (72,2%). Такие же результаты отмечены при анализе удовлетворительных и неудовлетворительных результатов проведенного лечения, в основной группе они составили 8,3%, и 27,8% в контрольной группы.

**Выводы.** Анализ результатов хирургического лечения лимфангиом показал, что общепринятая традиционная методика лечения является достаточно эффективной, но требует после оперативного лечения нахождения больного в отделении реанимации, а в основной группе, из-за того, что хирургическое лечение проводится под местной анестезией, этого не требуется. Малоинвазивная тактика лечения лимфангиом позволяет добиться хороших результатов лечения в отдаленном периоде у 91,7% больных и свести частоту удовлетворительных и неудовлетворительных результатов до 8,3%.

Шамсиев Ж.А., Шамсиев А.М., Махмудов З.М.

## **УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА КОСТЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ**

Самаркандский государственный медицинский институт, г.Самарканд

**Актуальность.** По данным Всемирной организации здравоохранения «среди острой хирургической патологии детского возраста острый гематогенный остеомиелит (ОГО) составляет 2,2-10%, а среди гнойно-септической инфекции от 12,5% до 47%». Диагностика ОГО костей

тазобедренного сустава (КТС), представляет определенные трудности не только на догоспитальном этапе, но и для врача специализированного стационара. Случаи диагностических ошибок при этом достигают 50%. В 16,2 - 53,7% случаях заболевание осложняется различными ортопедическими нарушениями, которые приводят ребенка к инвалидности. «Успех лечения ОГО у детей зависит от ранней верификации заболевания и оптимального хирургического вмешательства, осуществляемого еще до развития угрожаемых состояний и септических осложнений». Большое разнообразие лечебных методик дает возможность решать одну практическую задачу различными путями. Но при этом «возникают определенные трудности, связанные с необходимостью подбора наиболее оптимальных лечебных мероприятий для конкретного инфекционного процесса». Тяжелое течение, высокая вероятность грозных осложнений, даже при низких показателях распространенности данной патологии, определяют достаточно высокую актуальность исследований, направленных на улучшение результатов комплексного лечения ОГО.

**Целью исследования** является совершенствование ранней диагностики ОГО КТС у детей при помощи внедрения компьютерной томографии.

**Материалы и методы.** Объектом исследования явились 104 пациента с подозрением на ОГО КТС, обследованные в отделении гнойной хирургии 2-клиники СамМИ за период с 2004 по 2019 гг.

**Результаты и их обсуждения.** Ультразвуковое исследование (УЗИ) была произведена 72 больным, поступившим с подозрением на ОГО КТС которые вошли в наше исследование. Так, из 72 больных, ОГО КТС подтвердился только у 47 (65,3%) детей, а остальным 25 (34,7%) пациентам вышеуказанный диагноз был исключен и выставлен реактивный коксит (РК). Компьютерная томография (КТ) была произведена 32 больным, поступившим с подозрением на ОГО КТС. Так, из 32 больных, ОГО КТС подтвердился только у 27 (84,4%) детей, а остальным 5 (16,5%) пациентам вышеуказанный диагноз был исключен и выставлен РК.

**Заключение.** Таким образом, специфичность КТ при ОГО КТС в ранние сроки составила 92%, чувствительность 84,4% и точность 87,7%. УЗИ обладает более низкой способностью выявления этой патологии, специфичность составила – 87,5%, чувствительность – 65,3% и точность - 75%. Вышеуказанные данные позволяют рекомендовать КТ, как наиболее достоверный метод ранней диагностики при данной патологии.



Эргашев Б.Б., Исмадияров Б.У.

## ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Врожденная диафрагмальная грыжа (ВДГ) – порок, для которого характерно смещение желудка, селезенки, кишечника и печени в грудную полость. Частота ВДГ у новорожденных составляет от 1:2500 до 1:4000 случаев.

**Цель исследования.** Выбрать оптимальные методы хирургического лечения врожденных диафрагмальных грыж у новорожденных.

**Материалы и методы.** Изучены результаты хирургического лечения 88 новорожденных с ВДГ, находившихся в Республиканском центре неонатальной хирургии (РЦНХ) при РПЦ за период с 2011 г. по 2019 г. Методы исследования включали общеклинические, антенатальное УЗИ плода, обзорное и контрастное рентгенологические исследования, нейросонографию, ЭхоКГ.

**Результаты.** Из 88 детей мальчиков – 57 (64,7 %) и 31 (35,3 %) - девочки. Доношенных детей 79 (89,7 %), недоношенных 9 (10,3 %). Из них 61 (69,3 %) новорожденный поступал в РЦНХ в возрасте 1-3 сутки жизни, на 4-9 сутки – 15 (17,1 %), 10 и более суток – 12 (13,6%) больных. По локализации: грыжи собственно диафрагмы, выпячивание истонченной зоны диафрагмы – у 19 (21,6 %), дефекты диафрагмы – у 48 (54,5 %), грыжи пищеводного отверстия диафрагмы – у 3 (3,4 %) новорожденных. Оперативное вмешательство выполнено 70 (79,5 %) больным. 18 (20,5 %) больных умерли до операции. Из них 31 (44,3 %) была выполнена лапаротомия, 15 (21,4 %) – торакотомия и 24 (34,3 %) – эндоскопическим и эндоскоп – ассоциированными способами. В среднем, койка дней у больных, оперированных традиционным путем, составила 31, а у детей с эндоскоп – ассоциированным - 17,5 койка дней. Результаты оценивались по течению послеоперационного периода, данным рентгенографии в динамике. Послеоперационная летальность отмечена у 21 (30%) новорожденного. Причиной летальности были наличие сопутствующих патологий на фоне гипоплазии легкого.

**Выводы.** В РЦНХ отдается предпочтение эндоскопическим, эндоскоп – ассоциированным методам хирургического лечения врожденной диафрагмальной грыжи у новорожденных, так как это позволяет снизить риск возникновения интра- и послеоперационных осложнений, сократить время пребывания ребенка в стационаре, ускорить сроки реабилитации и добиться хорошего косметического эффекта.

Эргашев Б.Б., Исмадияров Б.У.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ С СОЧЕТАННЫМИ АНОМАЛИЯМИ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Врожденная диафрагмальная грыжа (ВДГ) в более половине случаев сочетается с пороками развития других органов и систем.

**Цель.** Изучить результаты диагностики и хирургического лечения больных ВДГ с сочетанными аномалиями.

**Материалы и методы.** Нами изучены результаты хирургического лечения 88 новорожденных с врожденной диафрагмальной грыжей, находившихся в Республиканском центре неонатальной хирургии при РПЦ за период с 2011 г. по 2019 г. Методы исследования включали антенатальное УЗИ плода, объективный осмотр, УЗИ внутренних органов, нейросонографию, ЭхоКГ, МСКТ, обзорное и контрастное рентгенологические исследования.

**Результаты.** У 12 (13,6 %) больных из 88 выявлены сопутствующие аномалии. В сочетании с ВПС у 7 (7,9 %) детей, у 3 (3,4 %) – аномалии желудочно-кишечного тракта и у 2 (2,3 %) детей – пороки других органов и систем. Особые трудности представляют те из них, которые по жизненным показаниям требуют раннего хирургического лечения, так же, как и ВДГ (например, сочетание ВДГ с дуоденальной непроходимостью). Поскольку сочетания бывают самыми разнообразными, тактика лечения должна избираться строго индивидуально. Но абсолютно обязательным является ликвидация тех компонентов в сочетании с ВПР, которые представляют угрозу для жизни ребенка. За 9 лет из 12 новорожденных детей ВДГ с множественными другими врожденными пороками развития (МВПР) органов и систем у 10 (83,3%) было проведено оперативное вмешательство. Из вышеперечисленных у 4 (40%) был летальный исход, до операции умерло 2 (16,7 %). Основными причинами смертности детей с ВДГ были сопутствующая соматоневрологическая патология, родовые травмы, недоношенность и отчасти МВПР. Отягощающими факторами явились неправильная транспортировка, аспирация, гипотермия.

**Заключение.** Пороки развития, сочетающиеся с ВДГ, могут быть скорректированы одновременно с основным пороком. Результаты лечения при этом зависят от вида и характера основного и сопутствующего порока.

Эргашев Н.Ш., Эргашев Б.Б., Норов М.М.

## **РАННИЕ И ПОЗДНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт,  
Республиканский перинатальный центр МЗ РУз, г.Ташкент

**Актуальность.** Развитие неонатальной хирургии, интенсивной терапии и анестезиологии новорожденных в последние десятилетия позволили снизить летальность с 81% снизилась до 8,7% (Немилова Т.К., 2003), включая недоношенные дети с массой тела до 1000 гр. Создание первичного или отсроченного анастомоза считается операцией выбора, в выполнении данного способа ныне предпочтения отдается использованию видеоторакоскопической технологии Однако сохраняется высокая частота (40-90%) послеоперационных осложнений, наиболее частыми среди них после первичной и отсроченной эзофагопластики являются несостоятельность швов анастомоза, его стенозирование и гастроэзофагеальный рефлюкс.

**Цель.** Анализ ранних и поздних послеоперационных осложнений после первичных корригирующих операций при атрезии пищевода у новорожденных.

**Материал и методы.** В основе настоящего исследования положен анализ результатов диагностики и хирургического лечения 220 новорожденных с различными формами атрезии пищевода, находившихся на стационарном лечении с 2015 по 2019 г. в отделении неонатальной хирургии РПЦ. Состояние здоровья новорожденных оценивали по общему состоянию, витальным функциям, антропометрическим показателям при рождении, результатам лабораторного обследования. В комплекс обследования включены клиничко-лабораторные обследования (рентгенографию органов грудной и брюшной полости, контрастное исследование пищевода; УЗИ внутренних органов, эхокардиография, нейросонография).

**Результаты.** Основной контингент больных 31 (14,1%) поступили из других регионах республики и других лечебных учреждениях города. 189 (85,9%) детей родились в РПЦ. Поэтому сроки поступления больных колебалось от нескольких часов до 7 суток. Среди новорожденных мальчиков было 47 (21,4 %), девочек – 173 (78,6%). Доношенных детей – 161 (73,2%), недоношенных – 59 (26,8%). По общепринятой классификации по R.E.Gross атрезии пищевода наблюдали следующие формы патологии: тип «А» 18 (8%) новорожденных; тип «В» - у 4 (2%); тип «С» у -194 (88%); тип «Д» - у 4 (2%). При анализе выявлено, что в первые сутки жизни госпитализированы только лишь 35% новорожденных, 65% детей поступили на 2 сутки и позже, что указывало на недостатки в раннем выявлении АП в родильных домах. По ходу комплексного обследования у 121 (55%) новорожденных выявлены

сочетанные пороки развития других органов и систем, среди них часто наблюдали ВПС, аномалии пищеварительного тракта и мочеполовой системы. Соматический статус ребенка был отягощен с сопутствующими заболеваниями как внутриутробная инфекция 22 (10%), аспирационная пневмония 154 (70%), гипоксические поражения ЦНС 11 (5%), септическое состояние 33 (15%). Оперативное лечение проведено у 199 (90,5%) больных, в 21 (9,5%) случаях наступил летальные исходы до оперативного лечения из-за критически тяжелого состояния обусловленные со сложными сочетанными аномалиями и сопутствующих заболеваний. Были выполнены следующие варианты операций: торакотомия, перевязка ТПС; наложение прямого анастомоза пищевода 197 (89,5%); перевязка ТПС, верхняя эзофагостомия, гастростомия 17 (7,8%); верхняя эзофагостомия, гастростомия 6 (2,7%);

Наблюдались следующие специфические осложнения: несостоятельность анастомоза 29 (13,2%); несостоятельность культи свища 2 (0,9%); рецидив трахеопищеводного свища 3 (1,4%); лимфовенозный застой в системе верхней полой вене 2 (0,9%); перфорация желудка 7 (3,2%). Повторные операции в связи с возникшими осложнениями проведены у 43 (19,6%) больных. Указанные осложнения у больных отягощались сочетанными аномалиями и сопутствующими заболеваниями. Летальные исходы наблюдались у 47 (21,4% больных). 173 (78,6%) больные были выписаны из стационара. При динамическом наблюдении в течении 6-12 мес. были установлены возникновения следующих осложнений: умеренный стеноз анастомоза 28 (12,7%); критический стеноз анастомоза 11 (5 %); рецидив верхнего трахеопищеводного свища 3 (1,4%); частичное коллабирование правого легкого (№%); воспалительные явления вокруг гастростомы 6 (2,5%). При фиброэндоскопии характерные изменения для рефлюкс эзофагита выявлены у 97 (44,1%) больных. В зависимости от характера возникших осложнений проведены соответствующие консервативные и оперативные методы лечения.

**В заключение** можно отметить, что многие возникшие осложнения при атрезии пищевода у новорожденных были обусловлены с запоздалой диагностикой, прогрессированием их при соблюдении правил тактики ведения и диагностики заболевания и нарушениями связанные с транспортировкой больного в специализированный стационар. Сопутствующие заболевания и сочетанные пороки развития являются отягощающими факторами в течении послеоперационного периода и возникновения наиболее частого раннего послеоперационного осложнения – несостоятельности анастомоза, являющегося основным источником генерализации воспалительного процесса в средостении, плевральной полости с развитием склеротических изменений в зоне анастомоза с трансформацией в рубцовый стеноз различной степени выраженности.

Эргашев Б.Б., Ихтиёров Т.В.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА

Республиканский учебно-лечебно-методический центр неонатальной хирургии при РПЦ, г.Ташкент

**Актуальность.** Рубцовые стриктуры пищеводных анастомозов после коррекции атрезии пищевода не являются казуистической редкостью и представляют собой сложную проблему в плане дальнейшего лечения. Более щадящим является метод эндоскопической баллонной дилатации, осуществляющий давление на стенку пищевода изнутри радиально и одновременно по всей длине стеноза.

**Цель.** Анализ результатов лечения послеоперационных рубцовых стенозов пищевода у детей, оперированных по поводу атрезии пищевода.

**Материалы и методы.** В Республиканском учебно-лечебно-методическом центре неонатальной хирургии при РПЦ в период с 2017 по 2018 гг. на лечении находилось 26 больных с рубцовым сужением пищевода после эзофаго-эзофагопластики по поводу его атрезии. Методы исследования включали общеклинические, рентгенологическое исследование.

**Результаты.** Из 26 больных мальчиков было - 13, девочек - 13. Возраст больных составил от 2 до 8 месяцев. Лечение выполнялось пищеводными баллонными дилататорами «VEDKANG» диаметром раздуваемой части баллонных катетеров от 6мм до 12мм и длиной 50 мм, 80 мм и 30 мм соответственно. На первом этапе лечения при II и III степени стеноза применялись баллонные дилататоры диаметром 6мм, вводимые через канал эндоскопа под визуальным контролем. На втором этапе – баллоны диаметром 8 мм, 10 мм и 12 мм вводились либо внутриканально, либо по металлическому проводнику, предварительно установленному через канал эндоскопа (2,0мм), так же под визуальным контролем эндоскопа. В большинстве случаев использовался беспроводниковый метод подведения баллона к зоне стриктуры и его раздувание под контролем зрения эндоскопа (5,9 мм). Время экспозиции раздутого баллона в зоне стеноза составило 3-5 минут. Давление в баллоне достигало 4 атм., которое подавалось специальным раздувающим устройством с контролем давления.

**Выводы.** Целесообразно проведение фиброэзофагоскопии новорожденным, перенесшим эзофагопластику в связи с атрезией пищевода, на сроках 1 го месяца для своевременного выявления и начала лечения осложнений.

Эндоскопическое лечение под визуальным контролем является безопасным и высокоэффективным методом коррекции послеоперационных

стриктур пищевода у детей, оправданный при лечении эксцентричного расположения стриктуры.

Эргашев Б.Б., Камолов Ш.Б.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАПАРОТОМИИ И ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ АТРЕЗИЯХ ТОНКОЙ КИШКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт,  
Республиканский учебно-лечебно-методический центр неонатальной хирургии при РПЦ, г.Ташкент

**Цель.** Сравнительный анализ использования лапаротомии и лапароскопии в лечении атрезиях тонкой кишки у новорожденных.

**Материалы и методы.** В данной работе приведены результаты лечения 94 новорожденных с врожденной атрезией тонкой кишки за период 2014-2020 половина годы по данным республиканского учебно-лечебно-методического центра неонатальной хирургии при РПЦ. Из них мальчиков было 47 (50%), девочек 47 (50%). Доношенных 58 (61,7%), недоношенных 36 (38,3%).

При поступлении всем детям проводились следующие методы исследования: Обзорная рентгенография грудной и брюшной полости, УЗИ, НСГ, ЭхоКГ. В сомнительных случаях для дополнительного исследования проводили пассаж ЖКТ и ирригография.

**Результаты и обсуждения.** Сейчас лапароскопическая хирургия внедрена в практику детских хирургов в большинстве развитых стран мира, в том числе в Узбекистане. По классификации, предложенной J.L.Grosfeld. (1979г), наши больные распределились следующим образом: I – тип выявлен у 13 (14%) больных, II тип - 27 (29%), III а тип 28 (30%), III б тип 10 (11%) и IV тип 15 (16%) и 1 (1%) го больного увезли без операции под распиской. У 31 (33%) новорожденных отмечались осложненные формы атрезии тонкой кишки, из них у 22 (70%) новорожденных отмечались с перфорацией тонкой кишки и у 9 (30%) новорожденных отмечались с картиной сепсиса. Неосложненные формы атрезии тонкой кишки выявлены у 63 (67%) новорожденного.

Оперативное вмешательство выполнено почти всем 93 (99%) больным потому что 1 (1%) го больного увезли под распиской, без операции. Лапароскоп ассоциированные операции выполнены у 20 (21,5%) из 93 больных с атрезией тонкой кишки. Из них мальчиков было 10 (50%), девочек 10 (50%). Доношенных было-13 (65%), недоношенных 7 (35%). При анализе ближайшего послеоперационного периода выявлена, что применение лапароскоп ассоциированных операций способствовало более гладкому течению послеоперационного периода, снижению болевого синдрома, что

позволило быстро в течение 1 и 2 суток после операции экстубировать больного. Кроме того, у всех 17 больных, которым были выполнены лапароскоп ассоциированные радикальные операции, послеоперационный парез кишечника быстро разрешился в течение 3 суток, что способствовало начать энтерального кормления на 4-5 сутки после операции. Ни в одном из случаев в этой группе больных не наблюдались несостоятельность анастомоза и ранняя спаечная непроходимость кишечника. Кроме того, детям, которым было наложена энтеростома лапароскопически, при проведении радикальной операции через 4 недели трудности, связанные с выделением стомы, не возникали, а также не отмечено развитие спаечного процесса. Летальность в основной группе отмечена у 5 (25%) больных. Из них трое детей были недоношенными, а у двух доношенного ребенка был неблагоприятный соматический фон, который в последующем способствовал присоединению сепсиса и энтероколита.

Сроки пребывания больного в стационаре с атрезией тонкой кишки после традиционного метода были в среднем  $28 \pm 4$  суток, а после лапароскопического метода были в среднем  $18 \pm 2$  суток. Кроме того, на летальность в обеих группах (21 (24%) детей) оказывал влияние тип атрезии тонкой кишки. Так, при I, II и III типе атрезии результаты оперативного лечения были, в основном, положительными. Наибольшее количество летальных исходов отмечено в группе детей с III b и IV типами атрезии тонкой кишки. Так, из 23 умерших детей 14 были с III b и IV типами атрезии тонкой кишки.

#### **Выводы.**

- 1) В результате сравнительного анализа лапароскопических и традиционных оперативных вмешательств показал, что лапароскопия является менее травматичным способом оперативного лечения экстренных абдоминальных хирургических заболеваний.
- 2) Лапароскоп ассоциированная коррекция атрезии тонкого кишечника у новорожденных является перспективным, малотравматичным и эффективным вмешательством, приводящими к гладкому течению послеоперационного периода, уменьшению болевого синдрома.
- 3) Применение лапароскопии при видеоассистированных операциях на тонкой кишке позволяет значительно снизить риск спаечной кишечной непроходимости и сокращению койки дней.
- 4) Осложнения интраоперационного и послеоперационного периодов после лапароскопических вмешательств не являются специфичными и встречаются реже в сравнении с традиционными «открытыми» операциями.

Эргашев Н.Ш., Рахматуллаев А.А.  
**ДИАГНОСТИКА ПОРОКОВ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Введение.** Пороки бронхолегочной системы (ПБЛС) включают широкий нозологический спектр дисплазий. Большинство ПБЛС в настоящее время диагностируются антенатально с помощью УЗИ. Раннее выявление порока с помощью современных методов диагностики позволяет своевременно, до развития осложнений, лечить детей и существенно снизить показатели перинатальной смертности.

**Цель исследования** – анализ результатов диагностических методов исследования при пороках бронхолегочной системы у детей.

**Материалы и методы.** В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ пролечено 78 детей с ПБЛС. Мальчиков было – 46 (59%), девочек – 32 (41%). Из них врождённые кисты лёгких – 27 (35%), врождённая лобарная эмфизема - 13 (16,6%), КАМЛ – 18 (23%), гипоплазии – 8 (10,2%), бронхогенные кисты - 6 (7,6%), агенезия лёгких – 2 (2,5%), синдром Картагенера – 1 (1,2%), секвестрация лёгких – 1 (1,2%), трахеопищеводные свищи – 1 (1,2%), артериовенозная мальформация - в 1(1,2%) случае. При антенатальном УЗИ исследовании беременных в 32 случаях выявили различные пороки развития лёгких: КАМЛ в 16 случаях, секвестрации лёгких – 9, кисты лёгких - 5, бронхогенные кисты – 2, хилоторакс – 1. В постнатальном периоде при антенатально выявленных случаях и у детей более старших лет для уточнения видов порока проводили комплексное рентгенологическое обследование (рентгенография, МСКТ, МСКТ-ангиография, бронхография), ЭХОКГ, УЗИ и морфологические исследования. Окончательный диагноз ПБЛС поставили после гистологического исследования поражённого участка лёгких.

**Результаты и обсуждения.** С внедрением целенаправленного антенатального исследования беременных для выявления врожденных аномалий у плода, число диагностированных случаев ПБЛС увеличилось. При обследовании 8540 беременных у 32 (0,3%) плодов выявлены специфические и косвенные эхоскопические признаки характерные для бронхолегочных аномалий. В 12 (37%) случаях диагноз был подтвержден постнатально результатами комплексного обследования.

Всем больным проведено комплексное клинико-лабораторное, функциональное, рентгенологическое и инструментальное (ЭКГ, УЗИ, ЭхоКГ, бронхоскопия, бронхография, МСКТ) обследование. У более старших детей причиной поздней диагностики у антенатально не диагностированных пороков развития легкого, являлся бессимптомное течение ряда аномалий до момента развития осложнений. При КАМЛ и лобарной эмфиземе для



постановки и дифференцировке диагноза применяли в обязательном порядке обзорную рентгенографию и МСКТ. В случаях КАМЛ отмечалась преимущественно поражения нижних долей, у 65% случаев справа. При гипоплазиях кроме рентгенографии и МСКТ проводили бронхографическое исследования для окончательного определения объёма резекции. В одном случае с артериовенозной мальформацией у 5 месячного ребёнка проводили МСКТ ангиографию, что позволила дифференцировать от других пороков. В случае с трахеопищеводным свищем для окончательной диагностики применяли МСКТ с контрастированием пищевода, при котором выявили поступление контраста в дыхательные пути через соустье на уровне бифуркации трахеи.

**В заключении,** нужно отметить что ультразвуковой скрининг с периода 18-20 недель беременности является высокоэффективным методом диагностики большинства пороков бронхолёгочной системы. Оно позволяет корригировать порок в раннем постнатальном периоде и определить тактику лечения до появления грозных осложнений. Основным методом диагностики на постнатальном этапе при пороках бронхолёгочной системы является мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), имеющая высокую степень диагностической достоверности.

Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Я.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЭНТЕРОСТОМИИ У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Введение.** Значительное количество детей с врожденной и приобретенной патологией кишечника нуждаются в оперативном лечении, первый этап которого завершается энтеростомией. Существует противоречивые взгляды относительно методики энтеростомии, определения границ резекции кишечника и критериев для определения сроков их закрытия.

**Цель работы** улучшение результатов хирургического лечения пациентов с энтеростомой.

**Материал и методы.** В данном сообщении обобщен опыт хирургического лечения 162 детей в возрасте от 1 дня до 18 лет с энтеростомой, находившихся на лечении в клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ с 2009 по 2019 годы.

**Результаты и обсуждения.** Энтеростомия потребовалась новорожденным с различными врожденными пороками развития (ВПР) и заболеваниями кишечника, чаще это были пациенты с некротическим энтероколитом (НЭК), потребовавшей экстренной операции 98 (60,5%). У грудных детей и старших возрастных групп энтеростома была наложена в

экстренном порядке, в связи с возникшими ситуациями, среди оперированных детей 53 (32,7%).

В 11 (6,8%) наблюдениях, стомирование кишечника проводилось в плановом порядке, как подготовительный этап к предстоящей радикальной коррекции пороков развития желудочно-кишечного тракта (6-54,5%), а также для создания функционального покоя в участках кишечника вовлеченных неспецифическому воспалению (5-45,5%)

В 76 (46,9%) наблюдениях была наложена подвесная энтеростомия без резекции кишечника, у 86 (53,1%) больных энтеростома была наложена после резекции кишечника различной протяженности: короткая -10-15 см (19), в пределах 20-30 см (45), обширные резекции более 50 см (22). У 46 (28,4%) детей была наложена терминальная энтеростома с заглушением дистального отдела кишечника; в 116 (71,6%) случаях, двойная концевая стома, среди них 45 новорожденных с некротическим энтероколитом, у 2х детей стома, при Т-образном анастомозе. Оптимальным сроком закрытия энтеростомы считаем 4-5 недель после наложения стомы, в ряде случаев по отдельным показаниям устранение стомы проведены через 2-4 месяца. При длительном существовании свища нарастает число в также риск развития различных осложнений. Осложнения, обусловленные наличием стомы, отмечены у 9- (5,6%) детей. Число и вид осложнений увеличиваются при длительном ее функционировании. Осложнения связанные с закрытием стомы наблюдались у 7 (4,3%) больных.

**Заключение.** Показания, вид и уровень формирования энтеростомы у детей определяются спецификой основного заболевания и целью предстоящей реконструктивной операции. Оптимальным сроком закрытия стомы является через 4-5 недель после его наложения. Длительность функционирования временной кишечной стомы может быть продлено при наличии весомых противопоказаний к его закрытию.

Эргашев Н.Ш., Саттаров Ж.Б., Хуррамов Ф.М., Тиллабоев С.В.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДОПЛЕРОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ПОРОКАХ РОТАЦИИ И ФИКСАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Врожденная кишечная непроходимость (ВКН) преобладает над приобретенной особенно у новорожденных и детей раннего возраста. Ошибки и запоздалая диагностика являются основными причинами развития тяжелых осложнений и неблагоприятных исходов у данных больных. До недавнего времени диагностика основывалась на результатах клинического и рентгенологического исследований, сегодня все чаще появляются сведения об использовании компьютерной томографии. В

последние годы большое значение в диагностике кишечной непроходимости приобретает ультразвуковое исследование как безвредная и высокоинформативная методика.

Эхоскопическая семиотика приобретенной кишечной непроходимости в литературе представлена более подробно, а данные по ультразвуковой диагностике ВКН немногочисленны. Единичные сообщения посвящены ультразвуковой диагностике синдрома Ледда как варианта ВКН у новорожденных и грудных детей с описанием отдельных случаев или основанные на анализе небольшого клинического материала. Чувствительность и специфичность метода при этом составляла 95 и 100%. Диагноз ВКН должен быть установлен еще до рождения ребенка. Отдельные аспекты антенатальной диагностики ВКН освещены в работах зарубежных и отечественных авторов.

**Целью** настоящего исследования явилось освещение аспектов диагностики нарушений ротации и фиксации кишечника у детей.

**Материал и методы исследования.** В основу исследования положены данные обследования 123 детей в возрасте от одного дня до 18 лет с различными формами мальротации и нарушениями фиксации кишечника. Среди больных преобладали мальчики - 81 (65,9%), девочки – 42 (34,1%). Больным проводились различные методы исследования, общепринятые в детской хирургии при данной патологии, с включением доплерографии.

**Результаты и их обсуждение.** Среди всех обследованных детей в большинстве случаев встречался синдром Ледда -34 (27,6%) и изолированный заворот тонкой кишки - 22 (17,9%). В остальных случаях наблюдались: патологическая фиксация толстой кишки - 19 (15,5%), заворот средней кишки - 16 (13,0%), мезоколикпариетальные грыжи - 14 (11,4%), неполная ротация - 12 (9,8%), отсутствие ротации - 3 (2,4%), обратная ротация - 3 (2,4%).

На рентгенограммах выявлялись следующие рентгенологические признаки: растянутый газовый пузырь желудка; явления частичной кишечной непроходимости; атипичное расположение петель тонкой и/или толстой кишки, удлинение толстой кишки. Подозрение на подобные аномалии выявлялись и при УЗИ органов брюшной полости, которые характеризуются отсутствием червеобразного отростка или выявлением его в нетипичном месте, наличием эхоскопических признаков острой или хронической кишечной непроходимости, аномалиями расположения внутренних органов.

Данные обзорной рентгенографии при мальротациях в большинстве случаев являются неинформативными и неспецифичными. Серийное контрастное рентгенологическое обследование ЖКТ и контрастная ирригография являются основным и более информативным методом диагностики мальротации. Однако, при наличии у ребенка признаков перитонита и заворота кишечника проведение указанных способов рентгенодиагностики

является нецелесообразным, поскольку при этом увеличивается риск осложнений на фоне удлинения срока обследования и поступления контрастной массы и кишечного содержимого в брюшную полость.

При УЗИ исследованиях мезентериальных сосудов в В-режиме, характерными эхо-доплерографическими признаками являются спиралевидный ход петель тонкой кишки и верхней брыжеечной вены, расширение вены брыжейки тонкой кишки с нарушением венозного оттока от верхней брыжеечной вены с тенденцией к артериализации, наличие псевдосистолических пиков, повышение индекса резистентности до 0,81- 0,88 в верхней брыжеечной артерии.

Таким образом, учитывая неинвазивность ультразвукового исследования кишечника и высокую специфичность эходоплерометрических признаков и параметров данный метод может быть использован как скрининговое исследование у детей при пороках ротации и фиксации кишечника.

Эргашев Н.Ш., Дусалиев Ф.М.  
**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С  
РЕКТОУРЕТРАЛЬНЫМИ СВИЩАМИ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Цель исследования** – проанализировать результаты хирургического лечения мальчиков с ректоуретральными свищами по материалу клиники.

**Материал и методы исследования.** В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ в 2009-2019 г находились на лечении 504 ребенка в возрасте от 1 дня до 15 лет с АРМ. Из них было 246 (48,8%) мальчиков с различными аномалиями. Ректоуретральные свищи (РУС) диагностированы у 52 (21,1%) детей, в виде ректопростатической 29 (55,8%) и ректобульбарной 22 (42,3%) локализации. 1 (1,9%) ребенок с Н-формой РУС при нормально сформированном анусе, оперированный в другой клинике, поступил к нам с рецидивом.

Для уточнения анатомической формы АРМ и выявления сопутствующих пороков развития других органов и систем проводили комплексное обследование, оценивали состояние промежности, особенности анатомии и топографии половых органов и таза.

**Результаты и обсуждение.** Из 52 новорожденных с РУС у 30 (57,7%) по клинико-рентгенологическим данным ошибочно диагностировали высокую форму аноректальной агенезии с высокими свищами без конкретной локализации и прооперировали в 1-3 сутки после рождения, выбрав поэтапную тактику - наложение превентивной сигмастомы.

Срок проведения операций после первичных вмешательств - от 3 месяцев до 5 лет. Учитывая риск вторичного инфицирования мочевых путей и угнетение физиологических механизмов, регулирующих акты дефекации и мочеиспускания при длительном нефункционировании оптимальным считаем срок 4-6 месяцев, достаточный для стихания воспалительных и склеротических изменений в зоне операции. В этот промежуток времени из 33 больных с стомой прооперировали 31 (93,9%) больного. Выполнили брюшно-промежностную проктопластику (БППП) с ликвидацией свища и колостомы 22 (71,0%); ликвидировали свищ с низведением кишки без закрытия колостомы 3 (9,7%); различные варианты промежностных операций ЗСАРП 4 (12,9%), ПСАРП 1 (3,2%); переднесагитальную аноректопластику в модификации клиники (ПСАРПК) 1 (3,2%), которой удалось ликвидировать свищ и низвести кишку, у 9 (29,0%) больных сигмостому оставили функционирующей, требующей отдельного закрытия. 2 (6,1%) случаях после наложение стомы наблюдались летальные исходы

В послеоперационном периоде особое значение придавали предупреждению мочевого затека, обеспечивали адекватное опорожнение мочевого пузыря через мочевой катетер и эпицистостому, проводили комбинированную антибактериальную терапию. Со вторых суток послеоперационного периода проводили местную лазеротерапию и УФО после операционной раны. Начиная с 6-7 суток начинали профилактику стеноза неоануса, стимулировали восстановление функции анального жома. У 44 (84,6%) больных послеоперационный период протекал без осложнений. У 6 (11,5%) наблюдались различные осложнения: общехирургические у 3 (50%) детей (нагноение - 1, расхождение - 2).

**Заключение.** При атрезии с ректоуретральными свищами из-за явлений кишечной непроходимости и инфицирования мочеполовой системы новорожденного требуется экстренное оперативное вмешательство, тактика и способ которого зависят от тяжести состояния ребенка, характера сочетанной патологии и высоты локализации атрезии. Первичные операции по поводу РУС следует завершать БППП.

Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Я., Хуррамов Ф.М.,

Эргашев Б.С., Отаназаров Ж.У.

### **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Несмотря на молниеносное развитие медицины и техники, спектр хирургических заболеваний брюшной полости не перестает удивлять своими сложными и трудно диагностируемыми заболеваниями.

Одним из таких заболеваний является инвагинация кишечника. В основе этого заболевания лежит внедрение определенного отдела кишки в просвет ниже (или выше) расположенного участка кишечника, который в свою очередь приводит к кишечной непроходимости. Инвагинация, являясь самым частым видом острой кишечной непроходимости у детей, может возникать в любом возрасте. В 1-й месяц жизни она наблюдается редко. В грудном возрасте между четырьмя месяцами и одним годом инвагинация возникает наиболее часто (80 %). На второй год жизни приходится около 10 % диагностированных случаев инвагинаций. Инвагинация кишечника в детском возрасте является наиболее распространенной формой острой кишечной непроходимости. Вопросы диагностики и лечения инвагинации кишок у детей до настоящего времени остаются одними из наиболее актуальных в детской хирургии.

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

**Материал и методы исследования.** В ГДХКБ №2 города Ташкент (клиническая база кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ) с 2009 по 2018 г. находилось на лечении 162 ребенка с инвагинацией кишечника в возрасте от 3 месяцев до 7 лет, мальчиков было 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 их обсуждение.** 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. Пальпация инвагината в виде опухолевидного подвижного, болезненного образования была возможна в 108 (66,7%) случаях. 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, эти больные подвергнуты оперативной 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%).

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 илеоасцендоанастомоза. Дети, перенесшие дезинвагинации с резекцией 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, эти больные повторно оперированы. Других осложнений в послеоперационном периоде и летальных исходов среди наблюдавшихся больных не отмечено.

**Заключение.** Таким образом, в диагностике инвагинации кишечника у детей, кроме клинической картины, важное значение имеет эхографическое исследование. Применение неинвазивного метода лечения (пневмоирригокомпрессии) позволяет выполнить дезинвагинацию в большинстве случаев. Тактика лечения определяется не сроками от начала заболевания, а тяжестью состояния при осложнении ИК перитонитом, сепсисом.

Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Я., Аллаберганов И.К.

### **ТОНКОКИШЕЧНЫЕ СТОМЫ У ДЕТЕЙ, ПОКАЗАНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Наложение временных кишечных стом у детей, которые могут быть как операцией выбора в экстренной ситуации, так и одним из этапов пластической реконструкции желудочно-кишечного тракта. Способы формирования и оперативных методов закрытия с восстановлением функции желудочно-кишечного тракта является актуальной проблемой и многие вопросы, связанные с ними, активно обсуждаются в практике детской хирургии.

**Цель.** Анализ показаний и тактики лечения детей с временными кишечными стомами, сформированными в периоде новорожденности и грудном возрасте.

**Материал и методы.** В работе представлены наблюдения за 123 больными в возрасте от 1 дня жизни до 1 года, находившихся на лечении в отделениях хирургии ДГКБ № 2 г. Ташкента за период с 2010 по 2019 года с различными пороками развития, заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и их осложнениями, послужившими поводом к формированию

превентивных кишечных стом. Больным проведены комплекс клинико-лабораторных и рентгенологических методов исследования.

**Результаты.** Поводом для формирования временной кишечной стомы служили следующие заболевания: перитонит, развившийся на почве некротического энтероколита новорожденных, атрезии кишечной трубки на различных уровнях, пороки развития ЖКТ. Кроме того, к наложению временных кишечных стом прибегали в случаях релапаротомий, связанных с послеоперационными осложнениями (перфорация кишки, несостоятельность анастомоза, спаечная кишечная непроходимость).

По цели формирования все кишечные стомы в наших наблюдениях разделены на следующие группы: а) временные стомы, сформированные с целью полного исключения сегмента кишки при неотложном состоянии ребенка (61-49,6%); б) кишечные стомы как этап коррекции врожденного порока развития (57-46,3%); в) декомпрессивные стомы при паралитической кишечной непроходимости (5-4,1%).

Больным были наложены следующие виды тонкокишечных стом: одностольная (21-17%), двустольная (74-60,2%), подвесная (28-22,8%). В 40 (32,5%) наблюдениях формирование стомы осуществлено после предварительной резекции участков тонкого кишечника, в 83 (67,5%) наблюдениях без ее резекции. У 44 (35,8%) больных стома была наложена в пределах тощей кишки, у 79 (64,2%) - в пределах подвздошной кишки. Среди них - у 42 на расстоянии 15-20 см от Баугиновой заслонки.

До закрытия стомы наблюдались следующие осложнения: потеря массы тела (53-43,1%), спаечная кишечная непроходимость (8-6,5%), эвагинация кишечника (11-8,9%), критический стеноз (5-4,1%).

Сроки закрытия временной кишечной стомы колебались от 1 мес. до 3 мес. и определялись характером патологии при условии купирования воспалительного процесса в брюшной полости, стабилизации состояния ребенка, восстановления моторики ЖКТ и завершения коррекции врожденного порока развития. При стомах на уровне тощей кишки потребовалось раннее ее закрытие из-за высокой кишечной потери.

В послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 6 (4,9%) больных в виде несостоятельности анастомоза, эвентерация кишечника - 5 (4,1%), кишечный свищ - 4 (3,2%), спаечная кишечная непроходимость - 8 (6,5%), повторная стома - 5 (4,1%).

**Вывод:**

1. Выбор вида и уровня временной кишечной стомы определяется целью их формирования в соответствии с характером заболевания или врожденного порока развития кишечника.
2. Сроки закрытия временных кишечных стом, сформированных в периоде новорожденности, определяются стабильностью состояния ребенка,



длительностью течения воспалительного процесса брюшной полости, завершенностью этапов хирургической коррекции врожденного порока развития.

Эргашев Н.Ш., Тиллабоев С.В., Саттаров Ж.Б.

## **МОРФОГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СТЕНКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КОЛОСТАЗЕ У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Введение.** В литературе нет единого мнения о показаниях к хирургическому лечению хронических запоров (ХЗ) при удлинении толстой кишки у детей, а неудовлетворительные результаты консервативного лечения хронического запора при удлинении толстой кишки достигают 60%. Морфологические особенности различных отделов толстой кишки детей при её аномалиях в достаточной степени не исследованы.

**Цель исследования** – патогистологическое исследование резецированных препаратов толстой кишки с суб- и декомпенсированными формами при хроническом колостазе у детей.

**Материалы и методы.** За 2014-2019 годы в клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ находились на обследовании и лечении 731 ребёнок, поступивших с подозрениями на кишечную непроходимость, рецидивирующими болями в животе, с рвотным синдромом и ХЗ.

Морфологическое исследование кишечника провели у 26 больных детей: при этом субкомпенсированная форма заболевания у 7 (26,9%) и декомпенсированная у 19 (73,1 %) больных. С клиническими проявлениями колостаза у 26: из них у 4 больных наблюдался энкопрез, у 13 – болевой синдром.

Материалом для морфологического исследования кишечника служили фрагменты ободочной и сигмовидной кишки, удалённые во время экстренных и плановых операций. Изучили 4 (15,4%) фрагмента поперечной ободочной; нисходящей ободочной кишки 14 (53,8%) и 8 (30,8%) сигмовидной кишки. Кишечную стенку размером 0,5x0,5 см фиксировали в течение 24 часов в 10 - 12% растворе формалина (рН 7,2-7,4) на фосфатном буфере по Лилли. Парафиновые срезы толщиной 5-6 мкм окрашивали гематоксилином – эозином.

**Результаты и их обсуждение.** Как показали наши светооптические исследования, структура слизистой оболочки толстой кишки представлена трубчатыми криптами, выстланными однослойным призматическим эпителием. На просветной поверхности доминируют призматические каёмчатые всасывательные клетки, в криптах преобладающим типом клеток

являются бокаловидные. Собственная соединительнотканная пластинка (lamina propria) с умеренным числом клеток соединительной ткани. Мышечный слой слизистой оболочки (muscularis mucosa) тонок, сформирован 3-4 слоями гладкомышечных клеток.

При субкомпенсированной стадии были выявлены выраженные патологические изменения стенки кишечника. Поверхностный эпителий слизистой оболочки был сохранён, в собственной пластинке отёк возрастал, лимфатические капилляры были расширены. Мышечная пластинка слизистого слоя истончена, а миоциты за счет отёка были разобщены.

При декомпенсированной стадии толщина слизистой оболочки резко утончена (атрофия), имелись участки десквамации эпителия и уменьшения их числа. Собственная пластинка с умеренным отеком, капилляры гиперемированы, имелась воспалительная инфильтрация нейтрофильными и эозинофильными гранулоцитами. Из-за отека мышечная пластинка расщеплена на отдельные волокна.

**Таким образом,** проведенные исследования показали существенные изменения всех оболочек стенки толстой кишки детей при её аномалиях. Наиболее выраженные изменения имеют место в эпителиальной выстилке. Они проявляются в существенных деструктивных изменениях, особенно выраженных в просветных зонах. Это сопровождается утолщением мышечного слоя слизистой и мышечной оболочки.

Значительным изменениям подвергается и микроциркуляторное русло. Они выражаются в стазе, расширениях просветов и формировании микротромбов. Указанные изменения, видимо являются структурной основой нарушения микроциркуляции, приводящее к выраженному отёку соединительной ткани всех оболочек.

Выявлена динамика в развитии морфологических изменений кишечной стенки в зависимости от степени компенсации заболеваний и наличии осложнений, таких как копростаз, энкопрез и болевой синдром. Данные изменения обуславливают неэффективность консервативной терапии при определенных формах субкомпенсированных (выраженный болевой синдром) и декомпенсированных стадиях и могут служить одним из аргументов в пользу выбора хирургического метода лечения.

Эргашев Н.Ш., Эргашев Б.С., Маркаев А.Я.

## **СИНДРОМ ОБЪЕМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Под синдромом объемного образования брюшной полости (СПОБП) подразумевают наличие образования различного размера в

области живота доступное при пальпации или обнаруживаемые при использовании специальных методов исследования, присутствие которого является нехарактерным для данной области, требующей соответствующей диагностической и лечебной тактики. К их числу можно отнести пороки развития, ряд острых хирургических заболеваний при обычном и осложненном течении, паразитарные инвазии органов брюшной полости, доброкачественные и злокачественные опухоли. Дифференциальная диагностика и лечение объемных образований брюшной полости остаётся актуальной проблемой детской хирургии.

**Цель.** Определить частоту и нозологический спектр острых хирургических заболеваний сопровождающихся с синдромом объемного образования брюшной полости у детей по материалу клиники.

**Материал и методы.** В отделениях экстренной и плановой хирургии 2-ГКДХБ в 2013-2020 гг. находились 204 детей в возрасте от 1 мес. до 18 лет с наличием объемного образования в брюшной полости, выявленные при пальпации живота или по ходу наблюдения и обследования ребенка с использованием специальных методов диагностики (УЗИ, рентгенологические, МСКТ). Верификация окончательного диагноза проводилось с учетом интраоперационных данных и результатов морфологических исследований.

**Результаты.** Среди 204 больных, находившихся на лечении 124 детей (60,7 %) были с патологией яичников различного генеза, 50 (24,5 %) – с инвагинацией кишечника, 12 (5,9%) – с абсцессами в брюшной полости, 11 (5,4%) – с кистами в брюшной полости, 3 (1,5%) – с обтурацией кишечника различного генеза (безоары, каловые камни), 2 (1%) – с мезаденитом, 1 (0,5%) – с гематомой брыжейки и 1 (0,5%) – с альвеококком печени.

Распределение по возрасту: до 3 мес – 3 (1,5%); 4-12 мес – 35 (17,15%); 1-3 года – 21 (10,3%); 3-7 лет - 8 (3,92%); 7-12 лет – 6 (2,93%); 12-15 лет – 59 (28,9%); 15-18 лет – 72 (35,3%). Из них мальчиков – 49(24%), девочек – 155(76%). Частая встречаемость объемных образований в возрасте 15-18 лет (72 больных) и превосходство девочек над мальчиками в основном связано с патологией яичников у девочек (у 66 больных из 72).

Диагноз первично был поставлен при пальпации – 52 (25,5%) больным, с диаметром образования от 3 см и более при поверхностном расположении (кисты брюшной полости, безоары и т.д.). С помощью УЗИ – 113 (55,4%), и интраоперационно – у 39 (19,1%), в основном обнаруживали образования малых размеров в труднодоступных местах (киста яичника и др.).

### **Выводы**

1. Объемные образования брюшной полости наблюдаются у детей всех возрастных групп. Отмечаются различия в нозологической структуре в зависимости от возраста и пола больного.

2. Объемные образования брюшной полости встречаются как в виде экстренной хирургической патологии, так и в виде медленно нарастающего опухолевидного образования.
3. Наличие объемного образования в брюшной полости требует ранней комплексной диагностики. В случае запоздалой диагностики наблюдаются различные осложнения в виде нагноения, разрывов и перекрутов кистоподобных образований

Эргашев Н.Ш., Тиллабоев С.В., Саттаров Ж.Б., Бойирбеков Р.Х.

### **ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАПОРЫ У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Введение.** Согласно данным американских ученых, запорами страдают от 30 до 50% трудоспособного населения развитых стран и 5–20% детей в общей популяции. По данным Borowitz SM et al. (2005), жалобы на запоры составляют 3–5% причин посещений детской поликлиники и около 35% причин посещений детских гастроэнтерологов. При этом у 35% девочек и 55% мальчиков, страдающих запорами, отмечается энкопрез.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение частоты встречаемости и особенностей клинических проявлений у детей с хроническими запорами.

**Материал и методы исследования.** За 2014-2019 годы в клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ находились на обследовании и лечении 731 ребёнок, из них 648 (88,6%) – с удлинением толстой кишки; 83 (11,4%) – с аномалиями фиксации толстой кишки, поступивших с подозрениями на кишечную непроходимость, рецидивирующими болями в животе, с рвотным синдромом и хроническим колостазом, большинство составили дети с удлинением различных отделов толстой кишки: удлинение одного сегмента ободочной кишки (субтотальный долихоколон) – 308 (47,5%); удлинение двух и более сегментов (тотальный долихоколон) – 65 (10,1%); удлинение сигмовидной кишки (долихосигма) – 270 (41,6%); мегадолихосигма – 1 (0,2%); мегадолихоколон – 4 (0,6%). Возраст больных колебался от 3-х мес. до 18 лет. Больные были в возрасте: до 1 года – 31 (4,1%); от 1 года до 3 лет – 204 (27,9%); от 4 до 6 лет – 244 (33,4%); от 7 до 11 лет – 182 (25%); от 12 до 18 лет – 70 (9,6%). Среди больных преобладали мальчики – 440 (60,1%), девочки составили 291 (39,9%). Для постановки диагноза проводили комплексное обследование.

**Результаты и их обсуждение.** Нарушение опорожнения кишечника отмечалось у всех (100%) больных. Длительность запоров составляла от 3 до 7 суток и более. Запоры у 127 (17,4%) больных сопровождались ноющими болями, чувством тяжести и вздутием живота. Гипохромная анемия

отмечалась у 293 больных (40%). У 139 (19,0%) больных отмечался дефицит веса. Дефицит массы тела составлял в среднем 22-25%. У 61% больных с данной патологией в анамнезе отмечалось частое присоединение интеркуррентных заболеваний: респираторно-вирусных инфекций, пневмоний, отита.

Всем больным проводилось комплексное консервативное лечение: изменение образа жизни; коррекция питания; медикаментозная терапия; фитотерапия; методики биологической обратной связи; лечебная физкультура, физиотерапевтическое лечение. Из них у 649 больных (88,8%) после одно- и двукратного курса консервативного лечения наступило значительное улучшение самочувствия, прекратились или уменьшились боли в животе.

У 82 детей (11,2%) неоднократный курс комплексной консервативной терапии оказался неэффективным, и они были оперированы.

Установлено, что удлинение толстого кишечника у детей представлено 648 (88,6%), с аномалиями фиксации толстой кишки 83 (11,4%), среди них: дети до 7 лет – 479 (65,5%); старших возрастных групп – 76 (34,5%).

**Таким образом,** результаты наших наблюдений показали, что одной из основных причин хронического запора у детей являются врожденные удлинения толстой кишки.

С увеличением возраста установления первичного диагноза выраженность положительного клинического эффекта после проведенного консервативного лечения уменьшалась, что объясняется более значительными изменениями толстой кишки вследствие длительного существования хронического колостазы. Однако, у всех больных сохранилось удлинение толстой кишки, независимо от клинического эффекта консервативного лечения.

Эргашев Н.Ш., Якубов Э.А., Норов М.М.

## **ПОКАЗАНИЯ К ПОЭТАПНОЙ ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ И ПОВТОРНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Сложности создания прямого анастомоза пищевода при ее атрезии может быть обусловлены анатомическими вариациями порока: бессвищевые формы, атрезия с высоким трахеопищеводным свищом или с недоразвитым дистальным сегментом, при которых требуется проведения поэтапной коррекции порока. Высокая сочетания атрезии пищевода с многокомпонентными пороками развития как VATER, VACTER и VACTERL ассоциации требуют изменить тактику лечения и проведения отдельных или симультанных операций, направленные на коррекции ассоциированных

аномалий. С увеличением число проведенных операций соответственно нарастает количество осложнений и необходимость к повторным операциям.

**Цель.** Анализ результатов лечения атрезии пищевода с ранними и поздними послеоперационными осложнениями и методов поэтапной хирургической коррекции.

**Материал и методы.** В отделении неонатальной хирургии РПЦ в 2015-2019 г. находились 220 новорожденных с атрезией пищевода с гестационным возрастом (от 30 до 41 недель). Мальчиков было 47 (21,4 %), девочек – 173 (78,6%). Доношенных детей –161 (73,2%), недоношенных – 59 (26,8%). Оперативное лечение проведено в 205 (93,2%) наблюдениях, 15 (21,4%) детей умерли до оперативного лечения. Больным проводилось комплексное клиничко-лабораторные и инструментальные исследования, направленные на диагностику атрезии пищевода, сочетанных аномалий и возникших осложнений. Данные дооперационных исследований верифицированы операционными находками.

**Результаты.** Атрезии пищевода без свищей установлена у 18 (8,2%) новорожденных, с проксимальным трахеопищеводным свищом (ТПС) у – 4 (1,8%); с проксимальным и дистальным ТПС – у 4 (1,8%). Преобладающим был атрезированный проксимальный конец пищевода с дистальным ТПС - у 194 (88,2%). Среди оперированных больных радикальная коррекция порока с наложением прямого анастомоза пищевода выполнены у 197 (96,1%) больных, нерадикальные операции в виде паллиативного характера - верхняя эзофагостомия и гастростомия проведена у 8 (3,9%) больных. Летальные исходы наблюдались у 32 (15,6%) больных. 173 (84,4%) больных были выписаны из стационара. При динамическом наблюдении в течении 6-12 мес. были установлены возникновение следующих осложнений: умеренный стеноз анастомоза – 28 (16,2%); критический стеноз анастомоза – 11 (6,4%); рецидив верхнего трахеопищеводного свища –3 (1,7%); частичное коллабирование правого легкого 4 (2,3%); воспалительные явления вокруг гастростомы–6 (3,5%). При фиброэндоскопии характерные изменения для рефлюкс-эзофагита выявлены у 97 (56,1%) больных. В зависимости от характера возникших осложнений проведены соответствующие консервативные и оперативные методы лечения.

Результаты первичных радикальных операций изучены у 197 больных: летальность 32 (16,2%); выжил 165 (83,8%). Из выживших 165 больных послеоперационные осложнения наблюдались у 23 (13,9%); повторные операции проведены у 8 (4,8%); реторакотомия 16 (9,7%) больным по поводу несостоятельности анастомоза и стеноз анастомоза, в котором проводилась в течение 3 мес.

Нерадикальные операции в виде паллиативного характера -верхняя эзофагостомия и гастростомия проведена у 8 (3,9%) больных. Из них выжил 4

(50%), умер 4 (50%). Из выживших 4 больным проведено повторные операции (эзофагододеноанастомоз, эзофагоколоанастомоз) в течение 6-12 мес.

**Вывод.** Успех лечения пациентов с атрезией пищевода был и остаётся основным показателем качества оказания хирургической помощи детям. Благоприятный исход при атрезии пищевода зависит от опыта хирурга и умения выполнить многоэтапные операции. Поэтапная тактика лечения показана при простой формы атрезии пищевода или атрезией со свищом в случае большого расстояния между сегментами. Повторные операции показаны при несостоятельности анастомоза или стеноза анастомоза, не поддающийся консервативной терапии.

Эргашев Н.Ш., Якубов Э.А., Эргашев Б.С.

## СИНДРОМ ОБЪЕМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Печень самый крупный орган брюшной полости, нередко сопровождается увеличением его размеров и присутствием патологического образования обусловленные врожденными и приобретенными заболеваниями. Гепатомегалия вследствие объемного образования в печени разнообразна по происхождению, анатомическому строению и локализации патологические очага, и требует тщательной дифференциальной диагностики и оптимальной тактики лечения. Увеличение печени и объемы образования могут быть от едва заметного до огромных размеров.

**Цель исследования.** Определение частоты и нозологических форм заболеваний, сопровождающихся с гепатомегалией или наличием объемного образования в печени у детей по материалу клиники.

**Материал и методы.** В 2012-2020 гг. в хирургических отделениях ГДКХБ №2г. Ташкента находились 52 детей в возрасте от 1,5 мес. до 16 лет с наличием объемного образования в области правого подреберья, выявленные при УЗИ или пальпации живота. Проведено изучение жалоб пациентов, сбор анамнеза жизни и заболевания, лабораторных данных, УЗИ и МСКТ органов брюшной полости, по показаниям выполняли диагностическую лапароскопию и лапаротомию. Лабораторное исследование включало общий анализ крови и мочи, содержания билирубина и его фракций, трансаминаз, общего белка и его фракций, креатинина, мочевины, глюкозы,  $\alpha$ -амилазы. Данные клинико-лабораторных и инструментальных исследований верифицированы операционными находками.

**Результаты.** Наиболее часто патология диагностирована у детей в возрасте 5-10 лет (21 - 40,4%). Среди пациентов значительно преобладали девочки – 35 (67,3%), мальчики составили – 17 (32,7%). Патология проявлялась увеличением печени различной степени выраженности у 9 (17,3%) больных, увеличение правой или левой доли печени с выявленным наличием объемного образования при УЗИ у 12 (23,1%), пальпацией опухолевидного образования в подпеченочном пространстве у 8 (15,4%), выбуханием правого подреберья у 5 (9,6%). У 14 (26,9%) больных объемное образование в печени или в его пределах обнаружены при УЗИ органов брюшной полости. Для проведения дифференциальной диагностики и определения выбора оптимальной стратегии лечения проведены комплексные методы, при этом у больных установлены следующие нозологические формы заболеваний гепатобилиарного тракта: кисты печени у 22 (42,3%) больных (паразитарные – 18 (81,8%), истинные – 4 (18,2%)), кистозные трансформации общего желчного протока – 28 (53,9%), удвоения желчного пузыря у 1 (1,9%), водянка желчного пузыря – 1 (1,9%).

Бессимптомное течение наблюдалось у 9 (17,3%) больных при образованиях малого размера до 2-3 см., что отмечалось при истинных кистах печени и начальном эхинококкозе. У основного контингента больных (28-53,8%) наблюдались клиничко-лабораторные данные, характерные для синдрома интоксикации различной степени выраженности или умеренный болевой синдром в животе у 15 (28,9%).

Значительную часть объемных образований печени составили кистозные изменения различного размера от 2-3 см до 18 см в диаметре, часто овальной или круглой конфигурации. В 13 (59%) наблюдениях кисты были солитарными, в 9 (41%) - множественными. Наиболее распространенным анатомическим расположением является правая доля печени, преимущественно V-VII сегменты – 12 (54,5%). Локализации кист в левой доле и одновременное поражение двух долей наблюдались в 4 наблюдениях.

Наши данные коррелируется с литературными, что кисты печени у детей является приобретенными, паразитарного происхождения – 18 (81,8%), с частотой встречаемости у мальчиков и девочек в соотношении 1,5:1, истинные врожденные кисты наблюдались лишь в 4 (18,2%) случаев (частота у мальчиков и девочек – 3:1). В то же время кистозные поражения билиарного тракта преимущественно наблюдались у девочек в соотношении 4:1, как правило они носят врожденный характер. Учет анамнестических данных, семиотика и выраженность клинических проявлений показали склонность к увеличению размеров паразитарных кист печени, учащению приступов триады симптомов при кистозных трансформациях желчных протоков. При истинных кистах печени прогрессирующего увеличения размеров не наблюдалось, нарастание клинических признаков и лабораторные отклонения



были менее выраженными. Однако, при этом не исключается риск развития таких осложнений как: вторичное инфицирование, разрыв, малигнизация.

Выбор тактики лечения подбиралась с учетом характера и течения патологии и возникших или возможных осложнений. При эхинококкозе печени проведена эхинококкэктомия (за исключением эхинококковых кист размерами до 3 см, расположенные в толще паренхимы печени). При кистозной трансформации желчных протоков операцией выбора явилась кистэктомия, холецистэктомия, гепатикоэнтеростомия по Roux по установлению диагноза. При врожденных непаразитарных кистах печени больные подвергнуты оперативному лечению после 6-12 месячного динамического наблюдения, при выявлении склонности к увеличению размеров кистозного образования. Суть операции заключалась в удалении кисты с ликвидацией остаточной полости.

**Таким образом,** паразитарные кисты печени размерами более 3 см., также кистозное расширение желчных протоков подлежит хирургическому лечению. При солитарных кистах печени без клинических проявлений рекомендуем выжидательную тактику, а при осложнённом течении кисты целесообразно экстренная операция.

Эргашев Н.Ш., Отамурадов Ф.А.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ УРОГЕНИТАЛЬНОГО СИНУСА У ДЕВОЧЕК

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Урогенитальный синус (УГС) - слияние влагалища с уретрой в общий канал, открывающийся в промежность - является одной из редких форм АРМ, возникает в результате неполного разделения мочеиспускательного канала и влагалища во внутриутробном периоде. Патология возникает в результате недостаточной активности 21-гидроксилазы, встречается 1:5000-25000 среди родившихся.

**Цель исследования** – проанализировать результаты диагностики и хирургической тактики при врожденном урогенитальном синусе по материалу клиники с учетом литературных данных.

**Материалы и методы исследования.** В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии с курсом онкологии ТашПМИ в 2009-2019 г. на обследовании и лечении находились 9 девочек с урогенитальным синусом.

**Результаты и их обсуждение.** При объективном осмотре в клинике для определения степени выраженности вирилизации по Prader (рис.2) из 9 пациенток у 2 (22,2%) патология расценена как I степень (небольшая гипертрофия клитора без вирилизации, вход во влагалище, развитие малых и больших половых губ нормальные); у 4 (44,5%) - II степень (клитор с головкой,

кавернозными телами, большие половые губы увеличены, малые - недоразвиты, вход во влагалище сужен); у 3 (33,3%) - III степень (гипертрофированный клитор с головкой и крайней плотью, напоминающий половой член, большие половые губы как мошонки, общее отверстие уrogenитального синуса открывается у корня клитора по типу гипоспадии); IV и V степень в наших наблюдениях не встречались.

Из 9 девочек оперативное вмешательство проведено у 6 в возрасте от 2 до 7 лет. При выборе способа операции учитывается длина общего канала и анатомический вариант (высокая, низкая) УГС. Важным критерием при выборе операции считали расстояние от слияния влагалища и уретры до кожи промежности. Для достижения этих целей проводили тщательную предоперационную объективную и эндоскопическую оценку анатомии УГС с выявлением места слияния влагалища с уретрой, измерением длины общего канала, вертикальной глубины влагалищно-уретрального слияния. Все прооперированы с использованием переднего сагиттального трансанального доступа. Выраженные признаки вирилизации отмечены у 2 пациентов, что потребовало клиторопластики.

**В заключении** можно отметить, что неправильная трактовка нарушений дифференцировки наружных половых органов без затруднения оттока мочи у девочек из-за недостаточной осведомленности врачей является причиной поздней постановки правильного диагноза. Верификация анатомических форм аномалии, требует комплексного обследования, результаты которого являются критерием при выборе хирургической коррекции. В литературе появляются сообщения о новых способах диагностики и корректирующих операций, позволяющих улучшить результаты лечения.

Эргашева Н.Н.

### **АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ МАТЕРЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт,  
Республиканский перинатальный центр МЗ РУз, г.Ташкент

**Актуальность.** Анте- и интранатальные факторы, связанные с соматическим и акушерским анамнезом матерей, играют важную роль в развитии дезадаптивных состояний у новорожденных. Характер патологических изменений в виде расстройства электролитного дисбаланса с развитием эксикоза, прогрессирующего эндотоксикоза и дисбактериоза при врожденной кишечной непроходимости (ВКН) у новорожденного усугубляется отрицательными материнскими факторами.

**Цель.** Выявления значения соматического статуса и акушерско-гинекологического анамнеза матерей на течение постнатальной адаптации новорожденных с врожденной кишечной непроходимостью.

**Материал и методы.** В работе проанализировали соматический статус и акушерско-гинекологический анамнез у матерей 208 детей с разными клиничко-анатомическими формами ВКН. Состояние здоровья матерей определяли с учетом акушерско-гинекологического анамнеза, течения настоящей беременности и родов. Сбор данных проводили на основании индивидуальной карты матери и ребенка. Состояние здоровья новорожденных оценивали по общему состоянию, витальным функциям, антропометрическим показателям при рождении, результатам лабораторного обследования.

**Результаты.** 73(35,1%) женщины родивших новорожденных с ВКН имели отягощенный акушерский анамнез (преждевременные роды – 38(18,3%), медицинские аборт – 21(10,1%), самопроизвольные выкидыши – 10(4,8%), внутриутробная гибель плода – 4(1,9%). 19(9,1%) матерей имели такую вредную привычку, как курение. 148 (71,2%) новорожденных с ВКН были рождены через естественные родовые пути, 60(29,0%) - путем операции Кесарева сечения (показания со стороны матери – 31(51,7%); показания со стороны ребенка – 12(20%); показания со стороны ребенка и матери – 17(28,3%). В 4(1,9%) случаях был использован вакуум-экстрактор в родах. В большинстве случаев беременность протекала на фоне экстрагенитальных заболеваний: заболевания крови выявлены у 134 (64,4%), патология желудочно-кишечного тракта – у 101 (48,6%), мочевыделительной системы – у 85 (40,9%) и болезни органов дыхания – у 55 (26,4%) матерей. Эндокринная патология проявлялась в виде йододефицитного состояния – у 11 (5,3%), сахарного диабета 1 типа у 5 (2,4%), ожирения у 3 (1,4%). Инфекционные заболевания матери констатировали у 57 (27,4%) матерей. В их структуре агенты, входящие в состав TORCH-инфекции выявили у 51 (89,5%) матерей: герпес – у 23 (40,3%); цитомегаловирус – у 16 (28,1%); хламидиоз – у 10(17,6%); уреаплазмоз – у 2 (3,5%) и гепатиты – у 6 (10,5%) матерей. Среди невоспалительных заболеваний половых органов женщин преобладали кисты яичников у 37 (17,8%) и эрозивные процессы шейки матки у 27 (13,0%) матерей. Наиболее частыми воспалительными заболеваниями были цервицит (у 36 -17,3%), оофарит (у 31- 14,9%) и сальпингит (у 4-1,92%). У 89 (42,7%) женщин с хроническими воспалительными гинекологическими заболеваниями возникали осложнения беременности и родов, что отражалось на состоянии плода и новорожденного.

**В заключении** можно отметить, что срывы в ранней постнатальной адаптации у 154 (74%) новорожденных связаны с патологическим влиянием различных факторов анте- и интранатального периодов развития плода.

Наибольшее значение приобретают сочетанное влияние отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза во время родов.

Эргашева Н.Н., Саттаров Ж.Б., Бойирбеков Р.Х.

## **ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В ВЕРИФИКАЦИИ ПРИЧИН НАРУШЕНИЙ АКТА ДЕФЕКАЦИИ У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Введение.** Нарушения моторики у детей, как правило, носят функциональный характер. Однако существует большое количество других причин, способствующих кологенным запорам.

К ним относятся метаболические (гипокалиемия, гиперкальциемия, ацидоз) и эндокринные расстройства (гипотиреоз, гиперпаратиреоз, надпочечниковая недостаточность и др.), заболевания, протекающие с мышечной гипотонией (рахит, миастения, склеродермия), поражение спинного мозга и его корешков, аномалии нервной системы, а также прием различных препаратов, замедляющих перистальтику толстой кишки (спазмолитиков, М-холинолитиков, блокаторов кальциевых каналов, антидепрессантов, миорелаксантов, противосудорожных препаратов).

У некоторых детей хронические запоры обусловлены врожденными аномалиями толстой кишки (болезнью Гиршпрунга, долихоколоном, долихосигмой, удвоением толстой кишки и др.).

**Цель.** Анализ результатов комплексного обследования больных детей с верификацией характера нарушения акта дефекации различного генеза.

**Материал и методы.** Ретроспективный анализ и комплексное обследование 36 больных с нарушением акта дефекации с аноректальными аномалиями ассоциированные со спинальной патологией и без установленной этиологии, наблюдавшихся в клинике ТашПМИ в отделении госпитальной детской хирургии в 2016-2018 гг. На основании оценки клинико-неврологического статуса и данных вспомогательных методов диагностики (контрастное исследование ЖКТ, компьютерной спондилографии, электронейромиографии) верификация причин и форм нарушения акта дефекации.

**Результаты и их обсуждение.** Расстройства акта дефекации у больных проявлялись в виде недержания кала – 19 (52,8%); хронического – 9 (25,0%); хронического запора с парадоксальным недержанием кала – 8 (22,2%). Среди больных преобладали пациенты в возрасте 7-14 лет - 23 (63,9%). Девочек было – 9 (25,0%), мальчиков – 27 (75,0%). Из анамнеза выяснилось, что – 4 (11,1%) детей перенесли оперативное вмешательство по поводу различных форм аноректальных аномалий. При комплексном обследовании у 19 (52,8%) из этих пациентов выявлена патология позвоночника и/или спинного мозга,

относящегося к группе спинальной дизрафии различного характера. У больных данной группы недержание кала в равной степени было обусловлено и отягощено механическими повреждениями сфинктерного аппарата и нарушениями функционального характера. У 13 (36,1%) больных, которые поступили в клинику после безуспешного лечения у разных специалистов, причин расстройства акта дефекации не было установлено. По ходу проведения специальных методов диагностики у 17 (47,2%) из них удалось установить патологию со стороны толстого кишечника в виде удлинения отдельных его участков, нередко сочетавшихся скрытыми формами вертебро-медулярных аномалий. Результаты исследования легли в основу комплексного лечения больных и определения характера реабилитационной терапии.

**В заключении** можно отметить целесообразность комплексного обследования больных с нарушениями акта дефекации направленные на активное выявление содружественных нарушений со стороны органов желудочно-кишечного тракта, сфинктерного аппарата прямой кишки и вертебро-медулярных нарушений.

Эргашева Н.Н., Отамурадов. Ф.А., Кулдошев Ф.М.

### **АНОМАЛИИ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Цель.** Определить характер сочетанной патологии позвоночника, спинного мозга и связанных с ними нарушений у детей, перенесших операции по поводу аноректальных мальформаций.

**Материалы и методы.** Обследован 51 ребенок (девочек- 35, мальчиков - 16) в возрасте от 1 дня до 15 лет, после операций по поводу АРМ, выполненных в клинике в 2009 – 2019г. Дооперационные диагностические мероприятия были направлены на установление формы аномалии, оценки анатомо-функционального состояния промежности и сфинктерного аппарата прямой кишки (контрастная ирригография, УЗИ внутренних органов).

Сопутствующие остеохондральные аномалии позвоночника, спинного мозга и скрытый спинальный дисрафизм установлены по результатам осмотра и консультации невропатолога, дополнительных исследований позвоночного столба цифровой спондилографией (22) и МСКТ (до оперативного вмешательства – 15 больных, после него по отдаленным результатам лечения – 36). В 5 случаях дополнительно проведено МРТ исследование спинного мозга. Возраст больных в момент исследования: от 3 мес. до 1 года – 8 (15,7%); от 1 года до 3 лет – 12 (23,5%); от 3 до 7 лет – 19 (37,3%); от 7 до 15 лет – 12 (23,5%).

**Результаты и их обсуждение.** При клиническом осмотре оперированных детей были выявлены различные анатомические и функциональные состояния: нормальная анатомическая структура и функциональное состояние аноректальной зоны – 20 (39,2%). При нормальной (19) и удовлетворительной (7) анатомической структуре функциональные нарушения аноректальной зоны – 26 (51%) (упорные запоры – 10, недержание кала – 9, недержание кала и мочи – 5, недержание мочи – 2). При нарушениях анатомической структуры у 5 (9,8%) отмечено внесфинктерное низведение прямой кишки – 2; стеноз ануса – 1; недостаточность сфинктерных мышц – 1; выстояние слизистой низведенной кишки – 1, протекавшее с функциональными расстройствами (недержание кала – 2, хронический запор с парадоксальным недержанием кала – 2, хронический запор – 1).

Преобладание функциональных нарушений 26 (51%) при нормальной и удовлетворительной анатомической структуре у обследованных после операций побудило нас провести целенаправленные исследования для выявления патологии позвоночника и спинного мозга.

При оценке неврологического статуса у 20 (39,2%) этой группы расстройства не выявлены; усугубления неврологических проявлений или аноректальных дисфункций не отмечены. У 26 (51%) отмечены умеренные нарушения двигательной активности, слабость мышц нижних конечностей и сфинктерного аппарата прямой кишки. У 5 (9,8%) пациентов имелись признаки поражения ЦНС, связанные с перенесенной асфиксией и интранатальными поражениями в родах: четкие неврологические нарушения спинального характера, включая нарушения функции тазовых органов.

14 (27,5%) больным с выявленной до операции ультразвуковым исследованием патология мочевыделительной системы дополнительно выполнены МСКТ с экскреторной урографией, позволившей получить информацию об анатомо-функциональном состоянии почек и мочевыделительной системы. Агенезия правой почки установлена у 4 больных, уретерогидронефроз – у 8 (у одного из них с двух сторон); у 2 – неполное удвоение (у одного из них эктопией правого мочеточника в промежность).

У 22 (43,1%) больных с упорными запорами МСКТ с контрастной ирригографией позволили оценить состояние толстой кишки. Выявлены следующие изменения: длихоколон – 11, мегаректум – 8, долихосигма – 3. Эти аномалии развития мочевыделительной системы и толстой кишки косвенно свидетельствуют о нарушении органогенеза в зоне сегментарной иннервации органов, что можно объяснить общностью эмбриогенеза АРМ и патологии дистальных отделов позвоночника.

Представленные данные указывают на целесообразность раннего выявления остеохондральной патологии позвоночника и спинного мозга

независимо от формы АРМ, лечебно-профилактических мероприятий, направленных на их усугубление.

Юсупалиева Г.А., Абзалова М.Я.

## **ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Острый аппендицит – самое распространённое хирургическое заболевание в детском возрасте. У детей аппендэктомии составляют 75% экстренных и 40% общего числа оперативных вмешательств, занимая первое место в хирургической патологии.

Степень достоверности диагноза острого аппендицита, поставленного по клинической картине, составляет 75%. Клиницисты продолжают поиски надёжных дополнительных инструментальных методов своевременной диагностики острого аппендицита; неинвазивность метода выступает дополнительным требованием. Наиболее приемлемо в этом плане ультразвуковое исследование, обладающее такими преимуществами, как: отсутствие противопоказаний, широкая доступность, мобильность (возможность выполнения в разных условиях), возможность динамического контроля, отсутствие лучевой нагрузки, неинвазивность.

**Цель работы.** Оценить возможности ультразвукового исследования в диагностике различных деструктивных форм острого аппендицита у детей.

**Материал и методы исследования.** Нами обследованы 199 детей с деструктивными формами острого аппендицита в возрасте от 8 до 17 лет, поступившие экстренно в приемное отделение клиники ТашПМИ. Эхографические исследования выполнялись на ультразвуковом диагностическом аппарате «SONOSCAPE S 22», высокочастотным линейным и конвексным датчиками 5 - 7,5 МГц и выше (до 13,5 МГц), которые обеспечивали широкий обзор.

**Результаты и их обсуждения.** Под нашим наблюдением находились 199 больных с деструктивными формами острого аппендицита. Из 199 больных деструктивным ОА у 130 (65,3%) клинико-эхографически и морфологически был установлен острый флегмонозный аппендицит, у 39 (19,5%) гангренозный, а у 30 (15,2%) острый гангренозный с перфорацией стенки отростка. Диагноз был подтвержден результатами оперативного вмешательства и морфологическими исследованиями препарата.

При ультразвуковом исследовании больных с флегмонозной формой аппендицита ширина отростка достигала 6,1-12,0 мм, а толщина его стенок составляла от 1,5 до 4,0 мм. Дифференцировка слоев стенки сохранялась.

Контрастность слоев стенки значительно повышалась, что особенно выделялось по сравнению с контрастностью слоев стенок прилежащих петель кишечника. При компрессии отмечалась значительная ригидность отростка, который независимо от степени компрессии сохранял свою форму и положение. В полости отростка в 6 случаях наблюдалось небольшое количество гипоэхогенного экссудата, в 4 случаях количество экссудата было умеренным, ещё в 2 случаях количество экссудата было большим. В 7 случаях визуализировалось небольшое количество свободной жидкости в периаппендикулярном пространстве.

Ультразвуковая картина гангренозной формы ОА была следующей. Отростки имели ширину 6,1-12,0 мм, толщина их стенок в доступных для осмотра участках достигала 2,0-4,0 мм. Слоистость на различных по протяжённости участках была нарушена за счёт разрушения слизистого и подслизистого слоев, при этом толщина и эхогенность стенки в таких участках снижалась, а контрастность исчезала. Содержимое в полости отростка в 5 случаях было гипоэхогенно в небольшом количестве, в 3 случаях определялось умеренное количество экссудата, в одном случае его количество было большим. При исследовании с компрессией наблюдалась повышенная ригидность отростка. В периаппендикулярном пространстве у 3 пациентов обнаруживалось небольшое количество выпота. В случаях перфорации червеобразного отростка при гангренозной форме эхографически наблюдалась разобщение листков брюшины и утолщение купола слепой кишки. Деструктивные формы ОА (флегмонозная и гангренозная) нередко сопровождалась перфорацией стенки отростка, и у 7 детей привело к развитию осложнений, таких как, инфильтрат, абсцесс, перитонит.

**Таким образом,** наш опыт свидетельствует, что заключение ультразвукового исследования при остром деструктивном аппендиците в большинстве случаев является основанием для проведения хирургического вмешательства.

Юсупалиева Г.А., Ахмедов Э.А.

## **МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЁННЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Среди актуальных проблем современной педиатрии и детской хирургии важное место по-прежнему занимают пневмонии и их осложнения различной этиологии у детей. Важная роль в диагностике пневмонии и их осложнений у детей отводится комплексному применению методик лучевого исследования. Возросли возможности использования новых методов лучевой диагностики (цифровая рентгенография, ультразвуковое



исследование, мультиспиральная компьютерная томография и магнитно-резонансная томография). Своевременный мультимодальный подход к лучевой диагностике осложненных пневмоний у детей занимает ведущее положение и является одной из перспективных направлений в педиатрии и детской хирургии.

**Цель.** Совершенствование диагностики осложнённых пневмоний у детей путём использования современных методов медицинской визуализации.

**Материал и методы** В основу работы положены результаты комплексного стандартного обследования 135 детей с осложнениями пневмоний в возрасте от 1 года до 18 лет, находившихся на обследовании и лечении в клинике ТашПМИ. Применялись клиничко-лабораторные, комплексные ультразвуковые, цифровые рентгенологические, магнитно-резонансно томографическую (МРТ) и мультиспиральную компьютерно-томографическую (МСКТ) методы.

**Результаты и их обсуждения.** Из 135 обследованных детей у 86 детей были диагностированы бактериальная деструкция легких (БДЛ), у 24 детей экссудативный плеврит, у 15 абсцесс лёгкого у 10 ребенка диагностировали эмпиему плевры. У детей с БДЛ при динамической эхографии безвоздушные участки увеличивались в размерах, несколько мелких сливались в более крупные. При этом в безвоздушной части легкого появлялись небольшие участки несколько повышенной эхогенности, в центре которых затем возникали анэхогенные включения с нечетким контуром, которые были окружены эхопозитивным ободком, т.е. очагами деструкции. на МР-томограммах 1,5Т интенсивность деструктивного участка была слабо гипоинтенсивной в режимах T1 и T2 (что соответствовало уплотнению паренхимы), слабо изо-гиперинтенсивной в режиме STIR.

При абсцессе легкого эхографическая визуализация была возможна в 100% случаев. С помощью ультразвука мы визуально проследили эхографическую динамику и выделили эхографические стадии формирования абсцесса лёгкого. Рентгенологическая картина абсцесса легкого до прорыва его в бронх была представлена в виде относительно гомогенного однородного затемнения в соответствующей доле легкого. После прорыва полости абсцесса в бронх в центре абсцесса становилось заметно просветление соответствующее размеру полости абсцесса, содержащей газ и жидкость с четким горизонтальным уровнем. У 2 больных при МСКТ были выявлены инфильтративные изменения и полости абсцедирования в легких, которые не визуализировались при рентгенологическом исследовании, что потребовало коррекции проводимого лечения. Выявили усиление легочного рисунка и в нижней доли левого легкого уплотнение легочной ткани с нечеткими и неровными контурами с воздушной бронхограммой, также отмечалось

воздушная полость неправильной формы с толстыми инфильтрированными стенками с горизонтальным уровнем жидкости плотностью до 26-34 НУ. Основным эхографическим признаком экссудативных плевритов являлось разделение двух сигналов от плевральных листков анэхогенным участком однородной или неоднородной структуры, представляющим собой содержимое плевральной полости. Ширина участка зависела от количества жидкости в данном месте плевральной полости. Минимальное количество жидкости в плевральном синусе, доступное ультразвуковой визуализации, равнялось 5 мл. Эмпиемная полость содержала обычно умеренное количество анэхогенной жидкости с гиперэхогенной взвесью, которое с внутренней стороны было ограничено легочной тканью и висцеральной плеврой, а с наружной париетальной плеврой и грудной стенкой. У 1 ребенка с экссудативным плевритом на МСКТ в плевральной полости отмечалась гиподенсивная жидкость плотностью до 10-15 НУ. Экссудативные плевриты определялись на МРТ в виде низкоинтенсивного сигнала на T1 изображениях. DWI – diffusion - weighted imaging (диффузно-взвешенное изображение) позволяло дифференцировать характер экссудата от трансудата.

**Таким образом,** установлена высокая диагностическая точность лучевых методов исследования при осложнениях пневмоний (цифровая рентгенография - 93,1%, МСКТ-98,7%, УЗИ-96,6%, МРТ-95,7%), что выдвигает их в ряд высокоинформативных методов медицинской визуализации при перечисленных заболеваниях лёгких

Юсупалиева Г.А., Султанова Л.Р.

### **РОЛЬ ЭХОГРАФИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ДИФФУЗНОГО УТОЛЩЕНИЯ СТЕНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Возможность получения изображения стенки желчного пузыря и измерения её толщины является одним из преимуществ эхографии перед другими диагностическими методами исследования. Известно, что утолщение стенки желчного пузыря неспецифично. Ультразвуковые критерии в динамике нередко более точно характеризуют патологический процесс и его течение, чем клиническая и лабораторная диагностика.

**Цель работы.** Определение диагностических границ диффузного утолщения стенки желчного пузыря при заболеваниях желчевыводящей системы у детей

**Материал и методы исследования.** Нами обследовано 50 детей в возрасте от рождения до 14 лет, мальчиков 31, девочек 19. В возрасте до года-1, от 3 до 7 лет-4, от 7 до 12 лет-21, от 12 до 15 лет-24. Детей с нарушениями в

желчевыводящей системе мы разделили на группы в соответствии с диагнозом, в первую группу вошли 18 детей с дисфункцией билиарной системы (дисфункция желчного пузыря и пузырного протока - 13, дисфункция сфинктера Одди - 5), во вторую- 24 детей с рецидивирующим холециститом, в третью- 5 ребенка с острым холециститом, в четвертую- 3 детей с желчнокаменной болезнью.

**Результаты и их обсуждения.** По нашим данным в контрольной группе и при дисфункции желчевыводящей системы большинство детей (76-92%) имели толщину стенки желчного пузыря от 1,0 мм до 2,0 мм. Следовательно, для дисфункции билиарной системы у детей не характерна толстая стенка желчного пузыря. У всех детей, больных холециститом, толщина стенки желчного пузыря превышала 2 мм, исключение составили дети первого года жизни с острым холециститом (6%). Большинство детей, больных желчнокаменной болезнью, имели стенку желчного пузыря от 2,0 мм до 3,0 мм. Стенка 4-6 мм у детей выявляется редко (1-3%) - при холецистите. Следовательно, детей, больных холециститом (острым или рецидивирующим), отличает от всех других клинических групп толщина стенки желчного пузыря.

Для определения диагностических границ толщины стенки желчного пузыря мы использовали 95% доверительный интервал для популяционной медианы, вычисленный по исходной выборке с учетом рангов. Таким образом, с вероятностью 95% можно утверждать, что у ребенка с толщиной стенки желчного пузыря более 2,5 мм есть холецистит (острый или рецидивирующий). Абсолютное значение минимального среднего различия между группами А (без воспаления в стенке желчного пузыря - контроль и дисфункция, NA=26) и В (с воспалением в стенке желчного пузыря- холецистит острый и рецидивирующий NB=24) составило 0,5 мм. Объем выборки -50 детей.

**Таким образом,** при толщине стенки желчного пузыря более 2 мм у ребенка в возрасте старше 3 лет можно заподозрить заболевание желчевыводящей системы, при толщине стенки более 2,5мм можно диагностировать холецистит. Необходимо отметить, что утолщение стенки желчного пузыря, обусловленное отеком, необходимо выявлять в ранние сроки заболевания, в первые 3 дня болезни. У детей первого года жизни толщина стенки желчного пузыря не является основным критерием в ультразвуковой диагностике холецистита вследствие тонкой стенки желчного пузыря (0,34мм). При желчнокаменной болезни в группе обследованных детей толщина стенки желчного пузыря составила 1,2-3,2мм, у 15% детей стенка толще 2,5мм.

Юсупов А.С., Маматкулов И.А., Файзиев О.Я., Зокирова Н.З.  
**ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ И  
ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ  
ОПЕРАЦИЯХ ПОД АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТОЙ  
СЕВОФЛУРАНОМ У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Осуществление анестезиологического обеспечения (АО) в педиатрической анестезиологии должно отвечать всем требованиям, способствующим деликатному проведению оперативного вмешательства. На современном этапе ингаляционные анестетики (ИА) продолжают отвечать всем должным требованиям, но остаются полемичными комбинированные способы анестезии на основе севофлурана. В офтальмологической практике данный способ имеет свои преимущества, дискуссии по которым продолжаются.

**Цель работы.** Оценить эффективность применения комбинированной севофлурановой анестезии, как основного компонента при офтальмологических операциях у детей.

**Материал и методы.** Для обеспечения анестезии у 36 детей при офтальмологических операциях (ОО) была использована комбинация севофлурана с фентанилом. После премедикации, начинали ингаляцию севофлурана с 3-4 об%, в/в вводили фентанил (0,008 мг/кг), интубацию трахеи проводили тест дозой ардуана (0,2%-0,06 мг/кг), поддерживали анестезию ингаляцией севофлурана (1,0–1,6 об%). Оценка эффективности анестезии проводилась по клиническим параметрам, мониторингом основных гемодинамических (ЭхоКГ) и респираторных показателей.

**Результаты и обсуждение.** Анализ АО показал, что применение ИА севофлурана и наркотического анальгетика фентанила при офтальмохирургических операциях у детей характеризуется гладким клиническим течением анестезии, относительной стабильностью основных ГП и снижением внутриглазного давления (ВГД) на 13,4%. Одним из условий данной анестезии является поддержание ВГД на низких цифрах, что достаточно четко соблюдалось в течении наркоза. В зависимости от сложности хирургической коррекции, планируемой длительности, течение анестезии нивелировалось поддержанием севофлурана в воздушной смеси с кислородом до 1,4 об%. Регистрируемые показатели сатурации кислорода не указывали на кислородную задолженность, удерживаясь в пределах 97-99 % в течении всего периода анестезии. Подачу севофлурана завершали за 12-15 минут до окончания хирургических манипуляций, с переводом пациентов на подачу 40% O<sub>2</sub>. Послеоперационный период характеризовался ранним пробуждением (6,2±0,8 минут) пациентов, без признаков гипотонии, послеоперационной рвоты и тошноты. Сознание возвращалось на 17,2±1,1

минуте, с относительным восстановлением рефлексов.

**Заключение.** Комбинированная анестезии с применением в качестве основного компонента севофлурана, обеспечивает стабильность гемодинамических показателей и неподвижность глаза при сохранении низкого ВГД, что является методом выбора анестезии при офтальмологических операциях у детей.

Юсупов А.С., Маматкулов И.А., Файзиев О.Я., Зокирова Н.З.

### **ОБЕЗБОЛИВАНИЕ АНТИГЛАУКОМАТОЗНЫХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** На современном этапе комбинированные методы анестезии на основе ингаляционного анестетика севофлурана отвечают всем должным требованиям. В детской офтальмологической практике при проведении антиглаукоматозных операций, способ обезболивания на основе севофлурана имеет свои преимущества управляемостью анестезии, снижением внутриглазного давления (ВГД), обеспечением гладкого течения анестезии.

**Цель.** Определить эффективность применения обезболивания севофлюраном, как основного компонента комбинированной анестезии при хирургической коррекции глаукомы у детей.

**Материал и методы.** Для обеспечения анестезии у 44 детей при проведении обезболивания была использована комбинация севофлурана с малыми дозами фентанила. После премедикации, начиналась ингаляция севофлурана в дозе до 3,0 об%, на фоне внутривенного введения фентанила (2 мкг/кг) и тест дозой ардуана (0,2%-0,06 мг/кг) производилась интубация трахеи и больные были переведены на ИВЛ, анестезия поддерживалась ингаляцией севофлурана (1,0–1,6 об%). Оценка эффективности анестезии проводилась по клиническим параметрам, мониторингом основных гемодинамических показателей с помощью метода ЭхоКГ.

**Результаты и обсуждение.** Анализ проведенных исследований показал, что применение ингаляционной анестезии севофлюраном в комбинации с наркотическим анальгетиком фентанилом при антиглаукоматозных операциях у детей характеризуется гладким клиническим течением анестезии, относительной стабильностью основных гемодинамических показателей и снижением внутриглазного давления (ВГД) Одним из условий данной анестезии является поддержание ВГД на низких цифрах. Отмечалось снижение ВГД на 12,8%. Регистрируемые показатели сатурации кислорода не указывали на кислородную задолженность, удерживаясь в пределах 97-99 % в течении всего периода анестезии. Подача севофлурана прекратилась за 10-13 минут до окончания операции.

Послеоперационный период характеризовался ранним пробуждением ( $8,2 \pm 0,6$  минут) пациентов, без признаков гипотонии, послеоперационной рвоты и тошноты. Сознание возвращалось на  $17,6 \pm 1,1$  минуте, с относительным восстановлением нормальных рефлексов.

**Заключение.** Комбинированная анестезия на основе севофлурана, обеспечивает эффективное обезболивание и неподвижность глаза при сохранении низкого ВГД, что является методом выбора анестезии при хирургической коррекции глаукомы у детей.

Юсупов Ш.А, Шамсиев А.М., Жураев К.Д, Джалолов Д.А.

### **РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ПЕРИТОНИТЕ У ДЕТЕЙ**

Самаркандский государственный медицинский институт, г.Самарканд

**Актуальность.** Аппендикулярный перитонит был и остается наиболее тяжелым гнойно-септическим заболеванием детского возраста с летальностью, достигающей 20-30%. Успехи современной медицины дали хирургам ряд действенных методов, позволяющих спасти жизнь больным с перитонитом. Однако число послеоперационных осложнений при наиболее тяжелых формах аппендикулярного перитонита в последнее десятилетие сохраняется на уровне 10-15% и не имеет тенденции к дальнейшему снижению. Причем, развитие этих осложнений остается малопрогнозируемым, а значит, и недостаточно управляемым процессом. Существующие на современном этапе различия в хирургической тактике, антибактериальной терапии не оказывают значимого влияния на дальнейшее снижение числа внутрибрюшных послеоперационных осложнений.

**Цель.** Разработать эффективные методы ранней диагностики и хирургического вмешательства послеоперационных гнойных осложнений при распространенном аппендикулярном перитоните у детей.

**Материалы и методы.** Во 2-й клинике Самаркандского государственного медицинского института под нашим наблюдением находилось 282 больных детей, в период от 1 года до 23 лет, прооперированных по поводу аппендикулярного перитонита, которым с целью выявления послеоперационных внутрибрюшных гнойных осложнений, были проведены информативные расчетные показатели (показатель спонтанной агломерации лейкоцитов – ПСАЛ и индекс ядерной сегментации нейтрофилов – ИЯСН) в комплексе с динамической ультразвуковой сонографией (УЗС).

**Результаты и их обсуждения.** Послеоперационный УЗ-мониторинг пациентов осуществляли путем ежедневного трансабдоминального

сонографического сканирования всех областей брюшной полости в течение 7 дней. В качестве дополнительных вспомогательных критериев ранней диагностики формирующихся абсцессов брюшной полости, мы использовали также показатели ПСАЛ и ИЯСН, ухудшение показателей которых по сравнению с нормативными значениями в динамике указывает на высокую вероятность развития гнойно-воспалительных осложнений. У этой категории пациентов мы удлиняем сроки УЗ-мониторинга до выявления внутрибрюшных абсцессов или до нормализации этих показателей.

При развитии внутрибрюшных гнойно-воспалительных осложнений показатели ПСАЛ после некоторого снижения в первые сутки после операции к 5-6 суткам вновь начинают повышаться, что соответствует примерным срокам формирования интраабдоминальных гнойников.

На фоне развития внутрибрюшных гнойных осложнений длительно сохраняется депрессия ИЯСН, тогда как при неосложненном течении послеоперационного периода ИЯСН приближается к норме в среднем на 7-8 сутки. На фоне применения комплексного лечения детей с аппендикулярным перитонитом происходит полноценная ликвидация синдрома энтеральной недостаточности и эндогенной интоксикации, восстанавливаются факторы неспецифической защиты и иммунореактивность, что доказывает высокую эффективность предлагаемого способа лечения по сравнению с традиционным ведением аппендикулярного перитонита.

Разработанные методы прогнозирования и ранней диагностики послеоперационных гнойных осложнений при аппендикулярном перитоните у детей, включающие в себя исследования ПСАЛ, ИЯСН и УЗС, позволили достоверно сократить число релапаротомий, сроки стационарного лечения больных, а также снизить летальность.

**Заключение.** Таким образом, больным с высоким риском внутрибрюшных послеоперационных абсцессов, оцененный по результатам УЗ-мониторинга, исследования ПСАЛ, ИЯСН необходимо своевременно проводить программированную релапаротомию до развития внутрибрюшных осложнений.

Юсупов Ш.А., Шамсиев А.М., Жураев К.Д., Джалолов Д.А.

**ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ  
ОЗОНОТЕРАПИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ  
АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ**

Самаркандский государственный медицинский институт, г.Самарканд

**Актуальность.** По данным всемирной организации здравоохранения перитонит у детей развивается в 8 раз чаще, чем у взрослых. На основании проведенных глобальных научных исследований по проблемам

аппендикулярного перитонита у детей предлагают различные решения, направленные на улучшение результатов хирургического лечения этого грозного заболевания. В последние годы все чаще и чаще в медицинской литературе стали появляться сообщения об успешном применении озона в клинической практике у разных групп больных хирургического и общетерапевтического профиля с эндо- и экзотоксикозами различной степени тяжести.

**Цель.** Изучить влияние озонотерапии при хирургическом лечении аппендикулярного перитонита у детей в эксперименте

**Материалы и методы.** Озонотерапию брюшной полости проводили путем обдувания ее озono-кислородной смесью с концентрацией озона 5-8 мг/л/мин аппаратом ОТРИ-01 (Россия). Озонированные растворы для внутривенного введения получали барботированием озono-кислородной смесью аптечного раствора 0,9% NaCl из расчета 5-8 мг/л/мин газовой смеси на 100мл раствора в течение 10 минут. Аналогичными растворами промывали кишечник через аппендикос- или цекостомию в послеоперационном периоде

Экспериментальная модель перитонита создана на 41 белой крысе породы Вистар обеих полов, массой 140-160 г. Животные были разделены на 2 группы: 23 крысам первой (контрольной) группы под эфирным наркозом производилась срединная лапаротомия и осушение брюшной полости от гноя стерильными салфетками, после чего в нижнем углу раны оставлялась дренажная трубка и ушивалась брюшная полость. Наружный конец дренажной трубки герметично закрывался и фиксировался на спине животного. 18 животным второй (основной) группы после осушения брюшной полости от гноя выполняли ее озонирование. Оценивали выраженность, характер и распространенность перитонита, а также спаечного процесса, изучали морфологические изменения на листках брюшины и в стенке кишечника.

**Результаты и их обсуждение.** При экспериментальном перитоните без применения озонотерапии падеж среди 18 животных первой (контрольной) группы составил 30,4% – умерли 7 животных. Во второй (основной) группе потерь от падежа животных не наблюдали. Таким образом, морфологическому исследованию в различные сроки экспериментального перитонита были подвергнуты брюшина 18 животных первой группы и всех 18 животных второй группы.

Светооптические исследования показали, что в результате озонотерапии изменения, обусловленные бактериальным перитонитом, были выражены в значительно меньшей степени. Так, в исследованных отделах брюшины отмечалась лёгкая степень инфильтрации полиморфно-клеточными элементами с доминированием лимфоцитов. Имели место незначительные



периваскулярные инфильтраты и умеренное утолщение стенки сосудов без наличия тромбов. В брыжейке доминировали клетки жировой ткани

**Таким образом,** местная и системная озонотерапия открывает новые перспективы лечения аппендикулярного перитонита, в частности, у больных с синдромом полиорганной недостаточности. Озонирование брюшной полости может быть рекомендован для клинического применения в хирургическом лечении тяжелой категории больных с гнойно-воспалительными заболеваниями брюшной полости.

Якубов Э.А., Эргашев Н.Ш.

## **ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ БИЛИАРНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

**Актуальность.** Широкое внедрение современных высокоинформативных методов диагностики привело к существенному улучшению диагностики пороков развития желчевыводящих путей у детей. Однако, до сих пор имеются некоторые нерешённые проблемы в диагностике кист холедоха у детей, связанные с возрастом ребёнка и при аномальном панкреатобилиарном слиянии.

**Цель исследования.** Проанализировать диагностическую тактику при пороках развития желчевыводящих путей, особенно при кистах холедоха у детей.

**Материалы и методы.** В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ в 1979 – 2020 гг. лечились 86 больных с кистой холедоха, а также 4 детей с заболеваниями, которые симулировали данную аномалию (солитарная киста печени – 2, удвоения желчного пузыря – 1, водянка желчного пузыря – 1). Возраст больных колебалось от 15 дней до 16 лет.

**Результаты и их обсуждение.** Скрининг методом диагностики кист холедоха является УЗИ. Однако на УЗИ судить об аномальном впадении отдельного сегментарного протока в кистозно-расширенный холедох или наличии аномального билиарно-панкреатического слияния, нередко имеющего место при кистозном расширении желчных протоков (11 – 12,7% из 86 наших наблюдений), не представляется возможным. Косвенным эхоскопическим признаком данного состояния можно считать расширение протока поджелудочной железы. Билиарно-панкреатические кисты имеет особенности в клиническом течении, существует вероятность ятрогении (вероятность повреждения при иссечении кисты, полное или частичное пережатие во время перевязки) при проведении операции.

Приведенные данные свидетельствуют о целесообразности в подобных случаях дополнить диагностические исследования мультиспиральной компьютерной томографией (МСКТ) и магнитно-резонансной холангиопанкреатографией (МРХПГ) до операции, а во время операции - интраоперационной холангиографией. В настоящее время в диагностике патологии билиарного тракта МСКТ брюшной полости и МРХПГ являются эффективными неинвазивными методами, альтернативными инвазивной эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ). При ЭРХПГ имеются высокий риск инфицирования желчевыводящих и панкреатических протоков. Для диагностики кист холедоха у 61 (67,8%) больных применено МСКТ, вносящее дополнительные информации к данным УЗИ. При МСКТ имеется возможность оценить состояние вне- и внутрипеченочных желчных протоков, Вирсунгова протока, связь кистозного образования с прилегающими органами, определит форма и тип кистозного расширения. Ценность диагностической информации МСКТ возрастает при изображении в 3D - реконструкции. Однако, у 4 (6,6%) больных с помощью интраоперационной холангиографии обнаружено билиарно-панкреатическая киста холедоха, который МСКТ не определял до операции. Поэтому УЗИ и МСКТ не является более эффективным методом для постановки окончательного диагноза билиарно-панкреатических кист холедоха, чем МРХПГ. В настоящее время мы чаще применяли МРПХГ для диагностики кист холедоха у детей более старших возрастных групп. В наших наблюдениях у 8 (8,9%) больных проведено МРХПГ исследование. У 5 (62,5%) из 8 больных обнаружено билиарно-панкреатическая киста холедоха, у 1 (12,5%) калькулёзная киста холедоха. Данный метод является наиболее перспективным и информативным способом диагностики кист холедоха при аномальном панкреатобилиарном слиянии. Отсутствие лучевой нагрузки, малая инвазивность, необязательность специальной подготовки является основными преимуществами метода. Однако, недостатком этого метода является ограничение использования у детей младших возрастных групп. Поэтому у детей младшего возраста при отсутствии МРХПГ-исследований мы применили интраоперационную холангиографию для определения аномального билиарно-панкреатического слияния.

**Вывод.** Таким образом, скрининг методом диагностики аномалий развития билиарного тракта у детей является УЗИ. Современная и окончательная диагностика билиарно-панкреатических кист холедоха у детей требует МСКТ и МРХПГ исследований. Однако, МРПХГ имеет возрастные ограничения, который компенсируется с помощью интраоперационной холангиографией.

<sup>1</sup>Яцык С.П., <sup>2</sup>Мавлянов Ф.Ш., <sup>2</sup>Мавлянов Ш.Х., <sup>2</sup>Каримов З.Б.  
**ИССЛЕДОВАНИЕ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ПОЧКИ ПРИ  
ОБСТРУКТИВНЫХ УРОПАТИЯХ У ДЕТЕЙ**

<sup>1</sup>НИИ Детской хирургии, г.Москва,

<sup>1</sup>Самаркандский госуниверситетский медицинский институт, г.Самарканд

**Актуальность.** Функциональный резерв почечной ткани является показателем, играющим одну из ведущих ролей при выборе лечебной тактики, а также в оценке результатов оперативного лечения. В то же время, его определение является достаточно сложной задачей. До сих пор с этой целью используются биохимические показатели, которые изменяются лишь при поражении 40-60% почечной ткани. Рентгеноурологические методы, позволяющие оценить функциональное состояние почек и мочевыделительной системы, представлены экскреторной урографией. Данная методика обладает неоспоримой ценностью для определения патологии верхних мочевыводящих путей, проведения оценки на определенном уровне секреторной и экскреторной функции почек. Но возможности этого метода в определении количества функционально-способной паренхимы достаточно ограничены.

**Цель.** С помощью сцинтиграфии изучить степень поражения почечной паренхимы у детей с врожденными обструктивными уропатиями.

**Материал и методы.** Исследование жизнеспособности почечной ткани методом оценки захвата радиофармпрепарата DMSA-Технеций 99м проведено у 54 больных с врожденными обструктивными уропатиями. Методика предусматривает вычисление активности РФП, фиксированного каждой почкой в передней и задней проекции, (что исключает искажения, связанные с неравномерным залеганием почек), в отношении к активности РФП, доставленного в кровотоки (за вычетом активности РФП, оставленного в шприце и в месте инъекции). При этом на результат не влияет ни укладка больного, ни погрешности при дозировании и введении РФП.

**Результаты.** По нозологическим группам больные распределились следующим образом: 25 больных гидронефрозом, 12 больных пузырно-мочеточниковым рефлюксом, 7 больных с уретерогидронефрозом, 10 больных хроническим обструктивным пиелонефритом. На момент обследования у 14 больных отмечено обострение воспалительного процесса, у 40 больных - ремиссия. У большинства больных по данным ультразвукового исследования почек и рентгеноконтрастных методов исследования отмечалось развитие нефросклероза – его признаки имели 42 ребенка, у 12 детей признаков нефросклероза не отмечено.

У 48 больных суммарные индексы интегрального захвата были нормальными – в диапазоне от 92 до 128 (нормальные показатели 92-140) или

незначительно сниженными - показатели 87 - 91. Среди этих больных были 4 ребенка с компенсаторной гипертрофией единственной почки – ИИЗ 87, 94, 95 и 102, что позволяет говорить о викарной гипертрофии органа. У 2 детей нормальные цифры суммарного ИИЗ были связаны с незначительным снижением ИИЗ с одной стороны при несколько увеличенном показателе противоположной почки – ИИЗ попарно 39-57 и 60-35.

У 19 больных с нормальным суммарным ИИЗ отмечена асимметричная картина захвата радионуклида. Степень одностороннего снижения ИИЗ колебалась от 32-34 до пограничных с нормой цифр 39-42. У 17 детей из 19 снижение ИИЗ совпадало со стороной поражения почки. Нормальный уровень суммарного захвата изотопа достигался у этих детей за счет компенсаторного усиления функции второй почки - ИИЗ со здоровой стороны колебались от 57 до 85.

Значительно сниженные цифры – от 62 до 72 – обнаружены у 5 детей. Это больные с двусторонним поражением почек: 1 ребенок с поликистозом, 2 ребенка с двусторонним ПМР, 2 больных с двусторонним УГН.

Снижение захвата изотопа у этих больных было симметричным с обеих сторон. ИИЗ слева составил от 27 до 38, ИИЗ справа от 34 до 39.

Снижение суммарного ИИЗ за счет асимметричного одностороннего поражения отмечено только у 1 больного с ХОП, ХПН 2 ст., с нефросклерозом справа, у которого при суммарном ИИЗ 69 показатели с разных сторон составили 46 и 23.

У 1 из обследованных больных встретился случай существенного повышения суммарного ИИЗ, который составил 159, при двустороннем повышении ИИЗ до 75 слева и 84 справа у больного с гидронефрозом 2 ст. слева.

**Заключение.** Статическая сцинтиграфия почек с определением интегрального захвата радиофармпрепарата DMSA - Технеций-99м является минимально инвазивным, достоверным, воспроизводимым и щадящим в отношении лучевой нагрузки методом определения и динамического контроля интегральной и локальной жизнеспособности почечной паренхимы.

**Содержание:**

Абдукадырова И.К., Махкамова Д.К. Клинико-неврологические особенности у детей с врожденной и приобретенной нейросенсорной тугоухостью	3
Абдуллажонов Х.М., Тешабоев Н.Н., Абдулхаев З.Ш., Исмоилов Р.А. Влияние комбинированной анестезии на показатели центральной гемодинамики детей при эндоскопических эндоназальных операциях	4
Ажимаматов Х.Т., Эргашев Б.Б., Мирзакаримов Б.Х., Тошбоев Ш.О., Гофуров З.И., Тошматов.Х.З., Юлдашев М.А. К проблеме межгоспитальной транспортировки новорожденных с врожденной хирургической патологией	5
Ажимаматов Х.Т., Эргашев Б.Б., Мирзакаримов Б.Х., Тошбоев Ш.О., Гофуров З.И., Тошматов.Х.З., Юлдашев М.А. Совершенствования техники наложения межпищеводного анастомоза при атрезии пищевода у новорожденных	7
Азизов М.К., Ахмедов Ю.М., Курбанов Д.Д., Ибрагимов К.Н., Ахмедов И.Ю. Малоинвазивная хирургия у детей	8
Азизов М.К., Ахмедов Ю.М., Курбанов Д.Д., Ибрагимов К.Н., Ахмедов И.Ю. Лапароскопическая аппендэктомия у детей	10
Азизов М.К., Ахмедов Ю.М., Курбанов Д.Д., Ибрагимов К.Н., Ахмедов И.Ю. Современный подход к лечению варикоцеле у детей	11
Акбаров Н.А., Курбанов А.К., Юлдашев М.А. Дивертикул Меккеля у детей, осложненный кровотечением	12
Акилов Х.А., Асадуллаев Д.Р., Шохайдаров Ш.И., Юлдашева М.А. Осложнения инородных тел желудочно-кишечного тракта у детей	14
Акилов Х.А., Низомов Ш.А. Ретроспективный анализ хирургической коррекции травматических стриктур заднего отдела уретры у детей	15
Акмоллаев Д.С., Притуло Л.Ф., Акмоллаев Э.С. Репродуктивное здоровье девочек после аппендэктомии	16
Акмоллаев Д.С., Притуло Л.Ф., Акмоллаев Э.С. Энтерокистома у детей	18
Акмоллаев Д.С., Умерова А.Д. Клиника и диагностика дивертикула Меккеля у детей	19

Акромов Н.Р., Исроилов А.А. Однотроакарный лапароскопический доступ в диагностике и лечении мальчииков с непальпируемыи яичками	20
Акромов Н.Р., Исроилов А.А. Транскротальная орхопексия при паховых формах двухстороннего крипторхизма	22
Алиев М.М., Теребаев Б.А., Оллабергенов О.Т. Операциядан кейинги анал инконтиненциянинг реабилитацион баённомаси	23
Алиев М.М., Тилавов У.Х., Арифджанов Н.С., Каримов Б.А. Эндоскопическое внутривпросветное лечение трахеопищеводного свища у детей	25
Алиев М.М., Юлдашев Р.З. Проблемы и перспективы гепатобилиарной хирургии у детей в Республике Узбекистан	26
Алянгин В.Г., Сатаев В.У. Критерии определения лечебно-диагностической тактики при травмах грудной клетки у детей	27
Ахмедов Ю.М., Ахмедов И.Ю., Мавлянов Ф.Ш., Хайитов У.Х. Результаты оперативного лечения мегауретера у детей	28
Ахмедова Д.И., Эргашева Н.Н. Эндогенная интоксикация в генезе дезадаптивных состояний у новорожденных с врожденной кишечной непроходимостью	29
Aliev M.M., Narbaev T.T., Turaeva J.T. VACTERL anomalies with anorectal malformations in children	31
Agzamkhodjaev S., Abdullaev Z., Jae Min Chung, Sang Don Lee Diuretic renography: what is the supranormal DRF?	33
Бабаниязов К.К., Нурмухамедов Х.К. Состояние гормонального статуса при общей анестезии у детей	34
Бегманов Р.Б., Ахралов Ш.Ф., Бобохонова Т.Г., Турдиев Ф.Э. Возможности комплексной эхографии в диагностике острого панкреатита	35
Бекимбетов К.Н., Юлдашев Т.А., Манашова А.Р., Хайдарова С.М. Ультразвуковая диагностика кишечной инвагинации у детей	36
Бекназаров А.Б., Нурмухамедов Х.К. Лечение делирия в раннем послеоперационном периоде у детей после кардиохирургических операций	37
Бобоха Л.Ю., Хамраева Л.С. Особенности экстракции трудно отделяемых остаточных катарактальных масс у детей	39

Бондаренко С., Дубров И., Каганцов И., Шмыров О., Сизонов В., Акрамов Н., Кузовлева Г. Лапароскопическая реимплантация en block или уретеро-уретеро (пиело) анастомоз при мегауретере удвоенных почек. Pro и contra	40
Бондаренко С.Г., Агзамходжаев С.Т. Параметры антенатального УЗИ как предикторы оперативного вмешательства при гидронефрозе III	42
Геллер С.И., Камилова А.Т., Дустмухамедова Д.Х., Махкамова О.Д., Насирова Л.Х. Синдром дистальной интестинальной обструкции у ребенка с муковисцидозом (описание случая)	43
Давлатов С.Б., Сулаймонов С.Ч. Способ проведения пластины для коррекции воронкообразной деформации грудной клетки	45
Джалилов Д.А., Мамадалиев Г.И., Қодиров М.А., Тошбоев Ш.О. Оценка стрессовых реакции при анестезиологическом обеспечении лапароскопической эхинококкэктомии у детей	47
Дусалиев Ф.М., Отамурадов Ф.А. Ректальный мешок при аноректальных мальформациях у детей	48
Золотова Н.Н. Реабилитационные мероприятия при лечении патологического вывиха бедра у детей	49
Золотова Н.Н. Характеристика метаболических сдвигов у детей с острым гематогенным эпиметафизарным остеомиелитом	51
Исаков Н.З., Туракулов З.Ш. Болаларда йўғон ичакнинг постколоноскопик ятроген перфорациясида ичак дефектини лапароскопик бартараф қилиш натижалари	52
Исматова К.А., Нурмухамедова Ф.Б., Эгамбердиева З.Д., Роль отомикроскопии в ранней диагностике тимпаносклероза	53
Исматова К.А., Саъдуллаев М.С. Меҳрибонлик уйи тарбияланувчилар орасида кистоз гайморитларни учраш даражаси баҳолаш	55
Исмоилова М.У., Нурмухамедов Х.К. Эффективность комбинированной общей анестезии в пластической хирургии у детей	56
Каримов К.Р., Хайдаров А.А., Каримов Р.К. Диагностика и лечение инородных тел дыхательных путей у детей	57

Каримов К.Р., Хайдаров А.А., Каримов Р.К. Диагностика и лечение инородного тела желудочно-кишечного тракта у детей	58
Кетмонов А.Ф., Исомиддинов З.Д., Абдурахмонов Ф.С. Болаларда куйгандан кейинги елка ва тирсак бўғими контрактураларини «икки ўрқачли» лахтак ёрдамида бартараф этишнинг афзалликлари	60
Қодиров М.А., Хусанов Д.Р., Джалилов Д.В., ТошбоевШ.О. Кардиохирургически-ассоциированное острое повреждение почек у новорожденных и детей грудного возраста	61
Kobilov E.E., Tukhtaev M.K. New approaches to the treatment of acute intestinal obstruction in children	62
Kobilov E.E., Tukhtaev M.K. Modern methods of treatment of acute intestinal obstruction in children	63
Мавлянов Ф.Ш., Хайитов У.Х. Клинико-диагностические признаки врожденных обструктивных уropатий у детей в зависимости от вида и выраженности обструкции	66
Мавлянов Ф.Ш., Мавлянов Ш.Х., Широ́в Т.Ф., Широ́в Б.Ф. Анализ результатов доплерографии в диагностике врожденной обструкции верхнего мочевыводящего тракта	68
Максудова Л.М., Хамидова Г.Х. Совершенствования методов диагностики и течения химических ожогов глаз	69
Мирзакаримов Б.Х., Джумабаев Ж.У., Гафуров А.А., Юлдашев М.А., Исроилов К.Х. Пути повышения эффективности лечения детей с острой деструктивной пневмонией	71
Нарбаев Т.Т., Алиев М.М., Тураева Ж.Т. Морфологические критерии выбора методов хирургического лечения аноректальных мальформаций у детей	72
Нарзикулов У.К., Чўлиев М.С., Рузикулов У.Ш., Назиркулов Ғ.М. Чақалoқларда эпифизар остеомиелитни даволашда клиника шинасини қўллаш	74
Нарзуллаева Д.У., Хамраева Л.С. Персонафицированный расчет оптической силы интраокулярной линзы у детей с врожденной катарактой при риске развития псевдофакической миопии	76
Нарметов А.Б., Эргашев Н.Ш., Камилова А.Т., Якубов Э.А. Выбор лечебной тактики при желчнокаменной болезни у детей раннего возраста	78



Нурматов Ё.Х., Алимов М.М. Болаларда гипоспадиянинг пениал шаклида неоуретрапластика усулини танлаш	79
Нурматов Ё.Х., Алимов М.М. Болаларда гипоспадиянинг пениал шаклида кўлланиладиган бир босқичли янги операция усули	80
Нурматов Ё.Х., Отамирзаев Н.Р., Пулотжонав М.М., Анваров К.Р. Болаларда уретра клапани туғма нуқсонини эрта ташхислаш ва даволашда наманган вилоятида тиббий-демографик муҳит	82
Нурматов Ё.Х., Отамирзаев Н.Р., Пулотжонов М.М., Анваров К.Р. Раннее первичное удаление клапана при лечении задних клапанов уретры	83
Нурматов Ё.Х., Рахманов А.А., Файзуллаев Н.М., Ёкуббоев Б.Б. Прогностическая значимость повторных микционных цистографий для выявления остатков эндоскопически рассеченного клапана задней уретры	84
Нурматов Ё.Х., Рахманов А.А., Файзуллаев Н.М., Ёкуббоев Б.Б. Функция почек у детей при клапане задней части уретры в сочетании с пузырно-мочеточниковым рефлюксом	85
Нурмухамедов Х.К., Бабаниязов К.К. Нивелирование кишечной недостаточности в хирургии позвоночника	86
Нурмухамедов Х.К., Исмоилова М.У. Эффективность различных методов диагностики при гнойно-воспалительных заболеваниях легких у детей	87
Narzikulov U.K., Chuliev M.S., Ruzikulov U.Sh., Nazirkulov G.M. Use of the abduction splint for epiphyseal osteomyelitis in newborns	89
Отамурадов Ф.А. Диагностика и лечение клоакальных форм аноректальных мальформаций	90
Отамурадов Ф.А., Дусалиев Ф.М. Выбор хирургической тактики при редких региональных формах аноректальных мальформаций у детей	91
Раупов Ф.С. Анализ результатов обширных резекций толстого кишечника при болезни Гиршпрунга у детей	93
Рахматуллаев А.А., Алиев М.М., Рузиев М.Ю. Ретроградная гольмиево-лазерная контактная уретеролитотрипсия у детей	94

Рахматуллаев А.А., Рузиев М.Ю., Тошмурадов Ф.Н. Эндовидеоскопическое трансуретральное лечение клапана задней уретры у детей	95
Рахматуллаев А.А., Саттаров Х.А., Ниёзов Ф.Ё., Рузиев М.Ю. Болаларда уретра орқа қисми клапанини ва унга ҳамроҳ суправезикал обструктив уропатияларда эндоскопик даволаш натижаларини баҳолаш	96
Рахмонов Д.Б., Хамраев А.Ж. Повторная хирургическая коррекция при аноректальных мальформациях у детей	97
Рузикулов У.Ш., Валиев Н.А. Кўкрак қафасининг тўғма гирдобсимон деформацияси бўлган беморларнинг жисмоний ривожланиш ҳолати	99
Рўзматов И.Б., Сапаев О.Қ., Эргашев Б.Б. Омфалоцелени даволаш натижаларини таҳлили	101
Сабиров Э.Э., Ташкенбаева И.У. Изучение причин преждевременного удаления молочных моляров у детей	102
Сапаев О.К., Рузматов И.Б., Яхшимуратов С.Ш. Результаты пиелопластики при поздних стадиях врожденного гидронефроза	104
Сатаев В.У., Алянгин В.Г. Видеоретроперитонеоскопический доступ в детской хирургии	105
Саттаров Ж.Б., Назаров Н.Н., Тиллабоев С.В., Отаназаров Ж.У. Диагностика и хирургическое лечение врожденной частичной толстокишечной непроходимости у детей	106
Саттаров Ж.Б., Хуррамов Ф.М., Тиллабоев С.В., Отаназаров Ж.У. Послеоперационные осложнения при мальротации кишечника у детей	107
Саттаров Ж.Б., Тиллабоев С.В., Отаназаров Ж.У., Бобохонов К.К. Результаты хирургической коррекции мальротаций кишечника у детей	109
Саттаров Ж.Б., Хуррамов Ф.М., Хакимов Т.П., Назаров Н.Н. Частота встречаемости и аспекты диагностики повреждений органов мошонки и яичек у детей	110
Саттаров Ж.Б., Хуррамов Ф.М., Назаров Н.Н., Отаназаров Ж.У. Частота встречаемости и особенности клинических проявлений врожденной кишечной непроходимости у новорожденных и детей старших возрастных групп	112

Султанов Х.Х., Алиев М.М., Тилавов У.Х., Нарбаев Т.Т. Возможности бронхографии и МСКТ в диагностике врожденных бронхоэктазий у детей	114
Султанов Х.Х., Алиев М.М., Тилавов У.Х., Бойахмедов Ф.Ф. Диагностика и хирургическое лечение пороков развития легких у детей	115
Темный А.С., Керимов П.А., Казанцев А.П., Рубанский М.А., Рыбакова Д.В., Рубанская М.В., Капкова О. А., Сагоян Г.Б., Жуманиёзов Х.И., Сардалова С.А. Рак мочевого пузыря у детей и подростков. Обзор литературы и собственные клинические наблюдения	118
Рыбакова Д. В., Казанцев А. П., Рубанский М. А., Рубанская М. В., Капкова О. А., Темный А. С., Сагоян Г. Б., Жуманиёзов Х. И., Сардалова С. А., Керимов П. А. Возможности эндохирургии в диагностике опухолевых заболеваний торакоабдоминальной локализации у детей	119
Рубанский М. А., Казанцев А. П., Рубанская М. В., Рыбакова Д. В., Капкова О. А., Темный А. С., Сагоян Г. Б., Хакимов Г. А. Сардалова С. А., Керимов П. А. Результаты одномоментных операций при билатеральной нефробластоме у детей	120
Казанцев А. П., Хакимов Г. А., Жуманиёзов Х. И., Рубанский М. А., Рубанская М. В., Рыбакова Д. В., Капкова О. А., Темный А. С., Сагоян Г. Б., Сардалова С. А., Керимов П. А. Результат анализа лечения рабдомиосаркомы мочеполовой системы у детей 2000 по 2016г.г	121
Теребаев Б.А. Сравнительная характеристика объемобразующих инъекционных препаратов	122
Тиллабоев С.В. Синдром (болезнь) Пайра у детей	124
Тиллабоев С.В. Особенности диагностики и лечения аномалии фиксации толстой кишки у детей	125
Толипова С.М., Юсупалиева Г.А., Абзалова М.Я., Ахмедов Э.А., Бекимбетов К.Н. Комплексная эхография различных форм острого аппендицита у детей	127
Тошматов Х.З., Ажимаматов Х.Т., Тошбоев Ш.О. Возможности эхографической диагностики синдрома Ледда у новорожденных	129

Туракулов З.Ш., Исаков Н.З. Значение некоторых биохимических показателей крови в диагностике сочетанных травм у детей	130
Туракулов З.Ш., Исаков Н.З. Лечебно-диагностическая тактика при закрытой сочетанной травме живота у детей	132
Углонов И.М., Чулиев М.С., Баратов Ф.Т. Метод временной окклюзии бронхов при осложненных свищевых формах бактериальной деструкции легких у детей	134
Файзиев О.Я., <u>Агзамходжаев Т.С.</u> Юсупов А.С., Маматкулов И.А. Применение комбинированной мультимодальной анестезии при абдоминальных оперативных вмешательствах у детей	136
Файзиев О.Я., Юсупов А.С., Маматкулов И.А. Комбинированная мультимодальная анестезия при брюшнополостных операциях у детей	138
Хамидов Б.Х., Хуррамов Ф.М., Саттаров Ж.Б., Аллаберганов И.К. Иммунные нарушения в патогенезе калькулёзного пиелонефрита у детей	140
Хамидов Б.Х., Хуррамов Ф.М., Якубов Э.А. Хирургическая тактика при синдроме «отечной мошонки» у детей	141
Хамидов Б.Х., Хуррамов Ф.М., Аллаберганов И.К. Септико-пиемическая форма острого гематогенного остеомиелита у детей	143
Хамраев А.Ж., Жураев Ш.Ш., Уббиев Д.К. Особенности клинического течения геморроя у детей	145
Хамраев А.Ж., Раупов Ф.С., Акмоллаев Д.С. Хирургическое лечение наркотизирующего энтероколита у новорожденных	146
Хамраев А.Ж., Рахмонов Д.Р. Оптимизация тактики лечения и профилактики осложнений при аноректальных пороках у детей	148
Хамроев У.А., Эргашев Б.Б. Результаты трансанальной хирургической коррекции при дистальных формах болезни Гиршпрунга у грудных детей	150
Хотамов Х.Н., Чулиев М.С., Байахмедов Ф.Ф. Болаларда гипоспадиянинг проксимал шаклларида бир ва босқичли операция усуллари таққослаш	151
Хотамов Х.Н., Чулиев М.С., Байахмедов Ф.Ф. Способ дренирования уретры при травматических повреждениях мочеиспускательного канала у детей	153

Хуррамов Ф.М., Хамидов Б.Х., Саттаров Ж.Б., Норов М.М. Гнойно-септические заболевания мягких тканей у детей	154
Хуррамов Ф.М., Эргашев Н.Ш. Результаты хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей в модификациях операции Соаве	155
Чўлиев М.С., Байахмедов Ф.Ф. Юмшоқ тўқималарнинг йирингди яллиғланиш касалликларида беморларни бактериологик текшириш натижалари	158
Шамансурова Э.А., Абдуразакова Ш.А. Особенности клинических факторов развития уролитиаза у детей до школьного возраста	159
Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Зайниев С.С., Махмудов З.М. Применение мультиспиральной компьютерной томографии в диагностике и лечении хронического рецидивирующего гематогенного остеомиелита	160
Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Саидов М.С. Ранняя ультразвуковая диагностика аноректальных мальформаций у детей	162
Шамсиев Ж. А., Ибрагимов О. А. Лечения гемангиом у детей с анаприлином	163
Шамсиев Ж.А., Рузиев Ж.А. Инородные тела дыхательных путей у детей	165
Шамсиев Ж.А., Данияров Э.С., Пулотов П.А. Применение эндоскопических методов коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса в детской урологии	166
Шамсиев Ж.А., Данияров Э.С., Курбонов С.Х. Эндоскопический метод лечения обструктивного мегауретера у детей	167
Шамсиев Ж.А., Данияров Э.С. Выбор рационального метода дренирования мочевыводящих путей после пластики пиело-уретерального сегмента при гидронефрозе у детей	168
Шамсиев Ж.А., Махмудов З.М. Видеолапароскопии в экстренной хирургии детского возраста	169
Шамсиев Ж.А., Махмудов З.М., Рахматов Б.Н. Гидроэхоколонографии для диагностики и лечения инвагинации кишечника у детей	171
Шамсиев Ж.А., Хуррамов Ф.А., Рузиев Ж.А. Лечение остро возникшей кисты семенного канатика у детей раннего возраста	172

Шамсиев Ж.А., Шамсиев А.М., Давранов Б.Л., Муталибов И.А. Применение малоинвазивного хирургического метода лечение врожденных лимфангиом у детей	173
Шамсиев Ж.А., Шамсиев А.М., Махмудов З.М. Усовершенствование ранней диагностики острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей	174
Эргашев Б.Б., Исмадияров Б.У. Выбор метода хирургического лечения врожденных диафрагмальных грыж у новорожденных	176
Эргашев Б.Б., Исмадияров Б.У. Хирургическое лечение врожденной диафрагмальной грыжи с сочетанными аномалиями	177
Эргашев Н.Ш., Эргашев Б.Б., Норов М.М. Ранние и поздние послеоперационные осложнения при атрезии пищевода у новорожденных	178
Эргашев Б.Б., Ихтиёров Т.В. Результаты лечение рубцовых стриктур анастомоза после хирургической коррекции атрезии пищевода	180
Эргашев Б.Б., Камолов Ш.Б. Сравнительный анализ использования лапаротомии и лапароскопии в лечении атрезиях тонкой кишки у новорожденных	181
Эргашев Н.Ш., Рахматуллаев А.А. Диагностика пороков бронхолегочной системы у детей	183
Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Я. Результаты восстановительных операций при энтеростомии у детей	184
Эргашев Н.Ш., Саттаров Ж.Б., Хуррамов Ф.М., Тиллабоев С.В. Эффективность доплерографических исследований при пороках ротации и фиксации кишечника у детей	185
Эргашев Н.Ш., Дусалиев Ф.М. Диагностика и лечение детей с ректоуретральными свищами	187
Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Я., Хуррамов Ф.М., Эргашев Б.С., Отаназаров Ж.У. Диагностика и лечение инвагинации кишечника у детей	188
Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Я., Аллаберганов И.К. Тонкокишечные стомы у детей, показания и результаты лечения	190
Эргашев Н.Ш., Тиллабоев С.В., Саттаров Ж.Б. Морфогистологические изменения в стенке толстой кишки при хроническом колостазе у детей	192
Эргашев Н.Ш., Эргашев Б.С., Маркаев А.Я. Синдром объемного образования брюшной полости при острой хирургической патологии у детей	193

Эргашев Н.Ш., Тиллабоев С.В., Саттаров Ж.Б., Бойирбеков Р.Х. Хронические запоры у детей	195
Эргашев Н.Ш., Якубов Э.А., Норов М.М. Показания к поэтапной тактике лечение и повторным операциям при атрезии пищевода у новорожденных	196
Эргашев Н.Ш., Якубов Э.А., Эргашев Б.С. Синдром объемного образования при патологии печени у детей	198
Эргашев Н.Ш., Отамурадов Ф.А. Диагностика и лечение урогенитального синуса у девочек	200
Эргашева Н.Н. Акушерско-гинекологический анамнез матерей у новорожденных с врожденной кишечной непроходимостью	201
Эргашева Н.Н., Саттаров Ж.Б., Бойирбеков Р.Х. Особенности комплексного подхода в верификации причин нарушений акта дефекации у детей	203
Эргашева Н.Н., Отамурадов. Ф.А., Кулдошев Ф.М. Аномалии позвоночника и спинного мозга у детей с аноректальными мальформациями	204
Юсупалиева Г.А., Абзалова М.Я. Возможности ультразвукового исследования в диагностике деструктивных форм острого аппендицита у детей	206
Юсупалиева Г.А., Ахмедов Э.А. Мультимодальный подход к лучевой диагностике осложнённых пневмоний у детей	207
Юсупалиева Г.А., Султанова Л.Р. Роль эхографии в определении диффузного утолщения стенки желчного пузыря у детей	209
Юсупов А.С., Маматкулов И.А., Файзиев О.Я., Зокирова Н.З. Исследование состояния гемодинамики и внутриглазного давления при офтальмологических операциях под анестезиологической защитой севофлураном у детей	211
Юсупов А.С., Маматкулов И.А., Файзиев О.Я., Зокирова Н.З. Обезболивание антиглаукоматозных операций у детей	212
Юсупов Ш.А, Шамсиев А.М., Жураев К.Д, Джалолов Д.А. Ранняя диагностика послеоперационных гнойных осложнений при аппендикулярном перитоните у детей	213
Юсупов Ш.А., Шамсиев А.М., Жураев К.Д., Джалолов Д.А. Экспериментальное обоснование применения озонотерапии в хирургическом лечении аппендикулярного перитонита у детей	214

Якубов Э.А., Эргашев Н.Ш. Диагностическая тактика при аномалий развития билиарного тракта у детей	216
Яцык С.П., Мавлянов Ф.Ш., Мавлянов Ш.Х., Каримов З.Б. Исследование жизнеспособности почки при обструктивных уропатиях у детей	218