

ANJUMAN | KONFERENCLAR | CONFERENCES

O'ZBEKISTONDA ILMIY TADQIQOTLAR:

DAVRIY ANJUMANLAR

DAVRIYLIGI: 2018 | 2022

2022

ERNEST XEMINGUEY
(1899-1961)

Chol qushlar va ayniqsa, belinim oziq
axtariib uchgan, ammo deyarli hech qachon
uni topolmaydigan jumlil va nozik dengiz
qaldirg'ochlariga achiqib ketar va qushlar
turmushi, qirin-qora va katta, kuchli
qushlarni hisobga olmayanda, buning kun
kechirishimizga qaraganda ham juda og'ir.
Okean gohida shu qadar ham bishimli bo'lar
ekan, nima uchun qushlarni mana bu
dengiz qaldirg'ochlari singari nozik va
shikasta qilib yaratganlar. Okean saxsi va
go'zal, ammo u go'ho to'xtatdan shunday
shaf-qatsiz bolis ketadiki, uning ustidagi
oziq dindagi chary urib chong'ib, o'zi va
mangli ovoz bilan bir-birlariga jo' bolis
uchgan bu qushlar unga nisbatan
beshinoya zalf va mo'ri ko'rinadi.

"CHOL VA DENGIZ" ASARI

AVGUST

№43



CONFERENCES.UZ

Toshkent shahar, Amir
Temur ko'chasi, pr.1, 2-uy.

+998 97 420 88 81

+998 94 404 00 00

www.taqiqot.uz

www.conferences.uz



**ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ
ТАДҚИҚОТЛАР: ДАВРИЙ
АНЖУМАНЛАР:
18-ҚИСМ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
УЗБЕКИСТАНА: СЕРИЯ
КОНФЕРЕНЦИЙ:
ЧАСТЬ-18**

**NATIONAL RESEARCHES OF
UZBEKISTAN: CONFERENCES
SERIES:
PART-18**

ТОШКЕНТ-2022



УУК 001 (062)
КБК 72я43

“Ўзбекистонда илмий тадқиқотлар: Даврий анжуманлар:” [Тошкент; 2022]

“Ўзбекистонда илмий тадқиқотлар: Даврий анжуманлар:” мавзусидаги республика 43-кўп тармоқли илмий масофавий онлайн конференция материаллари тўплами, 31 август 2022 йил. - Тошкент: «Tadqiqot», 2022. - 27 б.

Ушбу Республика-илмий онлайн даврий анжуманлар Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлари бўйича Ҳаракатлар стратегиясида кўзда тутилган вазифа - илмий изланиш ютуқларини амалиётга жорий этиш йўли билан фан соҳаларини ривожлантиришга бағишланган.

Ушбу Республика илмий анжуманлари таълим соҳасида меҳнат қилиб келаётган профессор - ўқитувчи ва талаба-ўқувчилар томонидан тайёрланган илмий тезислар киритилган бўлиб, унда таълим тизимида илғор замонавий ютуқлар, натижалар, муаммолар, ечимини кутаётган вазифалар ва илм-фан тараққиётининг истиқболдаги режалари таҳтил қилинган конференцияси.

Масъул муҳаррир: Файзиев Шохруд Фармонович, ю.ф.д., доцент.

1. Ҳуқуқий тадқиқотлар йўналиши

Профессор в.б., ю.ф.н. Юсувалиева Рахима (Жахон иқтисодиёти ва дипломатия университети)

2. Фалсафа ва ҳаёт соҳасидаги қарашлар

Доцент Норматова Дилдора Эсоналиевна (Фарғона давлат университети)

3. Тарих саҳифаларидаги изланишлар

Исмаилов Ҳусанбой Маҳаммадқосим ўғли (Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Таълим сифатини назорат қилиш давлат инспекцияси)

4. Социология ва политологиянинг жамиятимизда тутган ўрни

Доцент Уринбоев Хошимжон Бунатович (Наманган муҳандислик-қурилиш институти)

5. Давлат бошқаруви

Доцент Шакирова Шоҳида Юсуповна «Тараққиёт стратегияси» маркази муҳаррири

6. Журналистика

Тошбоева Барнохон Одилжоновна (Андижон давлат университети)

7. Филология фанларини ривожлантириш йўлидаги тадқиқотлар

Самигова Умида Ҳамидуллаевна (Тошкент вилоят халқ таълими ходимларини қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш ҳудудий маркази)



8.Адабиёт

PhD Абдумажидова Дилдора Рахматуллаевна (Тошкент Молия институти)

9.Иқтисодиётда инновацияларнинг тутган ўрни

Phd Вохидова Мехри Хасанова (Тошкент давлат шарқшунослик институти)

10.Педагогика ва психология соҳаларидаги инновациялар

Турсунназарова Эльвира Тахировна (Навоий вилоят халқ таълими ходимларини қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш ҳудудий маркази)

11.Жисмоний тарбия ва спорт

Усмонова Дилфузахон Иброхимовна (Жисмоний тарбия ва спорт университети)

12.Маданият ва санъат соҳаларини ривожлантириш

Тоштемиров Отабек Абидович (Фарғона политехника институти)

13.Архитектура ва дизайн йўналиши ривожланиши

Бобохонов Олтибой Рахмонович (Сурхандарё вилояти техника филиали)

14.Тасвирий санъат ва дизайн

Доцент Чариев Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

15.Муסיқа ва ҳаёт

Доцент Чариев Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

16.Техника ва технология соҳасидаги инновациялар

Доцент Нормирзаев Абдуқайом Раҳимбердиевич (Наманган муҳандислик-қурилиш институти)

17.Физика-математика фанлари ютуқлари

Доцент Соҳадалиев Абдурашид Мамадалиевич (Наманган муҳандислик-технология институти)

18.Биомедицина ва амалиёт соҳасидаги илмий изланишлар

Т.ф.д., доцент Маматова Нодира Мухтаровна (Тошкент давлат стоматология институти)

19.Фармацевтика

Жалилов Фазлиддин Содиқович, фарм.ф.н., доцент, Тошкент фармацевтика институти, Дори воситаларини стандартлаштириш ва сифат менежменти кафедраси мудири

20.Ветеринария

Жалилов Фазлиддин Содиқович, фарм.ф.н., доцент, Тошкент фармацевтика институти, Дори воситаларини стандартлаштириш ва сифат менежменти кафедраси мудири

21.Кимё фанлари ютуқлари

Рахмонова Доно Қаххоровна (Навоий вилояти табиий фанлар методисти)



22.Биология ва экология соҳасидаги инновациялар

Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

23.Агропроцессинг ривожланиш йўналишлари

Доцент Сувонов Боймурод Ўралович (Тошкент ирригация ва қишлоқ хўжалигини механизациялаш мухандислари институти)

24.Геология-минерология соҳасидаги инновациялар

Phd доцент Қаҳҳоров Ўктам Абдурахимович (Тошкент ирригация ва қишлоқ хўжалигини механизациялаш мухандислари институти)

25.География

Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

Тўпламга киритилган тезислардаги маълумотларнинг ҳаққонийлиги ва иқтибосларнинг тўғрилигига муаллифлар масъулдир.

© Муаллифлар жамоаси

© Tadqiqot.uz

PageMaker\Верстка\Саҳифаловчи: Шахрам Файзиев

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

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

**БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ
ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР**

1. Абдукаюмов А.А., Мухамедов Д.У. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НА ЭТАПАХ КОХ- ЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ.....	7
2. Шомуродов К.Э., Вохидов У.Н., Файзуллахужаев А.А. ОЦЕНКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РАННЕЕ ПРОВЕДЁННОЙ ХЕЙЛОПЛАСТИКИ	10
3. Шомуродов К.Э., Вохидов У.Н., Файзуллахужаев А.А. ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНЫ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ.....	12
4. Yusupbaev Rustam Bazarbayevich, Erkhanova Aziza Amirillaevna ULTRASOUND DIAGNOSIS OF FETO-FETAL TRANSFUSION SYNDROME.	14
5. Кодирова Шахноза Раззоковна, Зохидов Обидбек Улугбек угли "КЎЗНИНГ КУЙИШ ЭТИОЛОГИЯЛИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ- ДА ФОТОДИНАМИК ТЕРАПИЯНИНГ КЛИНИК-ЛАБАРАТОР САМАРАДОРЛИГИНИ БАХОЛАШ"	16
6. Damirova S.U. Abdullayeva M.I YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLARDA GIPOKSIYANING KECISHI	18
7. Зохидов Обидбек Улугбек угли, Кодирова Шахноза Раззаковна ПРИЕМУЩЕСТВА МЕТОДА УЛЬТРАЗВУКОВОЙ БИОМИКРОСКОПИИ ПРИ МЕХА- НИЧЕСКОЙ (ЗАКРЫТОЙ) ТРАВМЕ ГЛАЗА.	20
8. Пахомов Г.Л., Рихсиев З.Г., Саматов М.У. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РЕЛАКСАЦИЕЙ ДИАФРАГМЫ.....	22



БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НА ЭТАПАХ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Абдукаюмов А.А., Мухамедов Д.У.

Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр педиатрии, Ташкент, Узбекистан

Тел: +99893-500-08-08

dr_ulugbek@list.ru

В данном обзоре представлены данные о кохлеарной имплантации. Обзор показал, что перспективными направлениями являются внедрение полностью имплантируемых систем кохлеарной имплантации; разработка новых стратегий кодирования речи, усовершенствование технологий обработки звука микрофонами, а также поиск новых хирургических подходов при установке кохлеарного импланта.

Ключевые слова: кохлеарная имплантация, слух, реабилитация, дети школьного возраста, тугоухость.

Качество жизни человека (индивида или социума) - это оценочная категория жизни человека, обобщенно характеризующая параметры всех составляющих его жизни: жизненного потенциала, жизнедеятельности и условий жизнедеятельности (инструментов, ресурсов и среды) по отношению к некоторому объективному или субъективному эталону [1,3,5,8,10,14]. На практике существуют несколько подходов к оценке КЖ: физиологический, экономический [2,4,6,7,9,11,15], социологический, психологический и медицинский, включающий в себя также концепцию качества жизни, связанного с состоянием здоровья человека.

Инструментом исследования качества жизни, связанного с состоянием здоровья, являются общие и специфические опросники. В зарубежной литературе выделяют общие опросники: 36 Item Short Form Survey (SF-36) [13], Glasgow Benefit Inventory (GBI) - разработан с целью выявления изменений в состоянии здоровья в результате лечения в сфере оториноларингологии [11], Glasgow Health Status Inventory (GHSI), отражающий влияние проблем со здоровьем на качество жизни человека [15], Hearing Participation Scale (HPS) [12] - упрощенная форма анкеты GHSI; Health Utilities Index (HUI), который применяется в большей степени для оценки материальных затрат и экономической выгоды различных видов медицинских манипуляций [14]; Assessment of Quality of Life (AQoL) [14].

Среди специфических опросников по определению качества жизни, связанного с состоянием здоровья, у пациентов после кохлеарной имплантации в зарубежной литературе упоминается Patient Quality of Life Form (PQLF), Index Relative Questionnaire Form (IRQF), Performance Inventory for Profound Hearing Loss Answer Form (PIPHL) и Nijmegen Cochlear Implant Questionnaire (NCIQ). Анкеты PQLF и IRQF были разработаны отделом Ear Institute (Лос-Анджелес, США) [8]. Анкета IRQF отражает информацию, полученную от близких и (или) родственников относительно образа жизни больного, его социальной активности и адаптации к кохлеарному импланту. PIPHL показывает отношение больного к ситуациям коммуникации в ежедневной обстановке и может также использоваться у пациентов, страдающих снижением слуха [9]. NCIQ на данном этапе является основным опросником качества жизни англоязычных пациентов после кохлеарной имплантации; подтверждена его валидность, надежность и чувствительность [9].

Цель: Оценка качества жизни у детей школьного возраста на этапах кохлеарной имплантации.



Материал и методы исследования: В анкетировании участвовали 50 детей школьного возраста, прошедшие кохлеарную имплантацию. Письменное анкетирование проводилось с использованием русскоязычного варианта общего опросника по качеству жизни SF-36. Опросник SF-36 состоит из 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал: «физическое функционирование», «ролевое физическое функционирование», «ролевое эмоциональное функционирование», шкала жизнеспособности, «эмоциональное состояние», «социальное функционирование», шкала боли и «общее состояние здоровья». Показатели каждой шкалы составлены таким образом, что чем выше значение показателя (от 0 до 100), тем лучше оценка по избранной шкале. Для всех шкал при полном отсутствии ограничений или нарушений здоровья максимальное значение было равно 100. Перед подсчетом показателей восьми шкал проводилась перекодировка, суммация ответов согласно методике, представленной авторами SF-36. Далее рассчитывались средние значения для каждой шкалы.

Результаты исследования и их обсуждение: Обнаружено, что уровень качества жизни детей по всем тестируемым шкалам был выше среднего (50% и более), при этом по большинству шкал находился ниже контрольных значений. Зарегистрированы статистически значимые различия между показателями детей в отношении шкал «эмоциональное состояние» ($p < 0,04$) и «общее состояние здоровья» ($p < 0,005$).

В настоящее время знание фактов и закономерностей психологического развития в детстве, юности, зрелости и старости, возрастных задач и нормативов развития, типичных возрастных проблем, предсказуемых кризисов развития и способов выхода из них необходимо самому широкому кругу специалистов - психологам, педагогам, социальным работникам, работникам культуры и, конечно, врачам.

Так, подростковый период - переходный период от детства к взрослости - характеризуется стремлением к самостоятельности и независимости, «эмансипации» от взрослых, к признанию своих прав со стороны других людей. Переходность подросткового возраста, конечно, включает биологический аспект. Это период полового созревания, интенсивность которого подчеркивается понятием «гормональная буря». Физические, физиологические, психологические изменения, появление сексуального влечения делают этот период исключительно сложным, в том числе и для самого стремительно вырастающего во всех смыслах подростка. Отсюда проявляется особое отношение подростков к эмоциональной сфере: настроению, наличию депрессии, тревоги и общего показателя положительных эмоций, а также состоянию собственного здоровья. Отметим тот факт, что даже в целом нормально протекающему подростковому периоду, не говоря о подростковом периоде у лиц с нарушением слуха, свойственны асинхронность, скачкообразность и дисгармоничность развития.

Сравнение показателей основной группы и группы контроля выявило статистически значимые различия, как и в первой группе в отношении шкал «физическое функционирование» ($p < 0,02$) и «эмоциональное состояние» ($p < 0,04$).

Через 3 месяца после активации речевого процессора системы кохлеарной имплантации оценивалось качество жизни респондентов в динамике путем письменного анкетирования с использованием опросника SF-36. Однако при сравнении результатов анкетирования в динамике в двух связанных выборках не было выявлено статистически значимых различий при оценке всех шкал опросника.

Через 9 месяцев после активации речевого процессора кохлеарного импланта отмечалось улучшение показателей шкал анкеты SF-36. При сравнении результатов анкетирования в динамике в двух связанных выборках зафиксированы статистически значимые различия показателей пяти из восьми шкал опросника: шкал «ролевое физическое функционирование», «ролевое эмоциональное функционирование», «социальное функционирование», шкал жизнеспособности и боли. При сравнении показателей шкал опросника в динамике в группе контроля в двух связанных выборках статистически значимых различий не получено.

Заключение: Таким образом, следует **вывод**, что у детей с нарушением слуховосприятия снижается качества жизни, отмечаются отрицательные влияние окружающих, в связи с этим проведённая кохлеарная имплантация повышает качество жизни.



Литература:

1. Васильева Е. Н., Тюрина И. А., Кондакова Е. Г. Совершенствование комплексного подхода в реабилитации пациентов после кохлеарной имплантации // Медицинская наука и образование Урала. – 2019. – Т. 20. – №. 2. – С. 75-78.
2. Королева И. В., Жукова О. С., Зонтова О. В. Кохлеарная имплантация у детей младшего возраста // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2002. – №. 1. – С. 14-24.
3. Кузовков В. Е. и др. Роль этиологического фактора в реабилитации пациентов после кохлеарной имплантации // Российская оториноларингология. – 2018. – №. 3 (94). – С. 60-65.
4. Непомнящая Е. И., Старосадчева М. И. Слухоречевая реабилитация детей после кохлеарной имплантации // Наука, общество, культура: проблемы и перспективы взаимодействия в современном мире. – 2021. – С. 106-109.
5. Орлова О. и др. Совершенствование медико-педагогической реабилитации глухих детей после кохлеарной имплантации посредством настройки речевого процессора // Специальное образование. – 2018. – №. 2 (50).
6. Gaurav V., Sharma S., Singh S. Effects of age at cochlear implantation on auditory outcomes in cochlear implant recipient children // Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery. – 2020. – Т. 72. – №. 1. – С. 79-85.
7. Jiang F. et al. Long-term functional outcomes of hearing and speech rehabilitation efficacy among paediatric cochlear implant recipients in Shandong, China // Disability and rehabilitation. – 2021. – Т. 43. – №. 20. – С. 2860-2865.
8. Liu S. et al. Assessment of outcomes of hearing and speech rehabilitation in children with cochlear implantation // Journal of otology. – 2019. – Т. 14. – №. 2. – С. 57-62.
9. Mesallam T. A., Yousef M., Almasaad A. Auditory and language skills development after cochlear implantation in children with multiple disabilities // European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. – 2019. – Т. 276. – №. 1. – С. 49-55.
10. Moradi M. et al. Rehabilitation of children with cochlear implant in Iran: A scoping review // Medical Journal of the Islamic Republic of Iran. – 2021. – Т. 35. – С. 73.
11. Raji A. et al. Rehabilitation of hearing by cochlear implantation // progressive. – 2019. – Т. 97. – №. 90. – С. 90.
12. Rauch A. K. et al. Long-term results of cochlear implantation in children with congenital single-sided deafness // European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. – 2021. – Т. 278. – №. 9. – С. 3245-3255.
13. Sharma S. D. et al. Hearing and speech benefits of cochlear implantation in children: A review of the literature // International journal of pediatric otorhinolaryngology. – 2020. – Т. 133. – С. 109984.
14. Varadarajan V. V. et al. Evolving Criteria for Adult and Pediatric Cochlear Implantation // Ear, Nose & Throat Journal. – 2021. – Т. 100. – №. 1. – С. 31-37.
15. Xiangyu Q. et al. Effect of cochlear implantation on hearing and speech rehabilitation in pre-lingual deaf children // Frontiers in Medical Science Research. – 2019. – Т. 1. – №. 3.



ОЦЕНКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РАНЕЕ ПРОВЕДЁННОЙ ХЕЙЛОПЛАСТИКИ

Шомуродов К.Э., Вохидов У.Н., Файзуллахужаев А.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент, Узбекистан

Тел: +99890-335-85-00

dr_ulugbek@list.ru

Цель исследования – анализ причин возникновения деформаций верхней губы и носа после ранее проведённой хейлопластики. Материал настоящего исследования составил результаты обследования 50 больных с различными деформациями верхней губы и носа после ранее проведённой хейлопластики. Результат исследования показал, что с учётом изучения причин возникновения деформаций верхней губы и носа после ранее проведённой хейлопластики можно выбрать правильный подход к хирургическому лечению больных с данной патологией.

Ключевые слова: Одностороннее расщелина верхней губы, хейлоринопластика, реконструктивные оперативные вмешательства, анкетирование.

Врождённая расщелина верхней губы является наиболее распространённым пороком развития лица и по данным разных авторов встречается от 1-2 на 1000 до 1 на 300 новорождённых, среди которых 66% детей имеют одностороннюю расщелину. Рождение ребёнка с расщелиной верхней губы является сильным психическим стрессом для родителей и оказывает отрицательное влияние на дальнейшую психоэмоциональную атмосферу в семье. Больные обращаются в различные лечебные учреждения для выполнения повторных корригирующих операций на верхней губе, костно-хрящевом отделе носа и лицевом скелете, желая добиться восстановления пропорций лица в целом [1,5,9].

Врожденные расщелины верхней губы характеризуются целым комплексом анатомо-функциональных нарушений, который следует считать предметом изучения для многих специалистов: челюстно-лицевых хирургов, ортодонт, ортопедов, логопедов, а также психологов и социологов. [3,4,8]. Поэтому лечение детей с этими аномалиями требует проведения многоэтапных, комплексных оперативных и реабилитационных вмешательств, для устранения врожденной аномалии и, как следствие, связанных с ней функциональных осложнений. Комплексная реабилитация детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области, включающая медико-восстановительное лечение и психолого-педагогическую коррекцию, позволяет плодотворно справляться с задачами, направленными на улучшение качества жизни детей инвалидов и повышение уровня их психосоматических возможностей [6,9]. В системе реабилитации большое значение имеет проведение лечебных мероприятий, направленных на подготовку ребенка, восстановление его соматического статуса и функциональных способностей оперированных тканей, а также на профилактику возникновения хронических заболеваний, вторичных деформаций челюстно-лицевой области и уменьшения личностной патологии пациента, имеющего врожденный порок [2,7,10].

Цель исследования – анализ причин возникновения деформаций верхней губы и носа после ранее проведённой хейлопластики.

Материал настоящего исследования составил результаты обследования 50 больных с различными деформациями верхней губы и носа после ранее проведённой хейлопластики, которые находились на лечение в отделении детской и взрослой челюстно-лицевой хирургии клиники Ташкентского государственного стоматологического института, за период с 2015 год по 2020 год. Возраст больных к моменту операции колебался от 1 до 40 лет. Большинство больных (33 случаев - 66%) были лица женского пола.

Результаты исследования и их обсуждение. С учётом причины возникновения деформаций верхней губы и носа после ранее проведённой хейлопластики по поводу односторонней врождённой расщелины верхней губы причины были распределены на 3 вида: остаточные, рецидивные и вторичные деформации. Остаточные деформации верхней губы и носа - это деформации, которые не устранены при первичной хейлопластике. Рецидивные деформации - это те характерные для расщелины верхней губы деформации,



которые во время первичной хейлопластики были устранены, но в силу каких-то обстоятельств появились вновь. Вторичные деформации - это деформации верхней губы и носа, которые не характерны для расщелины верхней губы, а их появление связано с грубым рубцеванием, неправильным планированием или техническим выполнением ранее проведённого вмешательства. У большинства больных имелись остаточные деформации верхней губы (3) и носа (13). Кроме того, у 11 больных отмечалось лёгкое (7), умеренное (3) или выраженное (1) уплощение средней зоны лица. В 2 случаях имели место рото-носовых соустьев в области расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти. Часто рецидив расщелины верхней губы при расхождении краёв раны в результате нагноения или травмы в раннем послеоперационном периоде. Другим примером рецидивной деформации может служить повторное уплощение (дорсальный прогиб) крыла носа после ранее проведённой вторичной хейлоринопластики. Рецидивные деформации имели место у 2 больных (верхняя губа - 1, крыло носа - 1). Вторичные деформации имели место у 7 (14%) больных и были самыми разнообразными. Следует отметить, что в ряде случаев у одного больного имело место два или три вида вторичной деформации одновременно. В общем, у 7 больных встречались сращение преддверья рта (свода верхней губы) в 3 случаях, рубцовая деформация лука Купидона в 6 случаях, рубцовая деформация крыла носа - в 2 и коллумелы - в 2 случаях, вторичная рубцовая деформация дна носового хода - в 2 случаях.

Таким образом, следует **вывод**, что с учётом изучения причин возникновения деформаций верхней губы и носа после ранее проведённой хейлопластики можно выбрать правильный подход к хирургическому лечению больных с данной патологией.

Литература:

1. Белодедов К. А., Житников М. Д., Бартновская М. В. Целесообразность хирургического лечения переломов костей носа //студенческий форум. – С. 18.
2. Гюсан А. О., Ураскулова Б. Б., Батчаев А. С. У. Современный подход к выбору анестезии при лечении переломов костей носа //Российская ринология. – 2018. – Т. 26. – №. 3. – С. 26-29.
3. Еловигов В. А., Горст Н. Х. Травмы носа, последствия и осложнения //european research. – 2017. – С. 340-342.
4. Мишина Н. В. Лечение посттравматических деформаций носа //Научный послы высшей школы-реальные достижения практического здравоохранения. – 2018. – С. 156-171.
5. Das J. Trauma to the Nose and Face //Trauma in Otolaryngology. – Springer, Singapore, 2018. – С. 81-115.
6. Fischer H. Functional Aspects in Primary Rhinoplasty //Mastering Advanced Rhinoplasty. – Springer, Cham, 2018. – С. 125-179.
7. Gubisch W., Eichhorn-Sens J. The Twisted Nose //International Textbook of Aesthetic Surgery. – Springer, Berlin, Heidelberg, 2016. – С. 687-699.
8. Roselló E. G. et al. Facial fractures: classification and highlights for a useful report //Insights into Imaging. – 2020. – Т. 11. – №. 1. – С. 1-15.
9. Stenner M., Rudack C. Ultrasound imaging of the nose in septorhinoplasty patients //European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. – 2015. – Т. 272. – №. 10. – С. 2831-2837.



ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНЫ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ

Шомуродов К.Э., Вохидов У.Н., Файзуллахужаев А.А.

Ташкентский государственный стоматологический
институт, Ташкент, Узбекистан

Тел: +99890-335-85-00

dr_ulugbek@list.ru

Целью исследования явилось изучение частоты встречаемости различных форм врожденной расщелины верхней губы. Материал исследования составил результаты обследования 50 больных с врожденной односторонней расщелиной верхней губы, остаточными и вторичными деформациями верхней губы и носа после ранее проведенной хейлопластики. Результат исследования показал, что врожденная расщелина верхней губы является наиболее распространенным пороком развития лица и из них 60% детей имеют одностороннюю расщелину.

Ключевые слова: Одностороннее расщелина верхней губы, хейлоринопластика, реконструктивные оперативные вмешательства, анкетирование.

Относительно частоте встречаемости врожденной расщелины в литературе приводятся различные статистические данные. При этом данные проведенных исследований среди различных этнических групп отличаются большой разницей [1,6,10].

Изучение частоты рождения детей с этой патологией многочисленными авторами показало, что в среднем она встречается у 1:1000, и, в зависимости от географического региона, варьирует от 1:2250 до 1:300. Среди них наиболее распространенными являются пороки челюстно-лицевой области, где 90% составляют врожденные расщелины верхней губы и/или неба [4,8].

По данным зарубежных авторов, односторонние врожденные расщелины верхней губы и неба составляют 60-85% [7]. При этом, левосторонние расщелины верхней губы встречаются в среднем в 2,5 раза чаще, чем правосторонние, причем у женщин - более чем в 4 раза чаще. [9]. Согласно исследованиям других авторов, односторонние врожденные расщелины верхней губы и неба встречаются чаще, чем двусторонние, левая сторона доминирует над правой [3]. Как отмечают, в 99% случаях имеют место боковые несращения верхней губы, 82% из которых являются односторонними и эти несращения в преимущественном большинстве случаев расположены слева.

Большое внимание уделяется изучению психо-эмоционального состояния детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы [5,6].

Лечение детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы предусматривает многоэтапное оперативное вмешательство, постоянное диспансерное наблюдение и лечение у хирургов, ортодонт, логопедов, педиатров, оториноларингологов и других специалистов [4].

В комплексной реабилитации больных с врожденной односторонней расщелиной верхней губы ведущее место отводится хирургическому лечению. Больные обращаются в различные лечебные учреждения для выполнения повторных корригирующих операций на верхней губе, костно-хрящевом отделе носа и лицевом скелете, желая добиться восстановления пропорций лица в целом.

Хирургическое лечение врожденной расщелины верхней губы имеет многовековую историю и на сегодняшний день накоплен большой опыт в этом направлении, которое считается одним из самых сложных разделов реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области [1,4,8]. Тем не менее, в связи с возрастающими требованиями пациентов и их родителей к результатам операций, хирургическая тактика и техника оперативных методик постоянно совершенствуются [2,3,7,10].

Целью исследования явилось изучение частоты встречаемости различных форм врожденной расщелины верхней губы.

Материал исследования составил результаты обследования 50 больных с врожденной односторонней расщелиной верхней губы, остаточными и вторичными деформациями



верхней губы и носа после ранее проведённой хейлопластики, которые находились на лечение в отделении детской и взрослой челюстно-лицевой хирургии клиники Ташкентского государственного стоматологического института, за период с 2015 год по 2020 год. Возраст больных к моменту операции колебался от 1 до 40 лет. Большинство больных (33 случаев - 66%) были лица женского пола.

Результаты исследования и их обсуждение. Изучение частоты локализации врождённой односторонней расщелины установило, что в преимущественном большинстве случаев (20 случай - 40%) имела место левосторонняя врождённая расщелина верхней губы.

В 1 (2%) случаях имела место скрытая форма врождённой расщелины верхней губы и в 12 (24%) случаях отмечалась односторонняя неполная расщелина верхней губы. Следует отметить, что во всех этих 12 случаях отмечалась различной степени деформаций крыла, кончика или коллумы носа. Особо следует указать, что в 16 (32%) случаях отмечалась односторонняя полная расщелина верхней губы, которая сопровождалась той или иной степенью деформации или дефекта альвеолярного отростка верхней челюсти. Кроме того, среди этих больных имела место расщелина твёрдого (4 случае) нёба и полная односторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка верхней челюсти, твёрдого и мягкого нёба (1 случая). При изучении анамнеза этих больных выявлено, что лишь 6 (12%) больных с полной расщелиной верхней губы находились под наблюдением и лечением ортодонта.

Таким образом, следует **вывод**, что врождённая расщелина верхней губы является наиболее распространённым пороком развития лица и из них 60% детей имеют одностороннюю расщелину.

Литература:

1. Боймуратов Ш. А., Юсупов Ш. Ш. Тактика медицинской реабилитации больных с деформациями наружного носа и зубочелюстной системы //Вісник наукових досліджень. – 2016. – №. 3. – С. 44-45.
2. Angelos P., Wang T. Revision of the cleft lip nose //Facial Plastic Surgery. – 2012. – Т. 28. – №. 04. – С. 447-453.
3. Bennaceur S. Secondary cheiloplasty in the treatment of cleft lip and palates //Annales de chirurgie plastique et esthetique. – 2019. – Т. 64. – №. 5-6. – С. 413-431.
4. Chkadua T. Z. Functional disorders in patients with lip and nose deformity after cheilorhinoplasty //Stomatologiya. – 2016. – Т. 95. – №. 4. – С. 44-48.
5. Gonchakov G. V., Merkulova Y. A. Evaluation of advantages of Contractubex gel usage for postsurgical scars treatment in comparison with absence of systematized topical scars treatment of kids with congenital cleft lip and palate //Khirurgiya. – 2020. – №. 4. – С. 88.
6. Hussein M. A. M. Evaluation of simultaneous secondary cheilorhinoplasty and alveolar bone grafting //Tanta Dental Journal. – 2018. – Т. 15. – №. 2. – С. 76.
7. Mancini L. Three-dimensional soft tissue nasal changes after nasoalveolar molding and primary cheilorhinoplasty in infants with unilateral cleft lip and palate //The Cleft Palate-Craniofacial Journal. – 2019. – Т. 56. – №. 1. – С. 31-38.
8. Pawar S. S., Wang T. D. Secondary cleft rhinoplasty //JAMA facial plastic surgery. – 2014. – Т. 16. – №. 1. – С. 58-63.
9. Pouzet L. Use of the surgical glue in the cutaneous closure of cheiloplasties for cleft lip // Annales de Chirurgie Plastique Esthétique. – Elsevier Masson, 2019. – Т. 64. – №. 1. – С. 89-92.
10. Rossell-Perry P. Primary unilateral cleft lip nasal deformity repair using VYZ plasty: An anthropometric study //Indian journal of plastic surgery: official publication of the Association of Plastic Surgeons of India. – 2017. – Т. 50. – №. 2. – С. 180.



ULTRASOUND DIAGNOSIS OF FETO-FETAL TRANSFUSION SYNDROME.

Yusupbaev Rustam Bazarbayevich

Doctor of Science, Head of the Department of Fetal Medicine
Republican Specialized Scientific and Practical
Medical Center of Obstetrics and Gynecology,
Mirzo-Ulugbek Str., 132a, 100124 Tashkent, Uzbekistan

Tel. +99890 1883408

e-mail: rustam-u34@mail.ru

Erkhanova Aziza Amirillaevna

Obstetrician-gynecologist

Family Polyclinic No61, Sergeli-5, 6a, Tashkent, Uzbekistan

Tel. +99897 1464323

e-mail: azizaerhanova@gmail.ru

Abstract. Feto-fetal transfusion syndrome is a nosological unit diagnosed by ultrasound. The relevance of the problem of early diagnosis and treatment of feto-fetal transfusion syndrome is undoubted.

The importance of ultrasound in feto-fetal transfusion syndrome is reflected in the assessment of fetal hemodynamics, the primary diagnosis of feto-fetal transfusion syndrome, the determination of the stage of the syndrome, the development of treatment tactics and the prediction of perinatal outcome.

Keywords: feto-fetal transfusion syndrome, ultrasound diagnostic.

Topicality. Feto-fetal transfusion syndrome is a nosological unit diagnosed by ultrasound [4, P. 550–555]. In itself, this fact represents a significant milestone in the diagnosis of the disease. Before ultrasound became the only method for diagnosing feto-fetal transfusion syndrome, other criteria were used, in particular, the difference in hemoglobin concentration or the mass of twins at birth, surgical histological analysis of vascular placental anastomoses. Ultimately, non-ultrasound diagnostic criteria for feto-fetal transfusion syndrome were abandoned [1, P. 1403–1410; 2, P. 365–369; 3, P. 657–661; 5, P. 34–36].

The relevance of the problem of early diagnosis and treatment of feto-fetal transfusion syndrome is undoubted.

The purpose of the study. Analyze the results of ultrasound diagnostics of feto-fetal transfusion syndrome and determine the criteria for the significance of the method in the diagnosis of feto-fetal transfusion syndrome.

Objectives of the study. Presentation of a modern view on approaches to early diagnosis of feto-fetal transfusion syndrome.

Material and methods of research. Ultrasound and Dopplerometric monitoring of fetuses was carried out in 9 patients aged 20 to 36 years with feto-fetal transfusion syndrome in the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Obstetrics and Gynecology.

Results of the study. When conducting an ultrasound examination in 2 cases, polyhydramnios in the recipient fetus and anhydrous in the donor fetus were noted, which, according to the literature, corresponded to stage 1 of the feto-fetal transfusion syndrome, in 3 observations, anhydrous in the donor fetus, polyhydramnios in the recipient fetus and the absence of a bladder in the donor fetus - stage 2 of the feto-fetal transfusion syndrome were detected, in 2 observations there were changes in dopplerometry (reverse blood flow in the umbilical cord artery) donor fetus, high resistance in the aorta of the recipient fetus) - stage 3 of the feto-fetal transfusion syndrome, in the 1st case, signs of pronounced edema of the recipient fetus were found - stage 4 of the feto-fetal transfusion syndrome, in the 1st case - the death of the donor fetus, which corresponded to stage 5 of the feto-fetal transfusion syndrome.

Findings. The importance of ultrasound in feto-fetal transfusion syndrome is reflected in the assessment of fetal hemodynamics, the primary diagnosis of feto-fetal transfusion syndrome, the determination of the stage of the syndrome, the development of treatment tactics and the prediction of perinatal outcome.



REFERENCES.

1. Berry S.M., Puder K.S., Bottoms S.F. et al. Comparison of intrauterine hematologic and biochemical values between twin pairs with and without stuck twin syndrome // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 1995. – Vol. 172 (5). – P. 1403–1410.
2. Danskin F.H., Neilson J.P. Twin-to-twin transfusion syndrome: What are appropriate diagnostic criteria? // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 1989. – Vol. 161 (2). – P. 365–369.
3. Fisk N.M., Borrell A., Hubinont C. et al. Fetofetal transfusion syndrome: do the neonatal criteria apply in utero? *Arch. Dis. Child.* – 1990. – Vol. 65 (7 Spec No). – P. 657–661.
4. Quintero R.A., Morales W.J., Allen M.H. et al. Staging of twin-twin transfusion syndrome // *J. Perinatol.* – 1999. – Vol. 19 (8 Pt 1). – P. 550–555.
5. Saunders N., Snijders R., Nicolaides K. Twin-twin transfusion syndrome during the 2nd trimester is associated with small intertwin hemoglobin differences // *Fetal Diagn. Ther.* – 1991. – Vol. 6. – P. 34–36.



**"КЎЗНИНГ КУЙИШ ЭТИОЛОГИЯЛИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ КОМПЛЕКС
ДАВОЛАШДА ФОТОДИНАМИК ТЕРАПИЯНИНГ КЛИНИК-ЛАБОРАТОР
САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ"**

Кодирова Шахноза Раззоковна,
Учтепа тумани марказий поликлиника
офтальмолог шифокори
телефон +998935688600
qodirova.shaxnoza@internet.ru
Зоҳидов Обидбек Улугбек угли,
РСНПМЦМГ офтальмолог шифокори
Ташкент, Ўзбекистан

Аннотация; Ҳозирги вақтда офтальмология амалиётида кузнинг куйиш этиологияли куйиш ҳолатларини дори воситалари билан комплекс даво чоралари ишлаб чиқилганига қарамадан даволаш долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда.

Кўзнинг куйиш касалликларини даволашда анъанавий даво муолажалари билан бир қаторда ноанъанавий даво муолажаларини қўллаш, беморларни касалликлардан тезроқ тузалишига ёрдам беради. Ноанъанавий даво муолажалари сифатида фотодинамик терапияни (ФДТ) келтириш мумкин.

Калит сузлар: кузнинг куйиш касаллиги, фотодинамик терапия, фотодитазин, даволаш.

Долзарблиги: Ҳозирги вақтда кўз касалликларини ичида кўзнинг ҳар хил этиологияли куйиш касалликлари сезиларли даражада учрамоқда. Адабиётлардаги маълумотларга қараганда кўзнинг барча травмаларининг 6,1-38,4% ни кўзнинг куйиш касалликлари ташкил қилади. Булардан 65-75% ни ишлаб чиқариш соҳаси ташкил қилса, қолган улуши маиший соҳага тегишли [1]. Кўзнинг куйиши билан касалланган беморларнинг асосий қисми кимёвий агентлардан зарарланган одамлар ҳисобланса, кейинги ўринда термик агентлардан зарарланганлар банд қилади, камдан-кам ҳолларда инфрақизил нурлардан зарарланганлар учрайди [4,5].

ФДТ кўз касалликларида фотодитазин билан қўлланганда зарарланган тўқима ва хужайраларнинг альтернатив-экссудатив фазасини қисқартириб, регенерациясини сезиларли даражада кучайтиради, яллиғланиш жараёнини камайтиради [2,3,6]. ФДТ зарарланган соҳанинг йирингли ажралмалардан озод бўлишига ёрдам беради. Нейтрофилларнинг фагоцитар активлигини кучайтириб, макрофаг ва фибробласт қатори хужайра элементларни пролиферациясини активлаштиради [1,4].

Мақсад:

Кўзнинг куйиш касалликларини комплекс даволашда фотодинамик терапиянинг клиник самарадорлигини баҳолаш.

Материал ва усуллар: Бизнинг кузатувимизда 40 нафар (68 кўз) бемор қабул қилинди. Эркалар - 22, аёллар - 17. Уларнинг ёши 15 дан 60 ёшгача бўлганларни ташкил қилди, ўртача ёши $33,6 \pm 0,5$ ёш. Беморлар 2 гуруҳга бўлинди: I-гуруҳ (назорат) – 20 та бемор (32 кўз), ципролет 0.3%, диклофенак офтальмик 0.1%, солькосерил гель дори воситалари билан комплекс даволаш ўтказилди. II-гуруҳ (асосий) – 20 та бемор (36 кўз), ципролет 0.3%, диклофенак офтальмик 0.1%, солькосерил гель даво муолажасига қўшимча равишда фотодинамик терапия: 1% ли метилен кўкининг сувли эритмаси томизилиб, 300 мДж кучланишли (тўлқин узунлиги 630 нм га тенг) режим асосида фотодинамик нурланиш 1 маҳалдан 5 кун давомида қўлланилди.

Натижа ва муҳокама: Назорат гуруҳи беморларимизда 4-кундан бошлаб перикорнеал инъекциянинг, кўз ёши суюқлиги оқишининг ва оғриқнинг бироз камайганлиги кузатилди, 6-7 кунларда эса бу белгиларнинг бутунлай йўқолганлигини гувоҳи бўлдик. Шох парда эпителизациясининг тўлиқ шаклланиши 16 нафар беморимизда 9 кунда, 4 нафар беморимизда эса 10 кунда нихоясига етди.

Асосий гуруҳдаги беморларнинг барчасида 3-кундан бошлаб перикорнеал инъекциянинг, оғриқ ва кўз ёши суюқлиги оқишининг камайиши кузатилди. 4-5-кунлардан эса оғриқ ва кўз ёши суюқлиги оқишининг бутунлай тўхташи, перикорнеал инъекциянинг йўқолиши



кузатилди. Шох парда эпителизациясининг тўлиқ шаклланиши 18 нафар беморимизда 6 кунда, 2 нафарида эса 9- кунларда кузатилди.

Шундай қилиб, кўзнинг куйиш касаллиги билан оғриган беморларни анъанавий даво муолажалари билан бир қаторда ноанъанавий даво (ФДТ) муолажаларини қўллаш тўқима ва хужайраларнинг альтернатив -экссудатив фазасини қисқартириб, регенерацияни сезиларли даражада кучайиши, кўз оптик муҳитларини тиниклашиши ва ҳаёт сифатини яхшиланишига олиб келди.

Назорат гуруҳда ўтказилган клиник текширувлар шуни кўрсатдики, кўзнинг куйиш касаллигини фақат одатий даво муолажаси билан даволаганимизда бу дори воситалари куйиш белгиларини камайтирсада бутунлай патологик жараёни тўхташига олиб келмади.

Хулоса: Ўтказилган клиник тадқиқот шуни кўрсатадики, кўзнинг куйиш касалликларини комплекс даволашда фотодинамик терапиянинг самарадорлиги юқори даражада бўлиб, оғриқ ва перикорнеал инъекция, кўз ёши суюқлиги оқишининг тез кунларда пасайиши, беморларнинг зарарланган тўқималари (шох парда) регенерацияси тезроқ юзага чиқиши, даволаш кунларининг камайишини кузатдик. Шу билан биргаликда кўзнинг куйиш касаллиги бўлган беморларимизда одатдаги даво муолажаларига қўшимча равишда фотодинамик терапияни қўллаш кўриш ўткирлигини ҳам сезиларли даражада ошишига ёрдам берди.

Адабиётлар:

1. Бахритдинова Ф.А., Нарзикулова К.И., Миррахимова С.Ш. Динамика биохимических показателей при воздействии фотодинамической терапии в эксперименте // Журнал “Инфекция, Иммуитет и Фармакология” №1, г.Ташкент 2016 г., с.120-124.
2. Бахритдинова Ф.А., Нарзикулова К.И., Ходжаева У.З., Миррахимова С.Ш. Возможности фотодинамической терапии в офтальмологии // Журнал теоретической и клинической медицины, №3, г.Ташкент 2015 г., с.105-1110.
3. Ахметханова Л.П., Чернетский И.С., Макаров П.В. Лечение синдрома сухого глаза при ожоговой болезни // Рефракционная хирургия и офтальмология М., Том 9 / № 2 июнь 2009, С. 27-30.
4. Слепова О.С., Макаров П.В., Гундорова Р.А., Чернетский И.С. Ожоговая болезнь глаза // Сборник трудов 8 Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Фёдоровские чтения – 2009» М.,2009 С. 521-522.
5. Макаров П.В., Гундорова Р.А., Чернетский И.С. Имплантация кератопротезов Фёдорова – Зуева у пациентов с ожоговыми бельмами, признанными неперспективными для кератопластики // Проблемы современной офтальмологии // Сборник научных трудов, посвященный 80-летию Уфимского научно- исследовательского института глазных болезней // Уфа 2006- С.34.
6. Макаров П.В., Катаев М.Г., Гундорова Р.А., Слепова О.С., Чернетский И.С., Балаян Т.Г. О реабилитации пациентов с ожоговой травмой глаз // Вестник офтальмология. Том 125 №5, 2009 С.52-57.



YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLARDA GIPOKSIYANING KECHISHI

Damirova S.U.

Toshkanboyeva D.Sh.

Abdullayeva M.I

Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti talabalari

Tel: +998 998305509

muqaddasabdullayeva09@gmail.com

ANNOTATSIYA. Gipoksiya-patologik jarayon bo'lib, to'qimalarni kislorod bilan ta'minlanishining yetarli bo'lmasligi yoki kislorodni to'qimalar tomonidan o'zlashtirilishining buzilishi natijasida kelib chiqadi. Gipoksiya-bu biologik oksidlanishning mutloq yoki nisbiy yetishmovchiligi holatidir.

KALIT SO'ZLAR: kislorod tanqisligi, apgar shkalasi, gipoksiya

MAVZUNING DOLZARBLIGI: Gipoksiya-patologik jarayon bo'lib, to'qimalarni kislorod bilan ta'minlanishining yetarli bo'lmasligi yoki kislorodni to'qimalar tomonidan o'zlashtirilishining buzilishi natijasida kelib chiqadi. Gipoksiya-bu biologik oksidlanishning mutloq yoki nisbiy yetishmovchiligi holatidir. Statistik ma'lumotlarga qaraganda, u yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 4-6% da qayd etilgan. Chaqaloqlarni kislorod yetishmovchiligidan himoyalovchi kompensator mexanizmlarining yaxshi rivojlanganligidan qattiq nazar, gipoksiya chaqaloq va erta yoshdagi bolalarning eng muhim patologik holatlaridan biri hisoblanadi. U ko'pgina yomon patogen ta'sirlar (yo'ldosh patologiyasi, kindikning qisilishi, tez takrorlanadigan infeksiya, surfaktant tug'ma nuqsoni, immun mexanizmlar yetishmovchiligi va boshqalar) bilan bog'liq. Chaqaloqlarda gipoksiya miya qon aylanishi va nafas buzilishi sindromi rivojlanishida yetakchi patogenetik zveno hisoblanadi. Xalqaro statistika ma'lumotlariga ko'ra, 25-35 % holatlarda chaqaloqlar o'limining sababi hisoblanadi.

MAQSAD. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda gipoksiyani keltirib chiqaradigan omillarni aniqlash va oldini olish va gipoksiya patologiyasi bo'lgan chaqaloqlardagi o'zgarishlar bilan ushbu buzilishni o'z vaqtida tashxislash.

MATERIAL VA METODLAR. Ushbu patologiyaning keng tarqalishining sababi shundaki, homilador ayolning chekishi nafaqat o'zida, balki u ko'tarayotgan bolada ham muntazam gipoksiya holatini keltirib chiqaradi. Ba'zida spirtli ichimliklar, ba'zi dori vositalarini iste'mol qilish, shuningdek, turli infeksiyalar tufayli yuzaga keladi. Yangi tug'ilgan chaqaloq gipoksiya klinikasi bola tug'ilgandan keyin dastlabki daqiqalarda amalga oshiriladi. Buning uchun Virjiniya Apgar tomonidan ishlab chiqilgan shkaladan foydalaniladi. Ushbu tekshirish usulida teri rangi, nafas olish tezligi, refleks faoliyati, yurak urishi 10 ballgacha bo'lgan sistemada baholanadi:

norma-8-10 ball

yengil gipoksiya-6-7 ball

o'rtacha gipoksiya-4-5 ball

jiddiy gipoksiya-0-3 ball

OLINGAN NATIJA. Yangi tug'ilgan chaqaloqda gipoksiyaning rivojlanishiga sabab bo'lgan omillar juda ko'p. Shartli ravishda ularni 4 katta guruhga bo'lish mumkin:

1. Antenatal sabab (homiladorlik paytida kuzatiladi) - homilador ayolning jiddiy somatik kasalliklari va surunkali intoksikatsiyasi.

2. Intranatal sabab (tug'ilishning murakkab jarayoni) - uzoq yoki aksincha, tez tug'ilish, xomilaning tug'ilishdagi shikastlanishi (miya yoki orqa miya shikastlanishi).

3. Kindik-ichakdagi patologiya

4. Homila sabablari - homila va yangi tug'ilgan chaqaloqning gemolitik kasalligi (qizil qon tanachalarining gemolizi tufayli yuzaga keladigan anemiya), yurak-qon tomir va o'pka tizimlarining anomaliyalari, yuqumli infeksiyon kasalliklar.

Agar gipoksiya bola hayotining birinchi daqiqalarida oldi olinmasa, quyidagi belgilar yuzaga keladi: doimiy uyquchanlik, qattiq uyqu, titrash, oyoq-qo'llarning marmar terisi, bolaning tez muzlashi (cho'milish, kiyinish paytida), xavotirli xatti-harakatlar, sababsiz yig'lash.

XULOSA. Xomilalik gipoksiyasi 10,5% hollarda (tug'ilishning umumiy sonidan) kuzatiladi va bu ko'rsatkich pasayish tendentsiyasiga ega emas. Bu homila va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda



30-80% holatda markaziy nerv sistemasiga zarar yetkazadi, bu esa o'z navbatida bolalarning somatic va nerv-psixik rivojlanishining turli xil kasalliklariga, balki, bolaning keying hayoti ham jiddiy oqibatlariga olib keladi. Agar chaqaloqda gipoksiya aniqlansa, yangi tug'ilgan chaqaloq reanimatsiya qilinadi va kislorod kamerasiga joylashtiriladi. Zarur bo'lganda gipoksiya holatini kamaytirish uchun mahsus preparatlar qo'llaniladi. Hayot uchun eng xavfli holat bu-miyaning og'ir kislorod tanqisligidir. Bunday holatda chaqaloq giperbarik kameraga yotqizilmaydi va qon oqimini tiklash uchun mahsus choralar ko'riladi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. <https://yandex.ru/turbo?text=https%3A%2F%2Fhealth.yandex.ru%2Fdiseases%2Fberemenost%2Fgipoksija-novorozhdennogo>
2. A'zamxo'jayev T.S., Yusupov A.S., «Bolalarda intensiv terapiya xususiyatlari» o'quv qo'llanma, O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi. «Tib kitob» nashriyoti, 2010. 112 bet
3. O.A.Husinov: Patologik Fiziologiyadan amaliyot darslari uchun qo'llanma



ПРИЕМУЩЕСТВА МЕТОДА УЛЬТРАЗВУКОВОЙ БИОМИКРОСКОПИИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ (ЗАКРЫТОЙ) ТРАВМЕ ГЛАЗА.

Зохидов Обидбек Улугбек угли

Врач-офтальмолог, РСНПМЦМГ

Телефон: +99890 9206773

E-mail: Obito4friends@mail.ru

Кодирова Шахноза Раззаковна

Врач-офтальмолог, Центральная
поликлиника Учтепинского района
Ташкент, Узбекистан

Аннотация

Механическая травма глазного яблока приводит к различным, определяемым и неопределяемым стандартными методами обследования анатомо-топографическим изменениям. Метод исследования Ультразвуковой биомикроскопии (УБМ) позволяет обнаружить возможные посттравматические изменения оптических сред и «слепых зон» таких как элементы задней камеры, цилиарное тело, цинновые связки, а также выработать правильную тактику лечения и прогнозировать возможные осложнения.

Ключевые слова: механическая травма, ультразвуковая биомикроскопия, цилиарное тело, цинновые связки

Актуальность. С увеличением численности населения земного шара отмечается рост частоты механических травм глаза, которые отмечаются в большинстве случаев у лиц старшего возраста [1].

Установление повреждений после полученных травм глаза позволяют определить правильную тактику лечения, прогноз течения и предотвращение возможных осложнений [4]. Необходимо отметить о целесообразности исследований при посттравматических изменениях оптических сред и «слепых зон» (цилиарное тело, элементы задней камеры). В связи с этим, в сложных клинических ситуациях, приобретает значимость проведения исследований анатомических структур, которые возможны путем применения современного метода диагностики – ультразвуковой биомикроскопии глаза (УБМ) [2,3].

Цель. Изучить с помощью УБМ анатомо-топографические и структурные изменения глаза, возникшие в следствие закрытой механической травмы.

Материал и методы. Нами в РСНПМЦМГ были обследованы 35 пациентов (35 глаз) после получения различных механических (закрытых) травм глаза, в возрасте от 15 до 75 ($45,2 \pm 15,8$) лет. Из них по половому признаку составили мужчин - 32, женщин - 3. Из анамнеза установили, что во всех случаях травмы имел бытовой характер (бытовые предметы, ветки дерева, осколки бетона и т.д.). Срок обращения пациентов составил от 1 дня до 1 мес. Все больные были разделены на 2 группы. В I группу вошли 24 пациента (24 глаза) которым, кроме стандартных офтальмологических исследований (визиометрия, биомикроскопия, тонометрия, авторефрактометрия), проведено УБМ исследование (аппарат UBM SONOMED ESCALON VuMax HD) в целях установления анатомо-топографических и структурных изменений глаза, для выбора тактики лечения и прогнозирования потенциальных осложнений после полученной травмы. Основываясь на анамнезе, установили, что 14 пациентам (14глаз) (58,3%) до получения механической травмы было проведено хирургическое лечение катаракты с имплантацией ИОЛ, (ФЭК с имплантацией ИОЛ – 12 пациентам (12 глаз); ЭЭК – 2 пациентам (2 глаза) .

Контрольную группу составили 11 пациентов (11 глаз), которым были проведены только стандартные офтальмологические исследования в целях определения зрительных функций и характера повреждений для оказания помощи и выбора лечения.

Результаты и обсуждения

В основной группе у 24 пациентов (24 глаз) методом УБМ обнаружены структурные нарушения в следствие полученной травмы, такие как люксация хрусталика, разрыв цинновых связок и цилиарного тела, а также у больных после хирургического лечения катаракты ФЭК с имплантацией ИОЛ - остатки хрусталиковых масс, спаянность их с



цинновыми связками. УБМ переднего отрезка глаза показал в 3 случаях (12,5%) изменение структур угла передней камеры (УПК) в виде иридокорнеального сращения (синехии).

Одной из важных особенностей УБМ является визуализация, детализация изменений и установление факторов риска для прогнозирования гидродинамических и воспалительных осложнений. Так, у 5 (5 глаз) исследованных пациентов установлено прикрытие структур УПК остатками пигмента радужной оболочки с повышением уровня ВГД (от 29ммрт.ст. до 42ммрт.ст.). Развитие посттравматической гипотонии в следствие повреждения цилиарного тела, в частности ее разрыва, отмечено у 3 пациентов (3 глаз) (12,5%), у которых уровень ВГД составил от 6 до 9 мм.рт.ст.

Исследованиями установлено наличие помутнения хрусталика различной степени у 7 (7 глаз) пациентов (29,16%). Также у них были выявлены смещение хрусталика, обусловленное структурными изменениями волокон цинновых связок (разрывы, надрывы)

Исследование УБМ показало, что из 14 пациентов (14 глаз), у которых ранее были проведены операции экстракции катаракты с имплантацией заднекамерной ИОЛ, в 12 случаях (85,7%) отмечали смещение линзы.

У 11 пациентов (11 глаз) контрольной группы, которым были применены только стандартные офтальмологические исследования, но без информативной детализации состояния цинновых связок и цилиарного тела. Сложность в установлении повреждений от полученных травм вышеперечисленными методами, а также детализация децентрализации, смещению ИОЛ у ранее оперированных больных катарактой и информативность о наличии остатков хрусталиковых масс влияли на динамическое наблюдение, тактику лечения и прогнозирование посттравматических изменений.

Заключение

1. Данный метод позволяет выявить изменения, не определяемые стандартными видами диагностических исследований, а также дает возможность динамического наблюдения и прогнозирования течения посттравматического процесса.

2. УБМ способствует детализации изменений в структуре переднего отрезка глаза и установлению точного диагноза в целях оказания помощи и выбору тактики лечения у пациентов, перенесших закрытую травму глаза.

Обзор литературы

1. Гундорова Р.А., Степанов А.В., Курбанова Н.Ф. Современная офтальмотравматология.– М., 2007.– 252 с.

2. Егорова Э.В., Малюгин Б.Э., Морозова Т.А. и др. Анатомо-топографические особенности переднего сегмента артифакичного глаза по результатам исследования методом ультразвуковой биомикроскопии // Офтальмохирургия.– 2010.– № 4.– С. 3-9.

3. Мошетова Л.К., Бенделик Е.К., Алексеев И.Б. и др. Контузии глаза, клиническая характеристика и исходы // Вестн. офтальмологии.– 1999.

4. Намазова И.К., Алиева Г.Ш. К анализу особенностей контузионной травмы у пациентов старшей возрастной группы // Oftalmologiya.– 2008.– № 2



УДК: 617-089.844

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РЕЛАКСАЦИЕЙ ДИАФРАГМЫ.

Пахомов Г.Л., Рихсиев З.Г., Саматов М.У.
Ташкентская Медицинская Академия

Аннотация: Из множества патологических процессов органов грудной и брюшной полостей поражение диафрагмы занимает особое место в силу анатомо- физиологических особенностей, привлекая тем самым интерес врачей различных специальностей – торакальных и абдоминальных хирургов, анестезиологов- реаниматологов, невропатологов.

Ключевые слова: релаксация диафрагмы, диафрагмальные грыжи, френопликация,

Эпидемиология: В 1774г. J.L.Petit описал релаксацию диафрагмы у пациента, страдавшего одышкой после еды. На секции был обнаружен “грыжевой мешок”, содержащий брюшные органы и представлявший, по мнению J.L.Petit, брюшину, диафрагму и плевру вместе без малейшего разрыва мембраны или какого-либо отверстия в мышечных или сухожильных волокнах диафрагмы [7]. Термин “релаксация” (relaxation diaphragmatis) предложен в 1906 г. Wieting, по мнению которого в основе заболевания лежало врожденное или приобретенное уменьшение резистентности диафрагмы, приводящее к ее выпячиванию [18]. Тем самым была определена основная анатомическая особенность, которая отличает релаксацию от грыжи диафрагмы и определяет особенности ее клинического течения.

Топографо-анатомическое расположение и важное функциональное значение диафрагмы объясняют проявляемый интерес к пациентам с ее патологией врачей различных медицинских направлений. Диафрагма является не только грудобрюшной преградой, но также принимает непосредственное участие в механике дыхания, функционировании сердечно-сосудистой и пищеварительной систем.

Патологический процесс может быть обусловлен как недоразвитием диафрагмы или ее травмой, так и различного рода воспалительным или дегенеративным изменением [11,16]. Разнообразные диафрагмальные грыжи и релаксация диафрагмы составляют основную часть патологии диафрагмы в плановой торакальной хирургии. Различные сочетания этиологии процесса, стороны поражения, локализации и размеров грыжевого дефекта, а также переместившихся органов обуславливают разнообразие вариантов клинического течения [10,22].

До настоящего момента не сложилось унифицированного подхода к диагностическим алгоритмам и тактике лечения патологий релаксации диафрагмы. Ситуация усугубляется еще и тем фактом, что лечением этих больных занимаются врачи различных специальностей. Большинство авторов обладает небольшим количеством наблюдений, а выбор способа хирургического лечения, как правило, определяется эмпирически [5,8]. Для устранения диафрагмы при ее релаксации используют различные методики и материалы [4]. Работы, посвященные хирургическому лечению, немногочисленны. Выбор варианта хирургического доступа и способа укрепления диафрагмы основывается на субъективных критериях, когда врач выбирает наиболее привычный ему тот или иной вариант операции. В литературе появляются работы, посвященные как первичному устранению дефекта диафрагмы, так и использованию различных синтетических и биологических материалов. Дискутабельным остается вопрос показаний к аллопластике диафрагмы и преимущества того или иного материала [13, 19].

Клинико-морфологическая разнородность релаксации диафрагмы, отсутствие единых подходов в диагностике и лечении данных групп пациентов, а также оценке результатов лечения определяют актуальность проблемы.

Этиопатогенез: В различные временные периоды было предложено множество теорий и механизмов развития релаксация диафрагмы. Мысль о возможности приобретенного характера РД высказана Gruhveilhier еще в 1849 г., а последующие множественные экспериментальные исследования о роли травмы диафрагмального нерва в патогенезе релаксации служили тому доказательством [9]. На сегодняшний день общепринято, что



нарушение иннервации диафрагмы различного генеза, приводящее к ее дегенеративным изменениям, лежит в основе возникновения релаксации диафрагмы.

Чаще всего причинами развития приобретенной релаксации диафрагмы являются злокачественные опухоли, прорастающие в диафрагмальный нерв, или его ятрогенная травма при операции [2,14]. Реже повреждение диафрагмального нерва происходит при диабете, васкулите, герпесе, сдавлении аневризмой аорты [57]. Нарушение иннервации диафрагмы возможно и центрального генеза, причиной которого бывает распространенный склероз, синингомиелия, синдром Арнольда-Киари, нейрофиброматоз, перелом позвоночника на высоком уровне, сопровождающийся тетраплегией, что также может приводить к релаксации диафрагмы [12]. Диафрагма представляет интерес не только как мышечно-сухожильная преграда между органами грудной и брюшной полостей, но и как основная дыхательная мышца, а также орган, принимающий важное значение в функционировании сердечно-сосудистой и пищеварительной систем. Отрицательное давление в грудной полости, положительное давление в брюшной полости, а также нормальный тонус диафрагмы определяют функциональную деятельность диафрагмы. Нарушение одного из этих факторов неминуемо влечет за собой нарушение нормального функционирования диафрагмальной мышцы.

Из множества патологических процессов органов грудной и брюшной полостей поражение диафрагмы занимает особое место в силу анатомо- физиологических особенностей, привлекая тем самым интерес врачей различных специальностей – торакальных и абдоминальных хирургов, анестезиологов- реаниматологов, невропатологов [3].

Наряду с первичным поражением, в части случаев диафрагма может быть вторично вовлечена в то или иное заболевание, исходящее из органов грудной или брюшной полостей. Патологический процесс может быть обусловлен как недоразвитием диафрагмы или ее травмой, так и различного рода воспалительным или дегенеративным изменением [17,18].

Клиника и диагностика: Развитие релаксация диафрагмы влечет за собой значительные изменения в физиологических механизмах дыхания, которые включают в себя смещение средостения в противоположную сторону, парадоксальное движение диафрагмы, образование ателектазов, вентиляционно-перфузионные нарушения, перераспределение легочного кровотока в противоположную сторону. Исследование, проведенное G.Elshafie et al., демонстрирует влияние перерастяжения купола диафрагмы на контрлатеральную половину, приводящее к еще более грубым функциональным нарушениям [6]. Релаксацию диафрагмы некоторые авторы подразделяют на полную и частичную [20]. При полной РД, когда пораженным оказывается весь купол, рано или поздно возникает целый ряд разнообразных симптомов, складывающихся из нарушения функции самой диафрагмы и прилежащих к ней органов грудной и брюшной полостей [9]. Б.В. Петровский (1965), обобщив свой опыт и данные литературы, выделил 4 типа клинического течения релаксации диафрагмы: 1) бессимптомную форму, 2) форму со стертыми клиническими проявлениями, 3) форму с выраженными клиническими проявлениями, 4) осложненную форму [19]. Среди симптомов наиболее часто возникают респираторные как результат потери диафрагмой дыхательной функции. Ограничение подвижности диафрагмы вызывает снижение функциональных показателей, в том числе жизненной емкости легких и объема форсированного вдоха за 1 секунду. Более того, компрессия легкого на стороне поражения приводит к снижению перфузии базальных отделов, региональному вазоспазму и альвеолярной гипоксии. Неспецифические симптомы, связанные с нарушением сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта, среди которых наиболее часто встречаются дисфагия, тяжесть после еды, тошнота, рвота, возникают реже [18]. Эти симптомы, как правило, возникают у пациентов с левосторонней локализацией релаксации диафрагмы.

Ведущую роль в инструментальной диагностике релаксации диафрагмы играют лучевые методы. Основным признаком заболевания является высокое положение пораженного купола диафрагмы [21]. Уровень стояния диафрагмы может быть различным и достигать II-III ребра. При этом контур купола диафрагмы ровный и непрерывный, а средостение смещается в здоровую сторону. При спокойном дыхании диафрагма почти неподвижна, иногда возникают парадоксальные движения, состоящие в опускании пораженной части диафрагмы при выдохе и подъеме во время вдоха (симптом Алышевского- Винбека),



здоровая половина диафрагмы движется в противоположном направлении. Возникает коромыслообразное движение диафрагмы (симптом Вельмана). При нюхательной пробе купол в момент вдоха поднимается, а затем быстро возвращается к прежнему уровню. Рентгеноскопия является наиболее простым, быстрым и практичным методом для регистрации движений диафрагмы [12]. С этой целью также полезны УЗ исследование, КТ, МРТ и сравнение рентгенограмм, выполненных на вдохе и выдохе. В случае левосторонней локализации релаксации диафрагмы при рентгенологическом исследовании определяется перемещение желудка в грудную клетку и его перегиб со смещением привратника – “каскадный желудок”, а при правосторонней релаксации может возникнуть интерпозиция толстой кишки между печенью и диафрагмой. С целью дифференциальной диагностики может быть использован пневмоперитонеум, позволяющий отделить истонченный купол диафрагмы от перемещенных органов брюшной полости, и рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта [9, 14].

Лечение: до настоящего времени взгляды на тактику лечения релаксации диафрагмы остаются противоречивыми, что во многом объясняется малым количеством наблюдений отдельными авторами [13,15]. Хирургическое лечение является единственным надежным способом, позволяющим достигнуть хороших результатов. При релаксации всего купола диафрагмы активная двигательная способность утрачивается полностью, а восстановить подвижность пораженного участка диафрагмы удастся только в случаях частичной релаксации. Тем не менее, исследование, проведенное Elshafie G. et al. [16], демонстрирует не только исчезновение парадоксального движения диафрагмы после хирургической коррекции, но и значительное улучшение подвижности контрлатерального купола диафрагмы.

Впервые хирургическое лечение релаксации диафрагмы описал J.Morley в 1920 г. [10]. После обнаружения высокорасположенной истонченной диафрагмы он резецировал ее и сшил края. Еще в 1916 г. H.Wood высказал мнение о возможности пластики диафрагмы без ее рассечения [8]. Эта идея была реализована W.Lerche в 1921 г., который впервые выполнил операцию, получившую название “френопликация” [9]. Несмотря на хороший ближайший результат, после подобных операций, рядом авторов были описаны рецидивы заболевания [2,14]. Дальнейшее развитие хирургии релаксации диафрагмы было связано с появлением различных вариантов использования собственных тканей истонченной диафрагмы. С целью уменьшения количества рецидивов различными авторами предложено множество вариантов френопликации как с рассечением диафрагмы, так и без.

Monahan [59] впервые для укрепления диафрагмы использовал сетку из тантала, пришив ее поверх дубликатуры диафрагмы, однако послеоперационный период осложнился плевритом. В 1957 г. Б.В.Петровским была предложена пластика диафрагмы с использованием протеза из поливинилалкогольной губки (“ивалон”), который был подшит вдоль всей линии прикрепления диафрагмы между дубликатурой истонченной, полностью лишенной мышц диафрагмы [10]. Таким образом, заново создавался купол диафрагмы, состоящий из эластичной губки, изолированной от свободных серозных полостей листками из остатков тканей диафрагмы, имеющих серозный покров.

Наиболее частым показанием к хирургическому лечению служит одышка, возникающая при незначительной физической нагрузке и значительно ограничивающая физическую активность больного. Рядом авторов указывается необходимость тщательного отбора пациентов, особенно в группе с частичной релаксацией и бессимптомным течением, для предотвращения ненужных операций [3,20]. При этом отмечается высокая эффективность консервативных мер (снижение веса, дыхательная гимнастика, физиотерапия), направленных на уменьшение клинических проявления [1,11].

Исследования, посвященные операциям по восстановлению проводимости диафрагмального нерва, крайне редки. M.R. Kaufman [22] использовал различные варианты операций на диафрагмальном нерве (декомпрессия, невротизация, протезирование) у 68 пациентов с односторонней релаксацией диафрагмы. Автор отмечает хорошие результаты лечения, сравнимые с результатами лечения больных, которым выполнялась френопликация. Однако эти операции целесообразны при отсутствии дегенеративных изменений и сохранении диафрагмой хотя бы минимальной активности, определяемой при электромиографическом исследовании.



Дискутабельной остается проблема оперативного доступа и рационального способа пластики диафрагмы при РД. Открытый трансторакальный доступ в VII или VIII межреберье до настоящего времени остается наиболее распространенным [9].

Сторонники абдоминального доступа указывают на возможность избежать раздельной вентиляции легких, удобство манипуляций с органами брюшной полости и снижение послеоперационного болевого синдрома в сравнении с трансторакальными доступами. Большинство сторонников абдоминального подхода использовали его при левосторонней локализацией патологического процессе. При релаксации правого купола предпочитали торакотомию, избегая травматичную мобилизацию и низведение печени. В литературе можно встретить единичные наблюдения симультанного устранения релаксации диафрагмы в ходе операции на органах брюшной полости [4]. С широким внедрением эндовидеохирургии начали появляться работы, посвященные лапароскопическому доступу при релаксации диафрагмы [17,7].

Восстановление нормального уровня и укрепление истонченной диафрагмы может быть достигнуто как за счет собственных тканей, так и с использованием различных укрепляющих материалов. В настоящее время широкое распространение получили способы пластики диафрагмы за счет ее собственных тканей [6]. Они достаточно просты, малотравматичны и демонстрируют удовлетворительные непосредственные результаты. Описаны различные технические приемы реконструкции диафрагмы: резекция истонченного участка диафрагмы, гофрирование диафрагмы без рассечения, использование непрерывных или матрацных швов, механического шва с помощью эндостеплера [5]. В подобных публикациях не указывают в каких случаях делали такие операции и возможны ли они при тотальной релаксации купола или они показаны лишь при частичной, когда сохранены какие-то части грудобрюшной преграды.

Аутопластическое укрепление диафрагмы может быть выполнено различными мышечными или мышечно-апоневротическими лоскутами, проведенными через межреберный промежуток, в том числе с использованием микрососудистого шва. В литературе можно встретить примеры использованием лоскутов из мышц передней брюшной стенки (прямая, наружная и внутренняя косые мышцы живота) [11], грудной клетки (широчайшая мышца спины, передние зубчатые мышцы) [7]. Однако, большая травматичность операции получения мышечного лоскута необходимого размера и высокая частота (до 60%) осложнений в виде тромбоза сосудов питающей ножки, ишемии и некроза трансплантата делают этот способ пластики менее привлекательным.

Литература:

1. Дамбаев Г.Ц., Попов А.М., Гюнтер В.Э., Ходоренко В.Н. Аллопластика диафрагмы новыми биологически-адаптированными наноматериалами // Вестник Росздравнадзора. - 2011. - №1. - С. 51-59.
2. Есаков Ю.С., Печетов А.А., Грицюта А.Ю. Выбор метода пластики диафрагмы при приобретенной релаксации с позиции доказательной медицины // Хирургия. - 2014. - № 11. - С. 88–91.
3. Жестков К.Г., Барский Б.В., Есаков Ю.С. Торакоскопические операции при приобретенной релаксации диафрагмы // Матер. XI съезда хирургов Российской Федерации. Волгоград. - 2011. - С. 118-119
4. Кукушкин А.В. Повреждения и грыжи диафрагмы. Диагностика и хирургическое лечение: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Санкт-Петербург. 2014.
5. Овнатаян К.Т., Завгородний Л.Г. Заболевания диафрагмы. К: Здоровье 1967; 270.
6. Петровский Б.В., Каншин Н.Н., Николаев Н.О. Хирургия диафрагмы. – М., 1966. – 356 с. Петровский Б.В., Моисеев В.С., Платов И.И. Хирургия некоторых заболеваний диафрагмы // Хирургия. - 2000. - №7. - С. 23-27.
7. Попов А.М. Способ пластики дефектов диафрагмы тонкопрофильной тканью на основе никелида титана (экспериментальное исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск. 2011.
8. Топольницкий Е.Б., Дамбаев Г.Ц., Шефер Н.А., Ходоренко В.Н. и др. Замещение пострезекционных дефектов перикарда, диафрагмы, грудной стенки сетчатым имплантом из никелида титана // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. - 2012. - Т. 15,



- №1. - С. 14-21. Aksakal E, Erol MK, Gu'ndog' du F, Cinici O. An important cause of dyspnea after coronary artery bypass grafting: phrenic nerve paralysis // Turk Kardiyol Dern Ars. - 2009. - №37. - P. 132–135.
9. Elshafie G., Acosta J., Aliverti A., Bradley A., Kumar P., Rajesh P., Naidu B. Chest wall mechanics before and after diaphragm plication // Journal of Cardiothoracic Surgery. - 2016. 11:25.
10. Esmer D., Alvarez-Tostado J., Alfaro A., Carmona R., Salas M. (2007) Thoracoscopic and laparoscopic repair of complicated Bochdalek hernia in adult // Hernia. - 2008. - №12. - P. 307-309.
11. Iso Y., Sawada T., Rokkaku K., Furihata T., Shimoda M, Kita J. et al. A case of symptomatic Morgagni's hernia and a review of Morgagni's hernia in Japan (263 reported cases) // Hernia. - 2006. - №10. - P. 521–4.
12. Kim do H., Joo Hwang J, Kim K.D. Thoracoscopic diaphragmatic plication using three 5 mm ports // Interact Cardiovasc Thorac Surg. - 2007. - №6. - P. 280–1.
13. Kwak K., Lazzaro R., Pournik H., Ciaburri, Tortolani A., Gulkarov I. Robotic thoracoscopic plication for symptomatic diaphragm paralysis // J Robotic surg. - 2012. - №6. - P. 345-348.
14. Leal Mursuli A., Adefna Pe'rez Radame' s I., Ramos Di'az N., Castellanos Gonza'lez J., Larrinaga Zayas J.A., Valladares C.R. Eventracio' n diafragma' tica trauma' tica derecha: reporte de un caso y revisio' n de la literatura // Rev Cubana Cir. - 2002. - №41. - P. 44.
15. Lemmer J., Stiller B., Heise G., Alexi-Meskishvili V., Hu'bler M., Weng Y., et al. Mid-term follow-up in patients with diaphragmatic plication after surgery for congenital heart disease // Intensive Care Med. - 2007. - №33. - P. 1985–92.
16. Matutani Y., Manaka D., Hirata Y., Shimizu M., Uehara M. A case of adult Bochdalek's hernia with intrapleural perforation of the colon // Rinsho Geka. - 2008. - №63. - P. 1009–1013.
- Moinuddeen K., Baltzer J.W., Zama N. Diaphragmatic eventration: an uncommon presentation of a phrenic nerve schwannoma // Chest. - 2001. - №119. - P. 1615–6.
17. Moon S.W., Wang Y.P., Kim Y.W., Shim S.B., Jin W. Thoracoscopic plication of diaphragmatic eventration using endostaplers // Ann Thorac Surg. - 2000. - №70. - P. 299–300.
18. Shiraishi Y., Miyamoto. T, Shimada I., Pak C., Shinkura N., Ohno N. Bilateral diaphragmatic plication for an adult patient // Nihon Kyobu Geka Gakkai Zasshi. - 1991. - №30. - P. 1927–31.
19. Tokunaga T., Sawabata N., Kadota S., Utsumi T., Minami M., Inoue M., et al. Efficacy of intra-operative unilateral diaphragm plication for patients undergoing unilateral phrenicotomy during extended surgery // Eur J Cardiothorac Surg. - 2010. - №38. - P. 600–3.
20. Tripp H.F., Bolton J.W. Phrenic nerve injury following cardiac surgery: a review // J Card Surg. -1998. - №13. - P. 218–23.
21. Wood H. Surg. Gynec. Obstet.- 1916. - № 23, - P. 344-348.
22. Wright C.D., Williams J.G., Ogilvie C.M., Donnelly R.J. Results of diaphragmatic plication for unilateral diaphragmatic paralysis // J Thorac Cardiovasc Surg. - 1985. - №90. - P. 195–8.
23. Yamashita J., Iwasaki A., Kawahara K., Shirakusa T. Thoracoscopic approach to the diagnosis and treatment of diaphragmatic disorders // Surg Laparosc Endosc. - 1996. - №6. - P. 485–8.

ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ ТАДКИКОТЛАР: ДАВРИЙ АНЖУМАНЛАР: 18-ҚИСМ

Масъул мухаррир: Файзиев Шохруд Фармонович
Мусахҳиҳ: Файзиев Фаррух Фармонович
Саҳифаловчи: Шахрам Файзиев

Эълон қилиш муддати: 31.08.2022

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

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