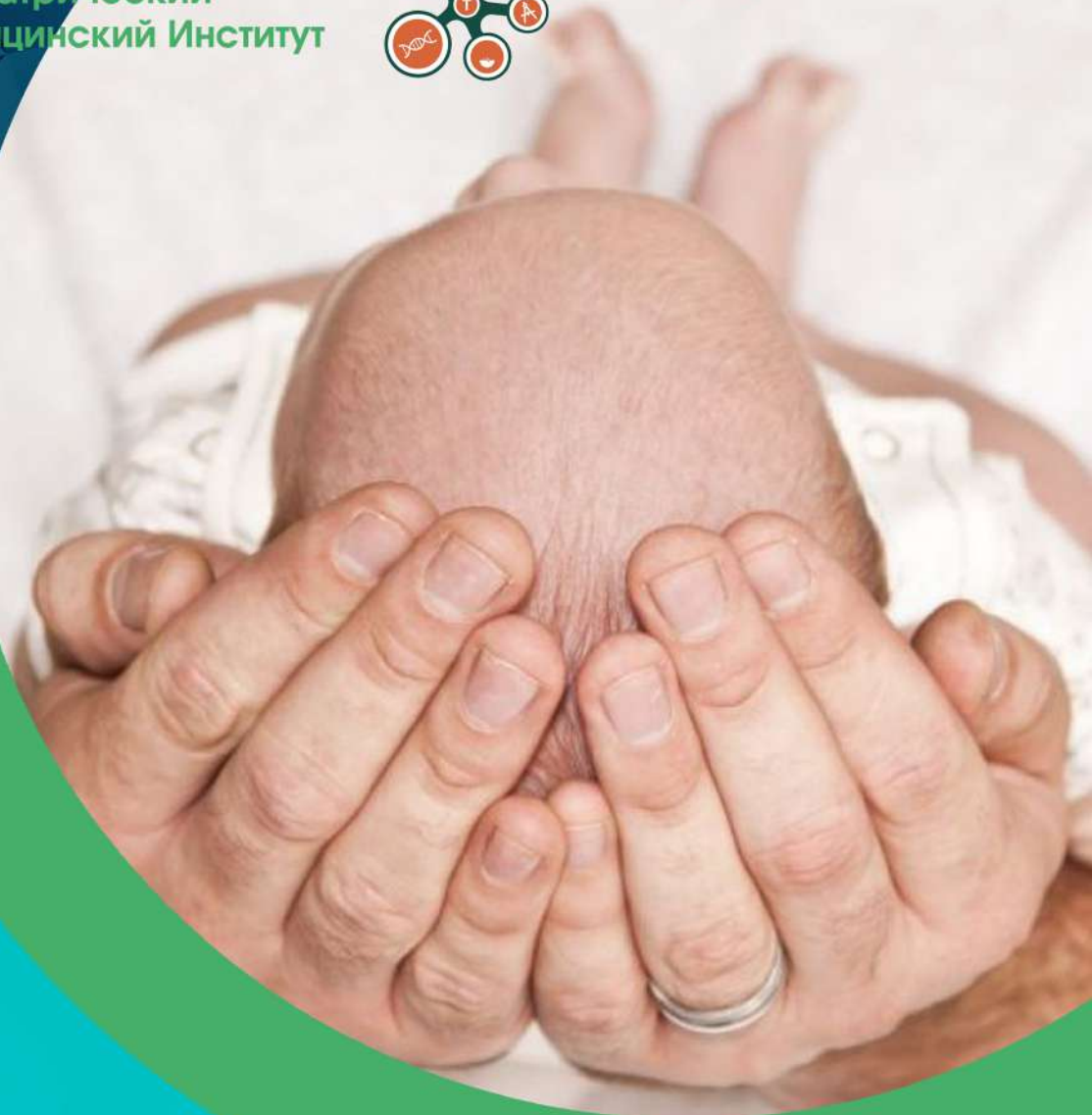




Ташкентский
Педиатрический
Медицинский Институт



Tashqiqot.uz



1 ИЮНЬ
2020
ТАШКЕНТ

DOI: 10.26739/conf_07

АНЕСТЕЗИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ В ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

МЕЖДУНАРОДНАЯ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ

СБОРНИК ТРУДОВ



CONFERENCES.UZ

01.06.2020

Научно-практическая онлайн конференция посвященная 35-летию кафедры
Анестезиологии и реаниматологии ТашПМИ
«Анестезия и интенсивная терапия в педиатрии и детской хирургии»



АНЕСТЕЗИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ В ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Международная онлайн конференция

ТАШКЕНТ-2020



Анестезия и интенсивная терапия в педиатрии и детской хирургии –
Материалы международной онлайн конференции 1 июня 2020 г. Ташкент: Tadqiqot 113 С.

Педиатрия ва болалар хирургиясида анестезия ва интенсив терапия - мавзусида
халқаро микёсида онлайн конференциясининг материаллари тўплами
2020 йил 1 июнь, Тошкент: Tadqiqot 113 Б.

DOI 10.26739/conf_07

Главный редактор

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

Заместитель редактора

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

Агзамходжаев Таълат Сайидалимович - доктор медицинских наук, профессор
заведующий кафедрой Анестезиологии и реаниматологии, Ташкентского педиатрического
медицинского института

Алиев Махмуд Муслимович - доктор медицинских наук, профессор заведующий
кафедрой Факультетской детской хирургии, Ташкентского педиатрического медицинского
института.

Эргашев Насриддин Шамсутдинович - доктор медицинских наук, профессор
заведующий кафедрой Госпитальной детской хирургии, Ташкентского педиатрического
медицинского института

Редколлегия

Абзалова Шахноза Рустамовна – заведующая отделом научных исследований,
инноваций и подготовки научно-педагогических кадров, кандидат медицинских наук,
доцент, Ташкентского педиатрического медицинского института

Юсупов Анвар Собирович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры
Анестезиологии и реаниматологии, Ташкентского педиатрического медицинского института

Нурмухамедов Хуршид Каримович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры
Анестезиологии и реаниматологии, Ташкентского педиатрического медицинского института

Теребаев Билим Алдамуратович - кандидат медицинских наук, доцент кафедры
Факультетской детской хирургии, Ташкентского педиатрического медицинского института

В научный сборник вошли научные работы, посвященные широкому кругу
современных проблем клинической медицины, анестезиологии и реаниматологии в
педиатрии и детской хирургии.

Тўпламга киритилган тезислардаги маълумотларнинг ишончлилиги ва
иктибослардан тўғри фойдаланилганлиги учун муаллифлар масъулдир

© tadqiqot.uz

© conferences.uz

© Коллектив авторов



ОСОБЕННОСТИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

Абдусалиева Т.М., Юлдашева С.А., Мухитдинова Х.Н.

ТашПМИ, ТашИУВ

Актуальность. Важное значение в патогенезе внутричерепной гипертензии (ВЧГ) при ТЧМТ играют такие факторы вторичного повреждения мозга как гипоксия, отек головного мозга - закономерное следствие артериальной гипотензии, гиповолемических состояний, обусловленных травматическим шоком, в свою очередь, усугубляющие нарушение ауторегуляции мозгового кровообращения, обуславливая развитие тяжелых неврологических последствий. В этой связи одной из наиболее серьезных проблем интенсивной терапии больных с ТЧМТ является коррекция отклонений водного баланса, в условиях противоотечной, дегидратационной терапии, направленной на борьбу с отеком мозга, которые могут привести к нарушению ренальных функций, вплоть до острой почечной недостаточности.

Цель работы. Дать оценку инфузионной терапии в первые сутки после тяжелой черепно-мозговой травмы в зависимости от исходной тяжести состояния.

Методы исследования. Изучены составляющие водного баланса: объем парентельно, энтерально и общее количество введенной жидкости, количество видимых потерь, частота сердечных сокращений (ЧСС), показатель сатурации кислорода, температура тела методом ежечасной регистрации параметров в ОРИТ у 100 детей, поступивших с ТЧМТ в РНЦЭМП в возрасте от 9 месяцев до 18 лет в трех возрастных группах: от 9 месяцев до 3 лет (1 группа), от 3,1 до 7 лет (2 группа), от 7,1 до 18 лет (3 группа). Из них мальчиков было 67 (67%), девочек 33 (33%). В зависимости от тяжести состояния больные распределены на 3 подгруппы: 1 подгруппа (продолжительность лечения в ОРИТ от 5 до 10 суток) - 41% от общего количества; во 2 подгруппу включили 28% больных (длительность пребывания в ОРИТ – 11-20 суток); 3 подгруппу составили 31% больных с длительностью интенсивной терапии от 21 до 81 суток. По показаниям респираторная аппаратная (VELA, DRAGER) поддержка начата сразу при поступлении, необходимость обеспечения аппаратной вентиляции легких наблюдалась у всех больных в последующие дни наблюдения.

Результаты и их обсуждение. Объем суточного диуреза свидетельствовал об адекватной выделительной активности почек в 1 сутки после травмы. Выявлена тенденция к ограничению общего суточного объема инфузионной терапии у детей 1 подгруппы в возрасте до 3 лет до 600 ± 167 мл, во 2 подгруппе до 830 ± 263 мл (на 200 мл больше), в 3 подгруппе 693 ± 237 мл в сутки. Таким образом, в возрасте до 3 лет при тяжести состояния



по шкале AIS 2,5 – 3,3 баллов, по CRAMS 6,1-8,3 балла, по GCS 11,9-13,1 балла оптимальным объемом являлся $600,5 \pm 167,4$ мл, с парентеральным введением 64% жидкости. Диурез при этом составил 60% от суточного объема инфузии. При тяжести состояния по шкале AIS 3,9 -4,5 баллов, по CRAMS в среднем 5 баллов, по GCS 8,2 – 9 баллов во 2 подгруппе оптимальным объемом являлся $829,6 \pm 263,7$ мл, с парентеральным введением 59% суточного объема при выделении 42% введенной за сутки воды. В 3 подгруппе при тяжести состояния по шкале AIS 4,84-4,96 баллов, по CRAMS 2,14-2,26 баллов, по GCS 7,21-7,39 баллов оптимальным объемом является в 1 сутки $693,2 \pm 237,3$ мл, с парентеральным введением 61% суточного объема, при потере 59%. Ограничение общего объема вводимой воды было прежде всего обусловлено риском усугубления травматического отека головного мозга в младенческом возрасте.

В возрасте от 3,1 до 7 лет суточный объем жидкости в 1 подгруппе при тяжести состояния по шкале AIS 3,3 – 4,1 баллов, по CRAMS 6,1 -8,3 баллов, по GCS 11,9-13,1 баллов оптимальным объемом оказался в 1 сутки $757,5 \pm 232,3$ мл, с парентеральным введением 73% суточного объема. Во 2 подгруппе при показателях AIS 3,4-4,4 баллов, по CRAMS 3,4-4,8 баллов, по GCS 7,6-10,4 баллов оптимальным объемом являлся $735,0 \pm 363,7$ мл, с парентеральным введением 71% суточного объема. В 3 подгруппе в возрасте от 3,1 до 7 лет при показателях AIS 4,7-5,1 баллов, по CRAMS 0,9-1,7 баллов, по GCS 6,1-6,7 баллов эффективным было введение $974,7 \pm 368$ мл в сутки, с парентеральным введением 67% от суточного количества. Обращает внимание также ограничение объема вводимой жидкости и в возрасте от 3,1 до 7 лет во всех трех подгруппах.

В старшей группе детей (от 7,1 до 18 лет) в 1 подгруппе при показателях шкале AIS 3,9 – 4,9 баллов, по CRAMS 4,5-5,3 баллов, по GCS 8,2-11,2 баллов оптимальным объемом оказался в 1 сутки $1507,7 \pm 466,9$ мл, с парентеральным введением 61% суточного объема. Во 2 подгруппе у детей школьного возраста при AIS 4 – 5 баллов, по CRAMS 3,2 – 4,4 баллов, по GCS 6,5 – 8,1 балла оптимальным объемом оказался в 1 сутки $1518,6 \pm 723,5$ мл, с парентеральным введением 59% суточного объема. В самой тяжелой 3 подгруппе травмированных детей старшего возраста при AIS 4,4-5,2 баллов, по CRAMS 2-4,6 баллов, по GCS 5,6-9,4 балла оптимальным объемом оказался в 1 сутки $1295,1 \pm 502,1$ мл, с парентеральным введением 43% суточного объема.

Вывод. Во всех возрастных группах детей в 1 сутки стабилизации показателей гемодинамики, эффективности противоотечной терапии и сохранению выделительной активности почек способствовало приведенное ограничение суточного объема вводимой воды. Ограничение объема инфузионной терапии у самых тяжелых детей до 3 лет в связи



с риском посттравматического отека головного мозга определяло целесообразность более энергичной медикаментозной коррекции и профилактики повышения ВЧД.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ГЛОССАЛГИИ

Абдуллаев Д.Ш., Хайдаров Н.К. Олимжонов К.Ж.

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

Глоссалгия – заболевание полости рта, не имеющее явных патогенетических причин. Болезненность и жжение языка возникают на клинически не измененной слизистой оболочке языка и сопровождаются покалыванием и чувством онемения. Иногда схожие симптомы наблюдаются в области губ, твердого неба, очень редко болезненные ощущения охватывают всю слизистую оболочку рта. В таких случаях заболевание называется стомалгией.

Распространенность глоссалгии велика. По данным В. М. Назарова и В. Д. Трошина, она составляет 20–25% среди больных с заболеваниями слизистой оболочки рта [2008].

Практические врачи часто ошибочно диагностируют это заболевание, не имея четкого представления о его этиопатогенезе. В связи с этим отсутствуют положительные результаты лечения [Siccoli M. M., 2006].

В настоящее время глоссалгия считается полиэтиологическим заболеванием. В патогенезе главная роль принадлежит вегетативной нервной системе. Эти нарушения носят чаще функциональный, нежели органический характер [А. М. Вейна., 2003; Григорьева В. Н., 2004].

В этиологии глоссалгии выделяют местные и общие факторы. Довольно часто глоссалгия возникает после протезирования. Считают, что её могут спровоцировать травма при препарировании и ортопедических манипуляциях, гальваноз при разноименных металлических включениях в полости рта, аллергические реакции на протезы из акриловой пластмассы. Ряд больных указывают на возникновение жжения в языке после травматического удаления зубов, после инъекций [Klasser G. D., Fischer D. J., Epstein J. V., 2008.].

Несмотря на то что местные факторы оцениваются большинством пациентов как причина болевых ощущений, санация полости рта обычно не приносит желаемого результата [Шток В. Н., 2003.].

Главенствующую роль в развитии глоссалгии отводят общим факторам [Казарина Л. Н., Вдовина Л. В., Воложин А. И., 2008.]. У пациентов наблюдаются заболевания нервной системы, патология желудочно-кишечного тракта, эндокринные нарушения (диабет,



климакс), сосудистые нарушения (атеросклероз, гипертоническая болезнь), остеохондроз шейного отдела позвоночника.

По современным представлениям, глоссалгия – один из симптомов общих заболеваний, а местные раздражители лишь способствуют её проявлению [Hentschel K., 2005; Куприянов И. А., 2008.].

Для каждого пациента, страдающего глоссалгией, должна разрабатываться индивидуальная схема лечения. В любом случае необходимы этиологическое, патогенетическое и симптоматическое воздействие, расширенная санация полости рта (лечение заболеваний зубов, пародонта, рациональное протезирование, создание нормальной высоты прикуса). Одновременно следует проводить обследование, а затем и лечение выявленных заболеваний у других специалистов (невролога, психотерапевта, эндокринолога и др.)

Таким образом, можно сделать вывод, что глоссалгия является полиэтиологическим заболеванием, однако роль нервной системы вообще и вегетативной в частности является определяющей. Значение местных травмирующих факторов, которые зачастую переоцениваются пациентами, довольно велико, но не является ведущим. Глоссалгия не существует изолированно, а протекает на фоне заболеваний различных органов и систем. Более чем в половине случаев имеет место сочетание различных патологий.

Для получения положительных результатов лечение глоссалгии должно быть комплексным, последовательным и преемственным.

ТЕХНИКА МАЛОИНВАЗИВНОЙ ОТКРЫТОЙ РАСЧЛЕНЯЮЩЕЙ ПИЕЛОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ

Агзамходжаев С.Т., Абдуллаев З.Б., Теребаев Б.А., Пулатов Ф.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент.

Цель. Изучить результаты и риски развития послеоперационных осложнений открытой расчленяющей пиелопластики с миниатюрным доступом у детей с обструкцией пиелоуретерального сегмента.

Материал и методы. В настоящем исследовании, проанализированы данные 13 детей с обструкцией пиелоуретерального сегмента, которые подвергались открытой расчленяющей пиелопластике через миниатюрный доступ в период с 2019 года по 2020 год. При определении степени тяжести гидронефроза использовалась классификация, предложенная Обществом по фетальной урологии (SFU). При этом гидронефроз III степени выявлен у 5 пациентов, а IV степень установлена у 8 детей. Во всех случаях была выполнена открытая



расчленяющая пиелопластика с использованием мини-разреза через забрюшинный передне-субкостальный доступом. Результаты оперативного лечения оценивались по восстановлению уродинамики, росту паренхимы, улучшению функции почки по данным радиоизотопной ренографии и динамики изменений размеров чашечно-лоханочной системы.

Результаты. Средний возраст пациентов во время операции составил 11 месяцев (от 6 мес до 20 мес). У всех детей пиелопластика была выполнена без интраоперационных осложнений. Длина разреза варьировалась от 18 мм до 25 мм. Средняя продолжительность операции составила 72 мин (57-80 мин). Ни в одном случае в интраоперационном и послеоперационном периоде не проводилась гемотрансфузия. В раннем послеоперационном периоде у 1 пациента отмечены осложнения в виде атаки пиелонефрита, которые отнеслись к I степени по классификации P. Clavien. Среднее пребывание пациента в стационаре составило 3 дня (2-8 дней). В катамнезе, который составил от 1 месяца до 13 месяцев, положительные результаты оперативного лечения достигнуты у 12 (92,3%) детей. Одному пациенту в связи с отсутствием положительной динамики и развитием инфекции мочевых путей выполнено перкутанная нефростомия.

Вывод. Открытая малоинвазивная пиелопластика с миниатюрным доступом является безопасным, технически осуществимым и эффективным методом хирургического лечения обструкции пиелоуретерального сегмента у детей.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА И ФАКТОРЫ ПАТОГЕННОСТИ

***KLEBSIELLA SPP.* У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Агзамходжаев Т.С., Нурмухамедов Х.К., Исмоилова М.У.

Ташкентский педиатрический медицинский институт. Узбекистан.

Нарушения функции желудочно-кишечного тракта занимают ведущее место в структуре заболеваемости у детей грудного возраста. Как показывают многочисленные исследования, частота встречаемости функциональных расстройств пищеварительного тракта у новорождённых детей, особенно родившихся преждевременно, достаточно высока. Обладая выраженной биологической и экологической пластичностью, *Klebsiella* способна к длительному персистированию в организме человека и может являться причиной микробиологических нарушений в кишечной микробиоте.

Основная цель работы состояла в оценке уровня чувствительности региональных популяций клебсиелл, выделенных от детей раннего возраста, с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта (ФН ЖКТ) к препаратам лечебных бактериофагов, а также изучение их патогенного потенциала на уровне генотипа.



Материалы и методы. Объектами исследования были выбраны 22 аутоштамма клебсиелл двух видов: *K. oxytoca* (n=15) и *K. pneumoniae* (n=7), изолированных из фекалий детей первого года жизни с ФН ЖКТ, в диагностически значимых концентрациях ($\geq 10^4$ КОЕ/г). Бактериологическое исследование содержимого толстой кишки производили в соответствии с отраслевым стандартом. Выделенные микроорганизмы идентифицировали общепринятыми методами. Фагочувствительность определялась к коммерческим препаратам бактериофагов методикой.

Результаты и обсуждение. У детей раннего возраста наблюдались следующие симптомы ФН ЖКТ: неустойчивый стул в виде чередующихся проявлений диареи ($4,5 \pm 4,4\%$) и запоров ($22,0 \pm 8,9\%$), стул с примесью пигментированной слизи, чаще зеленого и желто-зеленого цвета ($27,2 \pm 9,4\%$ случаев). Боли в животе отмечались у 2 детей ($9,1 \pm 6,1\%$ случаев). Повышенное газообразование регистрировалось у 6 детей ($27,2 \pm 9,4\%$ случаев). Из обследованных детей $45,5 \pm 10,6\%$ находились на грудном вскармливании, $40,9 \pm 10,4\%$ – на смешанном и $13,6 \pm 7,3\%$ – на искусственном. Антенатальный анамнез показал, что $95,5 \pm 4,4\%$ детей были рождены в планируемые сроки, и лишь 1 ребенок был рожден раньше срока.

У выделенных аутоштаммов *K. oxytoca* наблюдалась слабая чувствительность (0-1x) к бактериофагу поливалентному ($66,7 \pm 12,1\%$). Средний уровень чувствительности (2x) регистрировался в $13,3 \pm 8,8\%$ случаев. Высокий уровень чувствительности (3-4x) наблюдался у $20,0 \pm 10,3\%$ штаммов *K. oxytoca*. Схожая картина наблюдалась у штаммов *K. pneumoniae* к «Очищенному фагу клебсиелл пневмонии» (0-1x – $57,1\%$; 2x – $28,6\%$; 3-4x – $14,3\%$).

Методом ПЦР был произведен скрининг изолятов *Klebsiella spp.* двух видов на наличие нуклеотидных последовательностей генов, контролирующих синтез факторов патогенности *magA*, *bfp* и *kfu*. В обеих видовых группах частота регистрации клебсиелл с геном *bfp*, кодирующим образование связки пилей, находилась примерно на одном уровне ($33,3\%$ у штаммов *K. oxytoca* и $28,5\%$ случаев у штаммов *K. pneumoniae*). Ген *kfu*, кодирующий систему поглощения железа, выявлялся только у штаммов *K. pneumoniae* в $43,0\%$ случаев.

Таким образом, микроорганизмы рода *Klebsiella spp.*, выделенные из испражнений детей с ФН ЖКТ, обладают факторами патогенности, обеспечивающими персистенцию микроорганизма в кишечнике, характеризуются низким уровнем чувствительности к специфическим лечебным бактериофагам, что может быть одной из основных причин неэффективности терапии используемыми в настоящее время коммерческими бактериофагами.



ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Агзамходжаев Т.С., Нурмухамедов Х.К., Тохиров Ш.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт. Узбекистан.

Патогенетическая терапия токсического синдрома при острых кишечных инфекциях (ОКИ) у детей не может считаться решенной. В патогенезе инфекционного токсикоза ведущую роль играют волевические нарушения с развитием глубоких расстройств всех видов обмена веществ, в результате которых во внеклеточном пространстве и в сосудистом русле происходит накопление промежуточных продуктов неполного обмена, обладающих токсическим действием. Острые экзо-и эндотоксикозы сопровождаются выраженными изменениями ряда показателей гомеостаза, в том числе гемореологических и гемодинамических, приводящих к снижению перфузии ткани и развития гипоксии, ацидоза, накопления продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ), развитию полиорганной недостаточности (ПОЛ) при неадекватной детоксикационной терапии.

Цель исследования. Изучение клинико-лабораторной эффективности включения препарата Инфукол ГЭК в программу инфузионной терапии ОКИ у детей.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 40 детей с тяжелой формой ОКИ в возрасте от 3 месяцев до 7 лет. Этиологический диагноз был расшифрован в 70% случаев обнаружением антигенов ротавируса в кале методом ИФА, у 30% больных этиология ОКИ не установлена. Изучение эффективности Инфукола ГЭК проведен сравнительный анализ в двух репрезентативных (по возрасту, полу, тяжести патологии) группах: основной (20 детей) и контрольной (20) – при терапии глюкозо-солевыми растворами. Инфукол-ГЭК 30 вводили в дозе 10 мг/кг внутривенно, капельно на фоне стандартных комплексных мероприятий. На 1 и 5 дни пребывания изучали вязкость плазмы, гематокрит (Ht), индекс агрегации эритроцитов (ИАЭ), индекс деформируемости эритроцитов (ИДЭ), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), ЦИК.

Результаты и обсуждение. При включении Инфукол ГЭК 30 в комплекс лечебных мероприятий у детей с тяжелой формой ОКИ с эксикозом 2 степени на 1,6 сутки сокращалось длительность тяжелого состояния, быстро восстанавливались гемодинамические нарушения, снижалась температура, исчезла вялость, анорексия. Отмечено сокращение длительности токсикоза на 1,5 суток, что способствовало уменьшению длительности проведения инфузионной терапии на 1,7 дня и сокращению койко-дня на 1,9 дней. На 6 день уменьшались лабораторные показатели токсикоза. У детей данной группы уровни МСМ, С-реактивного белка, ЦИК и ЛИИ были достоверно ниже группы контроля.



Для оценки эффективности Инфукола ГЭК 30 проведенный анализ 1 суток выявил синром высокой вязкости крови при больших и малых скоростях сдвига, увеличение вязкости плазмы. Изменялась реология самого эритроцита за счет повышенной агрегационной способности, существенно увеличивался ИАЭ, эритроциты становились более жесткими, нарушалась деформируемость, значительно снижалось ИДЭ. На 5-6 день повторных исследований восстановились все показатели вязкости крови и плазмы, нормализовалась способность эритроцитов к агрегации и деформируемости.

У пациентов контрольной группы наблюдалась нормализация вязкости крови при больших скоростях сдвига 200 и 100 1/с, при сохраняющейся повышенной вязкости при малых скоростях сдвига, т.е. на уровне микроциркуляторного русла. Вязкость плазмы на достигла контрольного уровня, регистрировалась повышенная агрегационная способность форменных элементов крови, и в крови циркулировали плотные недеформируемые эритроциты – ИАЭ оставалось высоким, а ИДЭ – сниженным.

Выводы. Включение Инфукол ГЭК 30 в программу инфузионной терапии детей с тяжелой формой ОКИ позволило уменьшить степень токсикоза, восстановить гемореологические показатели.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ У ДЕТЕЙ

Агзамходжаев Т.С., Исмоилова М.У.

Ташкентский педиатрический Медицинский Институт, г.Ташкент, Узбекистан

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 мониторный контроль 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.

РЕАЛИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИИ ГАЛОТАНОМ ПРИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Агзамходжаев Т.С., Маматкулов И.Б.

Ташкентский педиатрический Медицинский Институт, г.Ташкент, Узбекистан

На современном этапе ингаляционные анестетики (ИА) продолжают отвечать всем должным требованиям, но остаются полемичными комбинированные способы анестезии на



основе галотана. Осуществление анестезиологического обеспечения (АО) в педиатрической анестезиологии должно отвечать всем требованиям, способствующим деликатному проведению оперативного вмешательства. Среди существующих анестетиков, ингаляционные анестетики обладают значительным преимуществом, импонирующие управляемостью и гладким течением анестезии. В офтальмологической практике данный препарат имеет свои преимущества, дискуссии по которым продолжаются, но уравнивание внутриглазного давления в течении операций является весьма выгодным условием.

Цель работы: Оценить эффективность применения комбинированной галотановой 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 галотана с фентанилом. После премедикации, начинали ингаляцию галотана 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 галотана (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 галотана 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 галотана 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 галотана завершали за 12-15 минут до окончания хирургических манипуляций, с переводом пациентов на подачу 40% O₂. 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.

Выводы. Комбинированная анестезия с применением в качестве основного компонента галотана, обеспечивает эффективное обезболивание и неподвижность глаза при



сохранении низкого ВГД, что является методом выбора анестезии при офтальмологических операциях у детей.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Агзамходжаев Т.С., Юсупов А.С., Файзиев О.Я., Зокирова Н.З.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент

В детской анестезиологической практике существуют специфические анестезиологические проблемы, касающиеся выбора метода анестезии и стабилизации жизненно важных функции организма. Обширные эхинококкэктомии печени отличаются травматичностью вмешательства, большой продолжительностью и нередко массивной кровопотерей.

Целью настоящего исследования явилось оценка эффективности общей анестезии скомбинированной эпидуральной анестезией (ЭА) у детей при эхинококкэктомии печени путем оценки гемодинамики и клинического течения анестезии.

Материал и методы. Исследовались 32 больных детей в возрасте от 4 до 16 лет с эхинококкозом печени. Для обеспечения анестезиологической защиты у 17 пациентов была использована методика анестезии с использованием

Пропофола в дозе 3,0 мг/кг и микродозы Кетамина - 1 мг/кг, в сочетании с ЭАбупивакаином – I группа. В эпидуральное пространство введен 0,5% раствор Бупивакаина в дозе 1,5 мг/кг. Анестезия поддерживалась в/в введением Пропофола 7 мг/кг/час. Действие однократно эпидурально введенного раствора бупивакаина продолжалась до 3,5 часа. Больные были переведены на ИВЛ.

Вторую группу составляли 12 детей, которым проводилась общая анестезия фентанилом в сочетании с пропофолом. Анестезия поддерживалась в/в введением Пропофола 7 мг/кг/час и Фентанила каждые 15 - 20 минут $\frac{1}{2}$ или $\frac{1}{3}$ части от основной дозы.

Проводились следующие методы исследования: клиническое наблюдение течения анестезии с мониторингом ЧСС, АДс, АДд и SpO₂, исследование состояние центральной гемодинамики методом эхокардиографии.

Результаты и обсуждение. Клиническое течение анестезии у больных обеих групп характеризовалось стабильностью общих симптомов. В обеих группах больных показатели гемодинамики, как АДс и АДд в периоде поддержания анестезии характеризовались с тенденцией к уменьшению, сохранялись нормальные величины сатурации кислорода, определяемой методом пульсовой оксиметрии.



В 1 группе больных в наиболее травматичные периоды операции отмечалось увеличение ЧСС на 7,42% и СИ на 20,65%. При этом показатель УПС уменьшался на 21,19% ($P < 0,05$). Остальные показатели, как ФИ и СДД имели тенденцию к уменьшению соответственно на 3,88%, 1,92%. Показатель УО имел тенденцию к увеличению на 5,61%. Травматичный этап характеризовался увеличением СДД на 3,72% и ЧСС на 4,34%. Другие показатели изменились незначительно. Минимальное изменение показателей наблюдались в конце операции.

Во 2 группе больных, по сравнению с исходными данными в периоде поддержания анестезии отмечалось уменьшение УПС на 14,06%. Остальные показатели как ФИ и СДД имели тенденцию к уменьшению соответственно на 2,96% и на 6,07%. При этом показатели УО, ЧСС и СИ имели тенденцию к увеличению соответственно на 3,94%, 3,0% и 6,97%. На этапе разреза кожи отмечались невыраженные отличия показателей центральной гемодинамики по сравнению с предыдущим этапом исследования. Увеличились только ЧСС на 3,49% и СДД на 4,12%. На всех последующих этапах операции гемодинамики оставались стабильными.

Выводы. 1. КЭА бупивакаином в сочетании с пропофолом характеризуется гладким клиническим течением, продленным аналгетическим действием (до 3,5 часа), ранним пробуждением больного от наркоза при операциях эхинококкэктомии печени у детей.

2. В условиях КЭА с применением пропофола течение основных этапов операционного периода сопровождается незначительными, а также компенсированными изменениями основных показателей ЦГ, что свидетельствует об обеспечении эффективной анестезиологической защиты детского организма от операционной травмы.

ИНГАЛЯЦИОННАЯ АНЕСТЕЗИЯ СЕВОФЛЮРАНОМ ПРИ ОФТАЛЬМОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ.

Агзамходжаев Т.С., Юсупов А.С., Маматкулов И.А.

г. Ташкент, Республика Узбекистан.

Ташкентский Педиатрический медицинский институт.

Актуальность. На современном этапе комбинированные методы анестезии на основе ингаляционного анестетика севофлюрана отвечают всем должным требованиям. В офтальмологической практике данный способ 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 офтальмологических операциях у



детей.

Материал и методы. Для обеспечения анестезии у 42 детей при офтальмологических операциях была использована комбинация севофлюрана с малыми дозами фентанила. После премедикации, начинали ингаляцию севофлюрана в дозе 3,0 об%, на фоне внутривенного введения фентанила (2 мкг/кг), производилась интубация трахеи тест дозой ардуана (0,2%-0,06 мг/кг), анестезия поддерживалась ингаляцией севофлюрана (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 офтальмологических 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 севофлюрана 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 севофлюрана, обеспечивает эффективное обезболивание и неподвижность глаза при сохранении низкого ВГД, что является методом выбора анестезии при офтальмологических операциях у детей.

СОСТОЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПРИ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ НАТРИЯ ОКСИБУТИРАТА И ФЕНТАНИЛА У ДЕТЕЙ

Агзамходжаев Т.С., Нурмухамедов Х.К., Валиев А.Р.

Ташкентский педиатрический Медицинский Институт, г.Ташкент, Узбекистан

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.



УРИНАРНЫЕ ФИСТУЛЫ У ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНОЙ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ

М.М. Алиев, Т.Т. Нарбаев, Н.Н.Тураева, У.Х.Тилавов

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Кафедра факультетской хирургии детского возраста. Узбекистан

Введение Несмотря на достигнутые успехи в лечении детей с аноректальными мальформациями, эта проблема остается далеко не решенной, что в немалой степени обусловлено сложной анатомией и топографией ректоанальной зоны, повышенной чувствительностью незрелых тканей к операционной травме и т.п. Немаловажную роль играет и то обстоятельство, что нет единого мнения в вопросах точной диагностики пороков развития, предоперационного ведения и выбора тактики, методов и объема первичной хирургической коррекции; это в свою очередь приводит к тому, что многие практикующие врачи допускают диагностические, тактические и технические ошибки.

Проблема хирургического лечения изучаемого порока развития, привлекающая пристальное внимание исследователей многие годы, до сих пор не утратила своей актуальности и продолжает оставаться одной из окончательно нерешенных проблем колопроктологии детского возраста.

Свищевые формы аноректальной мальформации – один из наиболее часто встречающихся пороков развития у детей. У мальчиков чаще встречается атрезия с ректоуретральным и ректовезикальным свищами. До настоящего времени не существует единой точки зрения в отношении выбора хирургической и лечебной тактики у этой категории больных. Показания к операциям, сроки их выполнения, объем оперативных вмешательств, доступы и оценка эффективности повторных оперативных пособий - остаются предметом дискуссии.

При неудачных исходах первичной хирургической коррекции уринарных свищей наблюдаются вторичные, нередко более сложные, чем изначально, поражения аноректальной зоны и окружающих органов и тканей. Неудовлетворительные результаты лечения аноректальных пороков с соустьями в мочевую систему, остаются высокими и составляют до 10-60%. Серьезные дополнительные проблемы, не способствующие благоприятным функциональным результатам первичной хирургической коррекции аноректальных аномалий, создают сопутствующие, пороки развития смежных органов, главным образом мочеполовой системы.

Цель Улучшение результатов лечения уринарных свищей при аноректальных мальформациях у детей.



Материал и методы. В основу работы положены результаты лечения 37 детей с ректоуретральными и ректовезикальными свищевыми формами аноректальной мальформаций в клинике Ташкентского педиатрического медицинского института за период с 2000 по 2019 годы.

Всем детям наряду с рутинными и общеклиническими методами обследования проводились: обзорная рентгенография брюшной полости, цветная проба, фистулография, экскреторная урография, цистография, УЗИ промежности и МРСКТ малого таза.

Результаты и обсуждение. Для большинства больных с уринарными фистулами, характерными в анамнезе были жалобы на врождённое отсутствие анального отверстия, выделение кала при мочеиспускании или мочи через вновь созданный ректальный канал. Из 23 (62,2%) детей с ректоуретральной фистулой, у 15 и из 14(37,8%) детей с ректовезикальной фистулой, у 10 колостомы сформированы на первые сутки жизни, чаще в перинатальных центрах и клиниках по месту жительства, у 12 пациентов мальформация расценена как низкая форма и проведены попытки промежностной коррекции порока, когда ещё свищ не начал функционировать, и не был диагностирован при рождении.

Из 37 детей, у 2(5,4%) с ректоуретральным свищём проведена ППП с иссечением ректоуретрального свища, БППП по Ромуальди проведена у 12 (32,4%), из них 7 (18,9%) детей с ректоуретральной и 5 (13,5%) с ректовезикальной фистулой. Интраректальная БППП по Ромуальди-Ребейну выполнена у 13 (35,1%), из них 7(18,9%) детей с ректоуретральной и 6(16,2%) с ректовезикальной фистулой соответственно. У 4(10,8%) пациентов с рецидивом заболевания сформированы колостомы. В 6(16,2%) случаях проведены повторные операции.

Наибольший процент осложнений наблюдался после повторной БППП-18 (30%). Повторная коррекция порока с уже развившимися осложнениями после предшествовавшей операции, проходила с тактическими и техническими трудностями в виду грубых анатомо-физиологических изменений. Приходилось отходить от выполнения некоторых нюансов классических операций. У 13 детей отмечалось одновременно «микст» нескольких осложнений, что также увеличило общее количество осложнений. Так ретракция низведенной кишки в послеоперационном периоде привела к нагноению послеоперационной раны и рецидиву свища. Выраженность стенозирования было прямо пропорционально уровню ретракции низведенной кишки. При изучение характера осложнений обратили внимание на тот факт, что чаще всего они развивались вследствие инфицирования промежностных швов; расхождение краев раны 9 (15%) случаев, рецидив свища 9 (15%). Некроз выведенной культи 12 (20%). Повреждение уретры отмечены у 7 (11,7%) детей, 5 (8,3%) из которых проведена операция Хольцова. Осложнения ближайшего послеоперационного периода после БППП по Ромуальди и интраректальной БППП по



Ромуальди-Ребейну составили примерно одинаковое соотношение, 17 (28,3%) и 15 (25%) соответственно.

Анализ изучения осложнений показал, что наибольший процент осложнений наблюдался после БППП по Ромуальди в 18 (30,5%) случаях, после интравенечной БППП по Ромуальди-Ребейну в 16 (27,1%), после повторной БППП в 16 (27,1%). Общее количество осложнений составило 59, на первый взгляд это очень высокий показатель, но следует отметить, что это объясняется развитием у 30% детей одновременно нескольких видов осложнений.

Выстояние слизистой кишки выявлено в 6 (10,2%) случаях, передняя эктопия ануса в 5 (8,5%), внесфинктерное низведение в 8 (13,5%), анальная инконтиненция в 18 (30,5%), рубцовый стеноз ануса в 8 (13,5%), рецидив свища в 6 (10,2%) случаях соответственно. Стеноз уретры отмечен в 8 (13,5%) случаях, после иссечения ректоуретрального свища и операции Хольцова.

Заключение. Таким образом в результате анализа преимуществ брюшно-промежностной проктопластики при ректоуретральных и ректовезикальных свищах, можно отметить хорошую визуализацию свища и окружающих структур, что позволяет мобилизовать свищ и избежать формирования дивертикула уретры, минимальную травматизацию передней брюшной стенки и раны промежности: мышечного комплекса прямой кишки, мышц наружного анального сфинктера. Наблюдать за сокращением пуборектальной петли и оценивать ее функциональную сократимость, а также выполнять низведение кишки точно в центре мышечного комплекса, что как непосредственно так и в отдалённые сроки улучшает результаты лечения аноректальной мальформаций с уринарными фистулами и повышает качество жизни пациентов.

БОЛАЛАРДА ХИРУРГИК АРАЛАШУВЛАРДА ПРОМЕДОЛ БИЛАН АНЕСТЕЗИЯ ҚИЛИШНИНГ АДЕКВАТЛИГИ

Аташев А.Р., Собиров Э.Ж.

ТТА, Урганч филиали

Қон айланиш ҳолатига оғрикислантериш воситаларининг турли таъсирлари маълум, бу эса гемодинамика кўрсаткичларида ва анестезиологик кўмакнинг адекватлигида муҳим ўринни белгилайди.

Изланишларнинг асосий мақсади болаларда хирургик аралашувларда промедол билан оғрикислантирганда периферик (ПГ) ва марказий (МГ) гемодинамика кўрсаткичларининг ўзгаришини аниқлашдир.

Материаллар ва методлар. Изланишлар асосан кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи ва сийдик чиқариш йўллари (СЧЙ)ривожланишининг туғма нуқсонларини (РТН) режали операциясига тайёрланган 30 та болада ўтказилди. Беморлар 2 гуруҳга бўлинди: 1-гуруҳ



(15 бола) – промедол (1-2 мг/кг) ва оксибутират натрий (100 мг/кг) билан оғриксизлантирилди ; 2-гуруҳ (15 бола) – промедол (1-2 мг/кг), седуксен (0.4 мг/кг), ва кетамин (3 мг/кг) билан оғриксизлантирилди. Премедикация (атропин 0,1 %-0,01 мг/кг + седуксен 0,5 % -0,3 мг/кг + промедол 1%-0,1 мл/ёш). Миоплегия ардуан (0.06 мг/кг) билан амалга оширилди. 3,5 мГц датчикли “aloka-SSD-260” (Япония) аппаратида эхокардиография (ЭхоКг) усули орқали МГ [систолик охир ўлчами (СОЎ) ва диастолик охир ўлчами (ДОЎ), R-R интерваллар ва хайдаш вақти] ўрганилган.

Натижалар ва муҳокамалар. 1 ёшли болаларда премедикация вақтида артерио-веноз босим (АБ) нинг сезиларли ўзгаришларисиз оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг куриши билан кечадиган ЮҚС тезлашиши кузатилган. Қорачикнинг ёруғликка кучсиз реакцияси сақланган ҳолатда унинг торайган пайтида ва склеранинг намлиги сақланган пайтида оғриксизлан-тириш воситаларини киритиш ва уни ушлаб туриш жараёни силлиқ кечди. Айна даврда АБ нинг аниқ ўзгаришлари қайд этилмади. Юрак тонлари аниқлиги сақланган, периферик томирлардаги пулсда ўртача тўлишиш ва кучланиш қайд этилган. Наркозни киритиш босқичида бошланғич кўрсаткичларга қараганда ЮҚС нинг 32,68% га, периферик солиштирма қаршилиқ(ПСК) нинг 23,77 %га, зарб индекси (ЗИ) нинг 9,41%га ошиши кузатилган. Аввалги босқичлар билан солиштирганда операциянинг оғир жароҳатли даври юрак индекси (ЮИ) нинг 37,27%га , ЮҚС нинг 41,65%га, зарб индекси(ЗИ)нинг 12,22%гаошиши характерланади. Сезиларли гемодинамик реакциялар намоён бўлмаган пайтда адекват спонтан нафас олиш пайдо бўлгандан сўнг экстубация бажарилди. Операциядан кейинги даврда 6 соат давомида кўшимча оғриқ қолдирувчи воситаларни киритишга бўлган зарурият кузатилмади.

2 ёшли болалардан олинган натижалар бошланғич кўрсаткичларга қараганда ЮҚС нинг 25,27%га ва ПСК нинг 24,52%га ошиши билан характерланади. Ушбу гуруҳдаги болаларда наркозни киритиш даврида бошланғич кўрсаткичларга қараганда ЮИ нинг10,64%га пасайиши, ЮҚС нинг 15,46%га ва ПСК нинг 25,58%га ошиши кузатилди. Шу билан бир қаторда анестезиянинг олдинги босқичи билан солиштирганда ЗИ, АБ ва ЮИ кам микдорда ўзгарган.

Анестезияни ушлаб туриш даври ПГ ва МГ нинг маълум ўзгаришлари билан характерланган. 2 ёшли болаларда кўпинча жароҳатли давр ЮҚС ни 12,52 %га ошиши билан биргаликда ЮИ нинг 2,38 %га, ЗИ нинг 2,97%га ва ПСК нинг ҳам 7,55 %га камайиши намоён бўлган. Бироқ операция охирида намоён бўлган ўзгаришлар мувозанатлашди.

Хулоса. Промедолнинг кетамин ва седуксен билан биргаликдаги анестезияси, ҳамда промедол + оксибутират натрий анестезияси қўлланилганда ПГ ва МГ сезиларсиз ўзгаришлари қайд қилинган. Бу эса бола организмнинг операциядаги жароҳатлардан самарали ҳимояси ҳақида дарак беради. Болаларда хирургик жаррохликларда промедол билан марказий оғриксизлантириш қон айланиш тизимига жиддий салбий таъсир кўрсатмайди.

СЕДАЦИЯ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ У ДЕТЕЙ

Б.Д. Бабаев, И.Ф. Острейков, М.К. Штатнов, В.В. Никитин,

Р.А. Надбитова, А.М. Багажков

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования. ДГКБ им. З.А. Башляевой. г. Москвы. Россия



Актуальность. На психику больных, находящихся в отделении реанимации влияет множество физических и психологических факторов. Восприятие отрицательных факторов зависит от индивидуальных и возрастных особенностей, с учетом которых должен проводиться выбор седативного препарата. У детей вероятность возникновения клинически значимых изменений гемодинамики в ответ на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), санацию трахеи, манипуляции, связанные с уходом, значительно выше, чем у взрослых. Подход и показания к седации в детской практике значительно отличаются от взрослой.

Во многих исследованиях показано, что длительная внутривенная седация вызывает привыкание к седативному препарату (1), продлевает ИВЛ, может привести к развитию пневмонии, вентиляторассоциированного поражения легких, к нейромышечным расстройствам, затрудняет оценку неврологического статуса и значительно увеличивает общую стоимость лечения.

Цель исследования - применение ингаляционных анестетиков при седации у детей в отделении реанимации.

Материал и методы исследования. В детской городской клинической больнице им З.А. Башляевой Департамента здравоохранения г. Москвы в отделении реанимации и интенсивной терапии была применена ингаляционная седация у 20 пациентов в возрасте от 2 месяцев до 10 лет, находящихся в отделении реанимации с тяжелыми гнойными процессами в брюшной полости, с нейрохирургической и соматической патологией. Все дети нуждались в седации для синхронизации с аппаратом искусственной вентиляции легких. Больные были разделены на 3 группы в соответствии с применяемых препаратов для седативной терапии: 1-группа использовали ингаляционную седацию севофлураном; 2-группа ингаляционную седацию проводили изофлураном; 3-группа (контрольная) седация с применением раствора мидазолама в дозе 0,25-0,5 мг/кг/ч у 25 пациентов.

Использовали анестетик-сберегающее устройство (ACD - AnaConDa, Sedana Medical). ACD — это модифицированный тепло-и влагосберегающий бактериальный фильтр в который добавлена дополнительная мембрана из активированных волокон карбона (отражатель анестетика). Анестетик доставляется в жидком виде посредством шприцевого насоса через пористый катетер (испаритель), внутри ACD к отражателю со стороны пациента. Диффузия анестетика осуществляется на протяжении проводника, имеющего большую поверхность и при испарении, потоком вдыхаемого газа доставляется к легким. Во время выдоха 90% анестетика сорбируется на поверхности активированных карбоновых волокон и используется вновь во время следующего вдоха. Только 10% анестетика проходит через фильтр, попадая в контур выдоха аппарата ИВЛ. ACD -это одноразовое устройство.



Производитель рекомендует менять ACD после 24 часов использования. ACD располагается между V — образным переходником и эндотрахеальной трубкой. Анестетик набранный в шприц объемом 50 мл (входящий в набор) подавался в систему при помощи стандартного перфузора B.Braun. Скорость инфузии анестетика колебалась от 3 до 7 мл/час в зависимости от показателей уровня седации.

Контроль седативной терапии проводился с помощью BIS – мониторинга и ЭЭГ. Регистрация данных BIS и клиническая оценка эффективности седации при постоянном введении препарата оценивали по шкалам седации на следующих этапах: I – до начала введения препарата, II – во время введения препарата, III – после достижения постоянного уровня седации.

Результаты исследования и их обсуждение. На I этапе в группах пациентов при моноседации ингаляционными анестетиками исходные показатели схожи и соответствовали уровню бодрствования. При индукции (II этап) севораном: по Ramsey $2,9 \pm 0,49$ баллов, наблюдался уровень средней степени седации, а по BIS регистрировалась величина $76,8 \pm 1,69$ Ед., что соответствовало уровню средней степени со смещением к легкой степени. А при седации изофлюраном: по Ramsey $2,5 \pm 0,44$, по BIS $78,4 \pm 2,05$ Ед. В процессе анализа полученных данных уже на III этапе установлено, что при седации ингаляционными анестетиками в исследуемых дозах значительных изменений BIS не отмечается. При подаче севорана получены данные по шкалам Ramsey $2,26 \pm 0,25$ баллов соответствует минимальной величине BIS $70,9 \pm 1,08$ Ед. В группах с седацией изофлюраном по шкале Ramsey $2,06 \pm 0,18$ баллов, где BIS соответствовал величине $72,6 \pm 1,08$ Ед.

Выводы. За время использования нами ингаляционных анестетиков в качестве медикаментозной седации в ОРИТ было отмечено, что параметры гемодинамики оставались стабильными, кардиотонической и вазопрессорной поддержки не требовали, на фоне ИВЛ отмечалось адекватная дыхательная деятельность без признаков десинхронизации, что позволило ускорить перевод пациента на вспомогательное дыхание. Постоянный ингаляционный способ введения препаратов способствует поддержанию требуемой глубины уровня седативной терапии необходимый период времени у больных, находящихся на длительной седации и практичен в коррекции. Таким образом, полученный результат представляется достаточно интересным и клинический многообещающим, чтобы продолжить изучение эффективности ингаляционной седации у детей в ОРИТ.



КРИТЕРИИ ВЫПОЛНЕНИЯ ТРАХЕОСТОМИИ У НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Бекназаров А.Б., Толипов М.Г.

ТашПМИ

Трахеостомия у нейрохирургических больных (НБ) является оптимальной методикой обеспечения проходимости дыхательных путей (ДП) и разобщения их с желудочно-кишечным трактом (ЖКТ) при длительной искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Критериями для принятия решения о выполнении трахеостомии являются факторы, позволяющие прогнозировать длительную ИВЛ и продолжительную защиту ДП от аспирации содержимого ЖКТ, ротоглотки вследствие неврологических нарушений.

Цель исследования. Уточнить прогностические критерии для выполнения трахеостомии у НБ на основании длительной ИВЛ и продолжительной канюлизации трахеи.

Материалы и методы. Проведено исследование 120 тяжелых больных (3-12 лет) находящихся в ОРИТ по поводу тяжелой изолированной патологией головного мозга (ГМ) различного генеза. У 58 (48,3%) больных диагностировано нетравматическое внутричерепное кровоизлияние, у 43 (35,8%) –тяжелая изолированная ЧМТ, у 13 (10,8%) – кровоизлияние в опухоль, у 4 (3,3%) – кровоизлияние в бассейне среднемозговой артерии, у 2 (1,8%) постгипосическая энцефалопатия. Локализация процесса в субтенториальном пространстве отмечена у 15 (12,5%), в супратенториальном – у 105 (87,5%). Трахеостомию выполняли в сроки от 1-15 сут. проведения ИВЛ при оротрахеальном интубировании. В качестве потенциальных факторов длительной ИВЛ (более 14 сут) и продолжительной канюлизации трахеи (более 14 сут) выбраны признаки: уровень сознания по шкале комы Глазго (ШКГ), развитие вентилятор-ассоциированной пневмонии, признаки бокового смещения срединных структур, сдавление базальных цистерн (СБЦ: 3-4 степени по С.В. Вавилову) внутрижелудочкового кровоизлияния, субарахноидального кровоизлияния (САК), гидроцефалии, выявленные при КТ ГМ. Выполнялся множественный логистический регрессионный анализ с отбором признаков по прямой и пошаговой процедуре (включения и исключения признаков), если результаты совпадали, решение было окончательным. Относительный вклад предикторов выражался величиной статистики Вальда (с использованием χ^2 -критерия Пирсона), регрессивным коэффициентом и отношением шансов. Соответствие результатов, полученных с помощью уравнения регрессии, с фактическими оценивалось с использованием χ^2 -критерия Пирсона, статистики отношения правдоподобия, диагностической точности, чувствительности, специфичности, прогностической точного положительного и отрицательного результата.



Результаты и обсуждение. Множественный регрессионный анализ показал, что факторами длительной ИВЛ явились уровень сознания пациента 8 баллов и менее по ШКГ и САК, выявленные при КТ ГМ. У детей с уровнем сознания 8 баллов и менее по ШКГ и САК увеличиваются шансу длительной ИВЛ по сравнению с больными, не имеющими перечисленных выше признаков в 3,93 раза (95% доверительный интервал- ДИ- от 2,65 до 9,37) и 3,96 раза (95% ДИ от 1,62 до 9,70). Полученная модель позволяет статистически достоверно прогнозировать длительную ИВЛ более 14 сут (χ^2 15,41; $p < 0,001$) с диагностической точностью 68,3%, чувствительностью 70,6%, специфичностью 65,4%, прогностической точностью положительного результата 72,7%, прогностической точностью отрицательного результата – 63%. Результаты анализа показали, что факторами продолжительной канюлизации трахеи являются уровень сознания пациента 8 баллов и менее по ШКГ и сдавление базальных цистерн (СБЦ).

У больных с СБЦ и уровнем сознания 8 баллов и менее по ШКГ, увеличиваются шансы продолжительной канюлизации трахеи по сравнению с больными, не имеющими перечисленных выше признаков в 5 раз (95% ДИ от 1,58 до 15,84) и 3,7 раза (95% ДИ от 1,45 до 9,79) соответственно. Представленная модель позволяет статистически достоверно прогнозировать продолжительную канюлизацию трахеи более 14 сут (χ^2 14,03; $p < 0,001$) с диагностической точностью 63,8%, специфичностью 72,5%, прогностической точностью положительного результата 82,3%, прогностической точностью отрицательного результата 50%. Пациентам с указанными факторами, играющими важную роль в течении основного заболевания, целесообразно проведение ранней трахеостомии.

САК является одной из причин преждевременной смерти и инвалидности, смертность при котором в течении первых 48 часов колеблется от 30-67%. Травматическое САК существенно утяжеляет течение ЧМТ. Дислокация и сдавление ствола ГМ – один из факторов, определяющих тяжесть состояния больного с внутричерепным кровоизлиянием. При оценке дислокационного синдрома на КТ ГМ большое внимание уделяют состоянию цистерн основания мозга, прежде всего деформации опоясывающей цистерны, а также бокового смещения срединных структур мозга и деформации желудочков мозга.

Вывод. Прогностическими критериями для выполнения трахеостомии у НБ являются факторы длительной ИВЛ: уровень сознания 8 баллов и менее по ШКГ и субарахноидальное кровоизлияние, выявленное на КТ ГМ.



К ЛЕЧЕНИЮ КЕТОАЦИДОЗА У ДЕТЕЙ

Бекназаров А.Б. Голипов М.Г.

ТашПМИ

Введение. Сахарный диабет (СД) у детей – частое эндокринно-обменное заболевание, негативно влияющее на физическое, психическое и эмоциональное состояние. Диабетический кетоацидоз (ДКА) – основная причина госпитализации детей с СД1 по экстренным показаниям. В основе ДКА лежит длительно существующая гипергликемия, кетонемия с развитием ацидоза разной степени тяжести на фоне дефицита инсулина. ДКА развивается при поздней диагностике манифестационного СД1 или длительной декомпенсации текущего заболевания. Выраженная дегидратация, гиповолемия, метаболический ацидоз и электролитные нарушения – это основные факторы определяющие тяжесть состояния больных с ДКА. Для оптимизации лечения ДКА и диабетической комы у детей нами предложена оригинальная методика, направленная на снижение риска развития осложнений, позволившая снизить смертность от ДКА на 0,3% от мировых данных (0,5%-0,6%).

Цель исследования. Анализ закономерностей лечения ДКА при СД1 с использованием элементов устойчивости биологических систем.

Материалы и методы. Исследование проведено у 90 ($12,2 \pm 0,44$ года) детей, со стажем заболевания $4,15 \pm 0,81$ года, разделенные на 2 группы: 1-я – 56 - с впервые выявленным СД1 (ВВСД1); 2-я - 34 ребенка с разными сроками текущего СД1. В каждой группе с ДКА выделяли 3 подгруппы в соответствии со степенью выраженности ацидоза (рН при поступлении) 7,3-7,2 – ДКА – легкой степени тяжести; 7,1-7,2 – средней; менее 7,1- ДКА тяжелой степени. Исследовали в капиллярной крови: глюкозу, рН, ВЕ (дефицит оснований), гематокрит, калий, натрий, кальций, лактат на газовом анализаторе GEM Premier 3000 (Instrumentation Laboratory).

Результаты и обсуждение. Постоянное введение глюкозы необходимо для профилактики резкого снижения гликемии и отека головного мозга (ОГМ) на фоне лечения. Рекомендуемые дозы глюкозы в зависимости от уровня гликемии: 2,5% - при сахаре крови более 25 ммоль/л; 5% - при сахаре крови 14-25 ммоль/л; 7,5;-10% - при сахаре крови ниже 14 ммоль/л. В связи с тем, что у детей, поступающих в состоянии ДКА, исходно наблюдается нормальный или частично повышенный уровень натрия в сыворотке крови, дополнительное введение натрия при старте терапии может быть опасным вследствие возможности развития гиперосмолярной комы.

Важным аспектом терапии ДКА является ликвидация дефицита калия, вследствие чего использование хлорида калия из расчета 3-5 мэкв/кг/сут необходимо добавлять уже в



начале терапии с постепенный увеличением ее до 0,3-0,5 мэкв/кг/час. Инсулинотерапия – важный компонент лечения ДКА, при внутривенном введении инсулина короткого действия, с соблюдением принципа «малых доз» (0,10-0,12 ЕД/кг/ч). Не следует резко увеличивать дозы инсулина в ответ на отсутствие снижения сахара крови в первые часы лечения, вследствие развития инсулинорезистентности при ДКА. Гипогликемия на фоне ДКА приводит к быстрому развитию отека мозга и многократно увеличивает риск смерти. Если ацидоз по-прежнему резко выражен, а сахар крови низкий, уменьшение доз инсулина должно быть кратковременным, только на время повышения гликемии за счет введения более концентрированных растворов глюкозы.

При анализе клинико-метаболических показателей лечения ДКА различных степеней у детей при СД1 в основе восстановления рН, в ходе лечения, лежит единый биомеханический механизм. Применение теории устойчивости к данной системе явилось наличие трех стационарных значений рН у пациентов по ходу лечения ДКА. Из них состояние при рН=7,4 –устойчивое стационарное состояние; рН=6,9 – устойчиво с «точкой неоврата»; рН <6,9 – устойчивое, но не устойчивое состояние, с возможной гибелью организма. У пациентов с исходным значением рН менее или равно 6,9 риск ОГМ многократно возрастает, требует мониторинга состояния.

Таким образом, предложенная методика лечения ДКА на основе инфузии глюкосолевых растворов на протяжении всего лечения и малых доз инсулина поддерживает значение рН и гликемии в безопасном диапазоне даже у пациентов с выраженным риском отека мозга.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Бабаханов Г.К., Нурмухамедов Х.К., Валиев А.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт. г. Ташкент

Введение. Проблема выбора анестезиологического пособия при оториноларингологических (ЛОР) хирургических операциях особенно актуальна в настоящее время в связи со значительным увеличением их числа. Успех операции во многом зависит от безболезненности проводимых вмешательств. Поэтому качество анестезии при проведении подобных операций во многом определяет её исход. Обильное кровоснабжение ЛОР-органов создает опасность кровотечения при проведении операции, что может резко усложнить её проведение. Необходимость постоянной профилактики аспирации крови, сохранения проходимости дыхательных путей постоянно присутствуют при проведении операций.



В последние годы, с введением усовершенствованных анестезиологических методик, повышением эффективности и безопасности анестезии, а также, что немало важно, увеличением числа родителей, желающих оперироваться под наркозом и снижением возрастных сроков проведения операции количество хирургических операций, выполняемых под интубационным обезболиванием неуклонно возрастает.

Учитывая то, что сторонники разных методов обезбоживания выдвигают свои версии преимущества каждого из них, мы поставили перед собой цель провести сравнительный анализ эффективности обезбоживания путем сравнения уровня комфортности для больного при проведении оториноларингологических хирургических операциях.

Цель исследования. Изучали динамику гормона стресса у ЛОР-оперированных больных, определяя уровень кортизола в крови.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 20 больных (3-14 лет), из них у 10 человек, операция выполнялась под местной анестезией (1-я группа) и 10 человек оперированы под общим обезболиванием. Для анализа изменения уровня гормона стресса проводилось сравнение уровня кортизола в крови больных до ЛОР-операции, в момент максимальной хирургической травмы и после операции. Определение концентрации кортизола в крови проводили с помощью радиоиммунологического анализа набором CORTISOL.RIA kit. Единицы измерений – нмоль/л. Исследование уровня кортизола проводилось с целью оценки адекватности анестезии, определения влияния степени операционного стресса. Забор крови для исследования осуществляли утром перед введением премедикации, во время операции и в послеоперационном периоде (через час после операции).

Результаты и обсуждение. Динамика изменения уровня кортизола на этапах ведения больного *до операции*: при местном обезболивании 604 ± 38 нмоль/л; при общем обезболивании 614 ± 35 нмоль/л; *на высоте операции*: при местном обезболивании 645 ± 37 нмоль/л; при общем обезболивании 381 ± 22 нмоль/л; *после операции*: при местном обезболивании 690 ± 21 нмоль/л, при общем обезболивании – 320 ± 28 нмоль/л

Как видно из приведенных, уровень кортизола в крови больных, оперируемых под местной анестезией на высоте операции и сразу после её проведения выше, чем при применении эндотрахеального наркоза.



Заключение. Таким образом, более высокий уровень кортизола в крови при применении местной анестезии, свидетельствует о её более стрессовом характере. Характерно также, что после операции под местной анестезией уровень кортизола остается достаточно высоким, в то время как после операции под общим обезболиванием уровень кортизола снизился ниже, чем до операции.

РОЛЬ СЕРДЕЧНОГО ВЫБРОСА И ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПЕРФУЗИОННОГО ДАВЛЕНИЯ НА ОКСИГЕНАЦИЮ И МЕТАБОЛИЗМ ГОЛОВНОГО МОЗГА.

Валиев А.А., Бобониязов К.К.

Ташкентский Педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В основе перфузионно-метаболических изменений (ПМИ) при острой церебральной недостаточности (ОЦН) лежит связь между кровотоком и потреблением кислорода. Поддержание перфузии головного мозга (ГМ) является одной из основных задач интенсивной терапии (ИТ) детей с внутричерепными кровоизлияниями (ВЧК) и тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ). Наиболее важными параметрами системной гемодинамики, оказывающими влияние на мозговой кровоток у детей с ВЧК являются центральное перфузионное давление (ЦПД) и сердечный выброс (СВ), сведения о которых крайне противоречивы.

Цель исследования. Определение взаимосвязи между параметрами системной гемодинамики (ЦПД и СВ) и показателями оксигенации и метаболизма головного мозга у детей с ВЧК.

Материалы и методы. Обследовали 28 (3-12 лет) детей с ВЧК и угнетением бодрствования до 4-8 баллов по шкале комы Глазго (ШКГ). Определяли показатели системной гемодинамики (транспульмонарная термоделиция, монитор Agilent M 1166A) с интегрированным модулем PICCO plus., проводили инвазивный мониторинг ВЧД и оценивали биохимический состав интерстициальной жидкости ГМ. Объем вводимой жидкости определяли по таблицам, прилагаемым к монитору (от массы тела).

Результаты и обсуждение. Анализ измерений фракции кислорода и дыхательной смеси ($FiO_2=0,5\pm 0,1$), ВЧД (16 ± 8 мм.рт.ст), температура артериальной крови ($37,4\pm 0,6C^0$) и головного мозга ($37,5\pm 0,6C^0$), p_aO_2 ($166,5\pm 53,6$ мм.рт.ст), p_aCO_2 ($32,1\pm 4,2$ мм.рт.ст) были стабильными.

При анализе взаимосвязи сердечного индекса (СИ) с показателями оксигенации и метаболизма ГМ с ЧМТ, вследствие разрыва артериальной аневризмы у детей с субарахноидальными кровоизлияниями (САК), выявлена обратная корреляционная



зависимость средней силы, что было расценено как ухудшение перфузии и аэробного метаболизма в интактном поле ГМ.

Корреляционный анализ взаимосвязи ЦПД и показателей церебральной оксигенации и метаболизма у детей с тяжелой ЧМТ выявили обратную умеренную корреляционную зависимость, что способствовало улучшению аэробного метаболизма в условно интактном и поврежденном веществе ГМ, когда наиболее меньшие значения ЦПД зарегистрированы как 80 мм.рт.ст.

В свою очередь, рост ЦПД сопровождался улучшением перфузии ГМ, однако не влиял на аэробный метаболизм, что может свидетельствовать о нарушении ауторегуляции мозгового кровотока.

Выводы. У обследованных детей с нетравматическими САК и ЧМТ выявлено различное влияние СВ и ЦПД на церебральную оксигенацию и метаболизм. У детей с ЧМТ измерение СИ не оказывало влияние на давление интерстициальной жидкости в ГМ, а увеличение ЦПД сопровождалось улучшением церебрального метаболизма.

Наилучшие показатели церебрального метаболизма были отмечены при ЦПД более 80 мм.рт.ст.

КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВЫЕ ТЕРАТОМЫ У ДЕТЕЙ

Дияров Н.А.

Кафедра госпитальной детской хирургии

Ташкентского педиатрического медицинского института

Цель работы: улучшение диагностики и результатов оперативного лечения крестцово-копчиковых тератом у детей.

Материалы и методы. За период с 2009 по 2019 гг. на клинической базе кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ находились 26 больных с тератомами в крестцово-копчиковой области. Возраст больных колебался от 1 мес. до 2 лет: до 6 мес. - 18; до 1 года - 4; до 2 лет - 4. Среди больных девочек - 16, мальчиков - 10. По типу локализации крестцово-копчиковые тератомы были наружными - 8, внутренними - 5, смешанными - 13. Больным проведено комплексное клинико-инструментальное исследование включающее УЗИ, рентгенологическое и КТ.

Результаты и обсуждение. Диагноз “тератома” у всех больных был установлен при их рождении. 6 из 26 больных были направлены в хирургическое отделение в первые 7 дней жизни из-за огромных размеров тератомы, 10 - из-за быстрого роста и заметного увеличения размеров опухоли поступили на хирургическое лечение в неонатальном периоде. У 6



больных группы имелись признаки нарушения функции тазовых органов в виде задержки стула и мочи. У 4 - истончение оболочек с угрозой на разрыв. В остальных 10 наблюдениях больные обратились к хирургу в возрасте 2-16 месяцев.

На основании данных КТ - исследований у 9 (34,6%) больных определили сопутствующие пороки развития. В 5 случаях наблюдали связь тератомы со спинномозговыми грыжами, у 3 больных обнаружена гипоплазия копчика, у 1- неполное удвоение почек.

14 больным проведено оперативное лечение в плановом порядке и 12 – в срочно-плановом. Показаниями к срочно-плановому проведению оперативного вмешательства являлись: сдавление прямой кишки или мочевого пузыря у 5 больных, резкое истончение оболочек при кистозной форме у 4, быстрый рост опухоли с подозрением на злокачественное перерождение - у 3.

У 20 (76,9%) детей большая величина опухоли, быстрый ее рост и возможная малигнизация проводили к необходимости сравнительно раннего оперативного вмешательства, срок которого определяли возрастом до 6 мес.

При удалении тератомы разрез подбирался в зависимости от размера и локализации опухоли. Во время операции стремились к максимальному сохранению ягодичных мышц, целостности леваторов и внутреннего сфинктера, исключению повреждения прямой кишки, уретры и мочевого пузыря и симметричному восстановлению целостности ложа тератомы. Во всех случаях производили частичную резекцию копчика, что обеспечивало более легкое и максимальное отделение опухоли от прилегающих органов и тканей при преимущественно внутренней локализации процесса.

Прогноз при тератомах определялся их локализацией, размерами и морфологической структурой. В 20 наблюдениях тератомы были представлены в виде разнокалиберного многокамерного кистозного образования, в 6 случаях - смешанного характера, имея кистозно - солидную структуру.

В заключении можно отметить, что тератомы крестцово-копчиковой области в большинстве случаев имеют тенденцию к увеличению, вызывая нарушения функций прилегающих органов и склонность к малигнизации. Представленные данные диктуют необходимость раннего оперативного вмешательства при наличии крестцово-копчиковых тератомы в неонатальном периоде, не дожидаясь возникновения осложнений и усиленного роста опухоли.



КОМПЬЮТЕРНАЯ ПЛАНТОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ

М.А. Закирходжаев

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии г.Ташкент, Узбекистан

Среди детей с плоскостопием, которое характеризуется опусканием внутреннего и наружного продольных сводов стопы, следует выделить группу, имеющую, кроме этого, вальгусное положение пяточного отдела стопы, а в ряде случаев – среднего, т.е. плосковальгусную деформацию. Установление в раннем возрасте (4-6 мес.) деформации стоп у ребенка, сопутствующие другие ортопедические заболевания, наличие всех характерных признаков плоскостопия и вальгусной деформации позволяют отнести этот тип деформации к группе врожденных. Характерной особенностью вальгусной деформации стоп является пассивная коррекция деформации, что оправдывает возможность воздействия лечебными консервативными мероприятиями и ортопедическим снабжением.

Целью исследования явилось изучение механогенеза плоскостопия у детей при применении компьютерной плантографии с разработкой наиболее физиологичной подошвенной стельки.

Материалы и методы. Исследование проведено у 51 ребенка (2-13 лет) с плосковальгусной деформацией стоп. Распределение пациентов проведено по возрастным критериям: мальчиков 15, девочек 10 (до 5 лет), 4 мальчика и 3 девочки (от 6-7 лет), 9 мальчиков и 2 девочки (от 8-10 лет), 7 мальчиков (от 11 до 13 лет). Помимо общеклинических исследований проведено измерение свода стоп, компьютерная плантография и рентгенологическое исследование.

Результаты и обсуждение. При комплексном обследовании, как при плантографии (ПГ), так и при компьютерной плантографии (КПГ), было выявлено уплощение внутреннего продольного свода на 10-15% и в ряде случаев на 50%, в сравнении с возрастной нормой. Результатом данного исследования явилось выявление вальгусного отклонения пяточного отдела стопы, когда в 78% данное отклонение определялось за счет избыточной подвижности в голеностопном суставе. У данных пациентов отмечались сопутствующие заболевания (дисплазия тазобедренного сустава, genu valgum, сколиоз, вялая осанка, избыточна подвижность в суставах верхних и нижних конечностей).

Как на плантограммах стоп, так и при КПГ обеих стоп отчетливо определялось почти полное заполнение подстводной части отпечатка, с уменьшением угла условной оси пяточного и переднего отделов в шопаровом суставе до 1680 (вместо 1720-1740 вычисляемое в норме), указывающее отклонение переднего отдела стопы относительно заднего и



величину «вальгуса» пяточного отдела стопы. При боковой рентгенографии стопы в нагрузке и пяточного отдела (расстояние 100 см., с направлением луча на область пяточно-кубовидного сочленения) определялся таранно-пяточный угол. Рентгенологические изменения при плосковальгусной деформации стоп определялись не только снижением свода стопы но и в отведении пяточного отдела. Из положения таранной кости, близкой к горизонтальному, она с различной степенью перемещалась в вертикальное у 82% детей. В 22 случаях таранная кость занимала почти вертикальное положение и вклинивалась между пяточной и ладьевидной костью, с пассивной коррекцией стопы. Смещение таранной кости относительно пяточной приводило к увеличению таранно-пяточного угла, явившимся наибольшим у детей в возрасте от 2-5 лет, с колебаниями от 420 до 580 (300 в норме). У 3 мальчиков (4-5 лет) таранно-пяточный угол достигал 65-700, а выраженность анатомических изменений соответствовала клиническим проявлениям.

Плосковальгусная деформация стоп у детей в проведенных исследованиях рассматривалась с позиции ортопедического снабжения, с определением влияния ортопедической стельки со значительной разницей внутреннего и наружного сводов на коррекцию стоп, а также на положение пяточной кости.

Значительная (10 мм) разница в выкладке сводов способствует приподниманию переднего отдела пяточной кости и ее супинации, что в определенной степени корригирует вальгусную деформацию. Такие стельки назначались в обувь детям от 8-13 лет, с учетом отсутствия изменений в высоте свода. Применение стелек указанных конструкций, при последующих ПГ, КППГ, рентгенографических исследованиях, способствовало улучшению клинических показателей: свод стопы становился более выраженным, пяточная кость по отношению к таранной занимает более правильное положение, о чем свидетельствует параллельное расположение их суставных поверхностей, уменьшение таранно-пяточного угла. Клинически отмечено улучшение походки у детей, износ обуви становился более правильным. Значительная высота выкладки свода не приводила к ощущению давления под сводом стопы.

Выводы. Можно отметить, что комплексное обследование пациентов с плосковальгусной деформацией стоп, с включением методов ПГ, КППГ, рентгенографии позволяет уточнить степень и изменения, характерные для данной патологии, и рекомендательно устанавливать угол, необходимый для коррекции патологии у детей различных возрастов с помощью стелек в обуви.



КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ГИПОПЛАЗИИ ДИСКА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ

Р.А. Закирходжаев

ТашИУВ

Актуальность. Гипоплазия зрительного нерва (ГЗН) встречается в экономически развитых странах с частотой не менее 7 случаев на 100 000 населения и является причиной слабовидения и слепоты в 5-6% случаев. Выявление и адекватная верификация аномалий диска зрительного нерва у детей в первые месяцы жизни имеет значение не только для их своевременной офтальмологической реабилитации, но и играет чрезвычайно важную роль для генетического консультирования и ранней диагностики у младенцев ассоциированных с мальформациями зрительного нерва системных заболеваний. Из-за небольшого числа публикаций, посвященных ГЗН и ее связи с системной патологией, офтальмологи недостаточно информированы о характере течения и клинических особенностях некоторых заболеваний из этой группы, что обуславливает высокую частоту диагностических ошибок и неудовлетворительные функциональные результаты лечения.

Цель исследования. Изучить диагностические критерии ГЗН у детей.

Материалы и методы исследования. При выполнении данной работы были проанализированы результаты нейроофтальмологического обследования и наблюдения 25 детей с ГЗН в возрасте от 7 до 16 лет. Сбор материала проводился в Республиканской клинической офтальмологической больнице. Всем больным были проведены: сбор анамнестических данных, клиническое и офтальмологическое исследование.

Результаты исследования. В ходе исследования установлено, что основные причины развития ГЗН — пре- и перинатальные поражения ЦНС (перивентрикулярного белого вещества) плода, обусловленные гипоксически-ишемическими нарушениями (32%), внутриутробной инфекцией (8%) и хроническими токсическими воздействиями (4%). ГЗН приблизительно с равной частотой может поражать как один (44%), так и два (56%) глаза. ГЗН характеризуется типичными офтальмоскопическими проявлениями - уменьшением размеров ДЗН (в 100%) случаев, его деколорацией (48%), симптомом "двойного кольца" (44%), штопорообразной извитостью ретинальных сосудов (32%), отсутствием макулярного и фовеолярного рефлексов (96%). ГЗН во всех случаях верифицирована при исследовании глазного дна. У детей с ГЗН отмечается высокий уровень аметропий (92%), глазодвигательных нарушений (80%), сопутствующих изменений переднего и заднего отрезка (64%), затрудняющих ее диагностику и усугубляющих зрительную депривацию, что



обуславливает частое развитие амблиопии. В результате нейрорадиологических исследований у 72% больных были установлены патологические изменения головного мозга. Некоторые из этих аномалий могут не вызывать нейроэндокринных нарушений, в частности, агенезия прозрачной перегородки (обнаружена у 32% больных) и гипо- или агенезия мозолистого тела (у 40%). У детей с двусторонним поражением при нейрорадиологическом обследовании патология ЦНС выявляется почти в 3 раза чаще ($p < 0,001$), чем у детей с односторонней ГЗН (92,8% и 36,4% случаев соответственно). Это свидетельствует о том, что двусторонняя ГЗН развивается на фоне более тяжелых поражений ЦНС и может считаться индикатором множественных мальформаций ЦНС. При обнаружении у младенца двусторонней аномалии зрительного нерва следует проводить нейрорадиологическое обследование и регистрацию ЭЭГ.

У всех детей с ГЗН обнаружены уменьшение вертикального и/или горизонтального диаметра диска ЗН, снижение рефлективности и истончение ($p < 0,01$) СНВС во всех или (при сегментарных формах ГЗН) в отдельных квадрантах, снижение общей средней толщины СНВС (в среднем до $52,1 \pm 23,8$ мкм) по сравнению с возрастной нормой ($p < 0,01$). Патология ЦНС определяется при радиологических исследованиях у 68% больных с ГЗН. Эндокринные, неврологические и висцеральные заболевания установлены у 52% детей с ГЗН.

Выводы. Анализ данных определяет, что при ГЗН сильнее страдает световосприятие на синий и зеленый цвета и степень световосприятия, что свидетельствует о происходящих необратимых процессах в зрительном нерве и стойкой ишемии и отражает коэффициент снижения зрения. Полученные данные КЧСМ могут служить дифференциально-диагностическим критерием.

ЗНАЧИМОСТЬ ДЫХАТЕЛЬНОЙ И ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

Исмоилова М.У., Нурмухамедов Х.К.

ТашПМИ

Почечная и дыхательная недостаточность (ПН+ДН) при черепно-мозговой травме (ЧМТ) рассматриваются как определенные проблемы, выполнения которых требуют незамедлительных решений. Однако механизм дыхательных и почечных расстройств еще остается полемичным и новые сведения нуждаются в подтверждении.

Целью исследования явилось изучение нарушений функции почек и легких при ЧМТ у детей.



Материалы и методы: Обследовано 87 детей (3-14 лет) в остром периоде ЧМТ, с установленным нарушением функции почек в первые 6 часов от травмы. ЧМТ было обусловлено дорожно-транспортной (50%) травмой (ДТТ), падением с высоты (22%), спортивной (28%) травмой. Дети доставлялись в стационар до 3 часов от травмы. В 76% производилась первичная хирургическая обработка ран, в 55% - иммобилизации, в 84% - реанимационные мероприятия (РМ) и интенсивная терапия (ИТ). У 34% детей в первые 8 часов были произведены хирургические и травматологические операции.

Результаты и обсуждение: Недостаточность функции почек при ЧМТ в основном носила преренальный характер, обусловленное гиповолемией, со снижением перфузии органа. Установление диагноза преренальной олигурии устанавливалось на основании снижения диуреза (часовой диурез – ЧД- 0,8 мл/ч), что подтверждалось ее концентрированностью, повышенной относительной плотностью и осмоляльностью. Если значения мочевины и креатинина в моче были в пределах нормальных величин, то выражен был низкий уровень натрия, являющихся свидетельством сохранности азотовыделительной функции. При сохраняющейся гипоперфузии почек развивается ишемия нефронов и отек почечной паренхимы (повышение эхогенности на УЗИ до 45%), выявляемая как картина перехода преренальной ПН в истинную ОПН.

Критериями неблагоприятного прогноза ЧМТ являются снижение линейной скорости мозгового кровотока в 2 раза, рост P_i более чем в 2 раза выше нормы, расстройство ауторегуляции мозгового кровотока и формирование зависимости его от центральной гемодинамики у пациентов с неблагоприятным прогнозом на t-3 сутки от момента травмы; стрессовая гипергликемия на 2-5-е сутки от момента травмы; рост палочко-ядерного сдвига, уровня мочевины и АПТ; снижение фибриногена и пролактинна, общего белка сыворотки крови. Дыхательный режим SIMV является методом выбора у детей с ЧМТ: предупреждает эпизоды десинхронизации, рост внутригрудного давления, а также является более физиологичным в отношении биомеханики дыхания, сокращает продолжительность респираторных расстройств и длительность лечения в отделении реанимации с 21,4+1,3 до 11,5+0,8 суток. Установлена ведущая роль расстройств центральной гемодинамики, нарушений газообменной функции легких, биомеханики дыхания, а также транспорта кислорода (достоверное снижение доставки и потребления кислорода уже на 1-2 сутки - D_{O2} с 353,9+9,6 мл/мин/мг в сравнении 427,9+8,5 μifurW ($p<0,05$), V_{O2} соответственно 564,7+12,6 мл/мин*2 и 869,4+29,2 мл/мин/м³ ($p<0,05$)) в нарушении ауторегуляции мозгового кровотока и в развитии неблагоприятного исхода при ЧМТ у детей.

Выводы. Системный подход в лечении детей с ЧМТ, основанный на анализе факторов патогенеза и математическом прогнозе состояния, позволяет сократить



длительность ИВЛ (с 13,8+2,4 до 7,6+0,9 суток), время лечения в ОАР (с 17,1+3,2 до 9,3+0,8 суток), в 2 раза снизить количество респираторных и воспалительных осложнений, что в свою очередь улучшает частоту благоприятных исходов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЛЬТРАКАИНА В ОТОЛАРИНГОЛОГИИ

Исмоилова М.У., Бобониязов К.К.

ТашПМИ

Колоссальный прогресс фармакологической науки позволил расширить спектр лечебных мероприятий, среди которых местная анестезия в педиатрической отоларингологии (ЛОР), при удалении полипов, аденоидов, тонзилэктомии, предоставлена большими возможностями более корректного индивидуального подхода. Арсенал имеющихся местных анестетиков пополнился препаратом Лидокаин, обладающим высокой диффузионной способностью и превосходной местной и системной переносимостью. Обладая невысокой степенью жирорастворимости (коэффициент распределения в октаноловом буфере составляет 40, а для лидокаина –110), дополнительно инактивируясь плазменными эстеразами, высокой степенью связывания с белками, препарат импонирует своей безопасностью и эффективностью анестезии.

Целью исследования явилось изучение эффективности Ультракаина для инфильтрационной анестезии при операциях на ЛОР-органах у детей.

Материалы и методы. Обследованы 56 детей (4-12 лет) подготовленные к ЛОР-операциям по поводу аденоидов, тонзиллэктомии, полипов надгортанной области. Накануне операции (вечером) пациенты получали per os тазепам (1/2 таблетки) и димедрол (1/2 таблетки). За 30 минут до операции осуществлена премедикация: промедолом (2%-0,1 мл/кг), димедрол (1%- 0,1 мл/кг), атропин (0,1% - 0,1 мл/кг). Ультракаин использовали в основном для инфильтрационной анестезии. Помимо общеклинических параметров исследовали гемодинамику (ЧСС, ЧД, АД), уровень боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), представленную набором картинок с «человечками» отражающую определенную интенсивность боли. Для исключения субъективизма оценку эффективности обезболивания давали хирурги (0-очень плохой эффект; 1- плохой; 2-относительно хороший; 3-посредственный; 4 - очень хороший).

Результаты и обсуждение. В начале действия анестетика выявлены факторы влияющие на длительность инъекции: варианты анатомического строения, зона хирургического вмешательства, наличие воспалительного процесса. В среднем время введения Ультракаина составила 3,0 0,01 мин.



Среднее количество анестетика при операциях в среднем составило 3,5 0,03 мл. Такое количество анестетика объясняется его большим введением при операциях на надгортанном пространством, связанное с большей зоной хирургических манипуляций.

На основном этапе хирургического вмешательства показатели гемодинамики несколько повышаются от исходного уровня и снижаются к окончанию операции ниже предоперационных значений. Динамика повышения гемодинамики, в травматичные периоды операции, составила в среднем 20%. Данный показатель следует рассматривать и позиции психоэмоционального фактора, т.е. присутствия ребенка на своей операции..., находящегося в сознании. Кровопотеря при всех операциях соответствовала объему вмешательства и составила в среднем 6,20,3 м.л., объясняемая хорошим вазопрессорным действием Ультракаина. Анализ эффективности обезболивания ультракаином показал, что оценка анестезии хирургом и исследователем была аналогичной. Эффективность обезболивания зависела не от объема операции, от возможности дополнительного введения препарата во время операции. Только в одном случае возникла дополнительного его введения.

Выводы. Инфильтрационный метод введения Ультракаина при ЛОР-операциях является высокоэффективным и безопасным, с меньшим объемом анестетика, благоприятным психоэмоциональным фоном.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО И РЕЦЕДИВИРУЮЩЕГО РИНОСИНУСИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Карабаев Х.Э. , Маматова Ш. Р. , Карабаева З.Х.

*Кафедра оториноларингологии, детской оториноларингологии и детской стоматологии,
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан*

Актуальность. Риносинуситы чаще всего развиваются вследствие ОРВИ. В большинства случаев при ОРВИ развивается воспаления пазух и застой слизистой оболочки. Эпидемиологическая статистика, приведенная в редакции EPOS 2012 , показала, что распространенность ОРС находится в пределах 35–45% в разных странах мира. Причем у детей младше 3-х лет ежегодно регистрируется 20 случая на 100 человек детского населения, а в возрасте 12–17 лет – 25 случаев.

Цель исследования изучить особенности клинического течения и частоты встречаемости в возрастном аспекты риносинуситов у детей раннего.

Материалы и методы исследования. Были изучены истории болезней 83 детей госпитализированных в ЛОР-отделение Клинику ТашПМИ по поводу острого и рецидивирующего риносинусита у детей раннего возраста в 2018-2019 гг. Был произведен анализ данных по возрасту, полу и клинической картины. Из 83 детей госпитализированных



в клинику с острыми и рецидивирующим риносинуситом у детей раннего возраста было 55 больных мужского пола и 28 больных женского, т.е. соотношение мальчиков и девочек 2:1. Возрастной контингент на момент поступления в ЛОР-отделения составил от 4 мес. до 3 лет. Общих числа больных детей разделили на 3 группы: от 4 мес до 1 года -22 больных, от 1 года до 2 лет-34 больных,

и от 2 лет до 3 лет 27 больных. Преобладание лиц мужского пола отмечается во всех возрастных группах.

Результаты исследования. В результате исследование у больных детей наблюдалось, катаральные явления: заложенность носа у 80 больных (96%) , слизистое отделяемое из носа у 75 больных (90%), покраснение задней стенки глотки у 25 больных (30%), кашель у 54 больных (65%) и повышение температуры у 62 (74%). У части детей наблюдались признаки интоксикации: вялость, ухудшение аппетита, потливость и нарушение сна. Температурная реакция присутствовала у всех детей, включенных в исследование. Клинические признаки конъюнктивита наблюдались у 28% детей, с орбитальными осложнениями у 2 % и у 0.1% с синустромбозом.

Выводы: Таким образом, при изучении особенности клинического течения и частоты встречаемости в возрастном аспекте риносинуситов у детей раннего возраста преобладают лица мужского пола. Наиболее большое количество больных встречаются в возрасте от 1 года до 2 лет. По клиническим аспектам преобладают такие симптомы как заложенность и слизистое отделяемое из носа.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ

Каримов И.М., Нурмаатов Д.С.

Кашкадарьинская областная многопрофильная детская больница

Варикоцеле широко распространено среди молодого мужского населения (15—20%) . Застой венозной крови в яичке и придатке нарушает их питание, повышает местную температуру, концентрацию ядовитых веществ и агрессивных аутоиммунных антител в них, что в совокупности ведет к нарушению сперматогенеза .

Хирургическое лечение варикоцеле остается серьезной медикосоциальной проблемой, сопровождающие его морфофункциональные изменения гонад нередко приводят к бесплодию (30-40% бездетных браков), что негативно сказывается на современной демографической обстановке.



За последние 3 лет с варикоцеле оперировано 120 детей от 10 до 15 лет. По степени варикоэза больные распределялись следующим образом: 2 степень у 72; 3 степень у 48 больных. Все больные оперированы по Иванисевичу .

Нами проанализированы результаты оперативного лечения у всех детей в отдаленные сроки (1-3 лет). Рецидивы заболевания отмечены всего у 5 больных; после операции Иванисевича . Причиной рецидива во всех случаях после традиционного вмешательства являлась дополнительная вена, упущенная при мобилизации сосудистого пучка. Развитие изолированной водянки оболочек левого яичка отмечено у 4 больных: после операции Паломо у 3 больных, после операции Иванисевича у 1 больных, У 18 больных зафиксировано увеличение размеров левого яичка, а у 40 больных - уменьшение.

Сосудистую систему гонад оценивали ультразвуковым исследованием (цветового доплерографии). В гроздевидных венах регистрировали наличие или отсутствие узлового расширения, измеряли диаметр сосудов в покое и на фоне пробы Вальсальвы. Паренхиматозный кровоток изучали при доплерографии возвратных артерий яичка по значениям индекса резистентности.

Наблюдения показали, что применяемые нами операции Иванисевича способствуют обратному развитию узловой дилатации вен семенного канатика, но эти позитивные локальные изменения не приводят к улучшению доплеровских показателей интратестикулярного кровообращения, расстройства которого определяют патогенез морфофункционального поражения гонад. Полноценное восстановление органной гемодинамики было отмечено у 15 из 120 оперированных больных. Все они были оперированы по методу Иванисевича. У остальных же детей отмечены расстройства регионарного кровообращения гонад, в виде патологического рефлюкса крови выявлялись в венах, утративших узловую дилатацию. Анализ отдаленных результатов показал, что в значительной части наблюдений оперативное вмешательство по Иванисевичу сопровождается меньшим количеством осложнений, менее значимыми изменениями сосудов гонад и заслуживает предпочтения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЗИ БЕЗ И С ДОПЛЕРОМ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО ТИПА ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ.

Каримов И.М., Нурмаматов Д.С.

Кашкадарьинская областная многопрофильная детская больница



Варикоцеле – варикозное расширение вен гроздьевидного сплетения, обусловленное различными нарушениями венозного оттока и (или) недостаточностью венозных клапанов и врожденной слабостью венозных стенок.

Актуальность проблемы диагностики данной патологии объясняется ее частотой в популяции, неблагоприятным влиянием на сперматогенез и отсутствием четко определенной тактики лечения.

В диагностике варикоцеле наиболее достоверными считается ультразвуковые методы исследований с использованием эффекта доплера. Наряду с этим скротальная доплерэхография яичковой вены является неинвазивным методом и играет очень важную роль в диагностике клинической стадии варикоцеле.

Предполагая взаимосвязь между частотой рецидивов и гемодинамическим типом варикоцеле, мы поставили перед собой задачу разработать неинвазивный диагностический тест, позволяющий до операции дифференцировать конкретный тип гемодинамических нарушений в бассейне яичковой вены.

Материалы и методы. С учетом установленной ультразвуковой семиотики мы обследовали 42 больных с левосторонним варикоцеле различной степени выраженности в возрасте от 11 лет до 18 года, из которых у 5 был диагностирован рецидив варикоцеле после операции Иванисевича.

Помимо стандартного физикального обследования всем больным выполняли доплеровское сканирование вен мошонки и ультразвуковую эхолокацию органов мошонки.

Ультразвуковое исследование проводили на аппарате доплеровском исследование вен мошонки — на аппарате « Philips ». Для выяснения гемодинамического типа варикоцеле мы использовали методику С. Trombretta. . Преимуществом доплерографии, выполненной по данной методике, является возможность косвенного выявления "источника" венозного сброса в гроздьевидном сплетении. Согласно классификации, предложенной Coolseat мы разделили больных по гемодинамическим нарушениям: I тип — реносперматический рефлюкс вследствие аортomezентериального "пинцета" или клапанной недостаточности внутренней яичковой вены, II тип — илеосперматический рефлюкс, III тип — смешанный .

Полученные результаты подтверждают предположение о взаимосвязи частоты рецидивов заболевания от гемодинамического типа варикоцеле: операция Иванисевича не устраняет илеосперматический рефлюкс, характерный для II и III гемодинамических типов. Мы рекомендуем проведение ультразвукового и доплеровского сканирования яичковых вен по предлагаемой методике всем больным с бесплодием для установления гемодинамического типа венозного сброса и выбора метода последующего лечения.



Зарегистрированные нами наибольшие с 1 типом варикоцеле диктуют необходимость раннего выполнения операции Иванисевича в этой группе больных.

При обнаружении илеосперматического рефлюкса оперативное вмешательство целесообразно рекомендовать тестикуло-эпигастральный анастомоз с перевязкой илеосперматический коллекторов .

Наличие у больного III (смешанного) гемодинамического типа варикоцеле является показанием к операции Мармара.

Выводы: Таким образом УЗД без и с доплером при лечении варикоцеле является самым надежным и достоверным методом исследования. Она позволяет определить оптимальный выбор методов лечения, что улучшает результатов лечения варикоцеле у детей.

ВЛИЯНИЕ ОСТРОЙ АНЕМИИ НА КИСЛОРОДОТРАНСПОРТНУЮ ФУНКЦИЮ КРОВИ В ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Маматкулов И.А., Агзамходжаев Т.С., Хайдаров М.Б.,

ТашПМИ

Толерантность к потере крови может определяться не только эффективностью работы компенсаторных механизмов (увеличение транспорта кислорода, повышение его экстракции), но и состоянием кровотока, уровнем потребления кислорода в региональной зоне. У детей с низкими компенсаторными возможностями системы кровообращения адекватная гемодинамическая компенсация анемии, особенно при остром ее развитии во время операции, может быть затруднена. Кроме того, чрезмерная стимуляция сердечной деятельности и несоответствия между потребностью тканей в кислороде и обеспеченностью им в послеоперационном периоде может лежать в основе срыва нормального развертывания адаптационных процессов.

Целью исследования явилось оценка изменений газообмена в тканях у детей с ограниченными резервами системы кровообращения, при развитии анемии вследствие оперативного лечения.

Материалы и методы. Исследование проведено у 60 детей (3-10 лет) в периоперационном периоде хирургических абдоминальных операций (грыжи живота, болезнь± Гиршпрунга, резекции печени, кава-кавальные анастомозы, спаечная болезнь, циррозы печени, эхинококк). Больные разделены на 2 группы: 1-я с нормальным значением Hb; 2-я с низким значением Hb. Все пациенты оперированы в условиях общей комбинированной анестезии на основе севофлюрана с интубацией трехеи и ИВЛ. Основание для гемотрансфузии был уровень Hb ниже 100 г/л. Мониторинг периоперационного периода



предусматривал исследование центральной и периферической гемодинамики КЩС, дыхательных и недыхательных компонентов крови у детей. Рассчитывали индекс доставки (ИДО-520-720 мл/мин/м) и потребления (ИВО- 110-160 мл/мин/м) кислорода, коэффициент экстракции кислорода.

Результаты и обсуждение. Отправной точкой явились показатели потребления кислорода. Перед индукцией анестезии средние значения ИВО₂ были в рамках нормальных значений и колебались в пределах от 110 до 130 мл/мин/м². При этом доставка кислорода тканям была неодинаковой: наиболее высокие значения ИДО² (565,8±26 мл/мин/м²) отмечены у детей с исходно высоким ударным индексом (УИ) и нормальным Hb. Чем ниже был УИ и уровень Hb, тем меньше тканям доставлялось кислорода (в 1 группе – ИДО₂ составил 398,8±20 мл/мин/м², во 2 группе - 335±6 мл/мин/м²). Данное различие компенсировалось за счет более высокой экстракции кислорода – у детей с хорошими резервами она была минимальной (19,3 ±2,5%), а с низкими – максимальной (35,4±1,2%). Углубление анестезии привело к снижению потребности тканей в кислороде (на 50%-60%) в обеих группах. Снижение доставки кислорода более существенное было в 1 группе.

В 1 –е сутки после операции, у пациентов 1 группы, ИВО₂ увеличивалось почти вдвое, что связано с повышением доставки и с усилением экстракции кислорода. При этом сердечный индекс (СИ) достигал исходных значений. Во 2 группе ИВО₂ возрастал в 1,5-2 раза, но только за счет экстракции кислорода. СИ на данном этапе не достигал исходных значений, несмотря на учащение ЧСС у больных с анемией, в большинстве случаев с формированием синдрома малого выброса. В связи с этим 78% больным вводили дофамин, что позволяло поддерживать стабильными показатели АД, но с некоторыми признаками метаболического ацидоза (Рн 7,27±0,02; ВЕ – 7,4±0,8; РСО₂- 22,5±1,4 мм.рт.ст). Ко вторым суткам показатели СИ и ИДО₂ возросли с сохранением тахикардии, высоких значений КЭО₂ (45,6±0,8), ацидоза (рН 7,3±0,01; ВЕ – 6,7±0,7), тахипноэ (РсСО₂ 24,3±1,2 мм.рт.ст).

В послеоперационном периоде показатели КЩС у детей 1 группы не выходили за пределы нормы, что связано с возможностью высокого объема кровообращения и уровня доставки кислорода, хорошей микроциркуляцией. У детей 2 группы низкие показатели СИ и доставки кислорода сопровождалась тахикардией, несмотря на достаточное потребление кислорода, по-видимому за счет перенапряжения системы кровообращения.

Таким образом, можно констатировать, что имеются определенные различия в тканевом газообмене у пациентов с неодинаковым уровнем Hb в крови. Сочетание анемии и низкого минутного объема кровообращения приводят к напряжению деятельности сердечно-сосудистой системы в послеоперационном периоде.



БИОХИМИЧЕСКИЕ СДВИГИ КРОВИ ВО ВРЕМЯ И ПОСЛЕ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Маматкулов И.А., Нурмухамедов Х.К., Хайдаров М.Б.

ТашПМИ

Изменения в системе гемостаза происходят при оперативном вмешательстве любой локализации. Однако нейрохирургические операции (НХО) по своему влиянию на гемостаз имеют свои отличительные особенности, обусловленные высоким содержанием в тканях и оболочках головного мозга тканевого тромбопластина и активаторов фибринолиза. Это приводит к одновременной активации свертывающей и фибринолитической систем, что может осложнять как операцию, так и течение послеоперационного периода.

Цель. Определение в крови компонентов свертывающей и фибринолитической систем в ходе различных НХО и установление взаимосвязи между их концентрацией и возникновением геморрагических или тромботических осложнений в раннем послеоперационном периоде у детей

Материалы и методы. В исследование было включено 53 пациента с различными заболеваниями ЦНС, которые поступили в для оперативного лечения. Были выделены следующие группы: I - пациенты с гидроцефалией (n = 15), II - с эпилепсией (n = 11) и III с опухолями ЦНС (n = 27). Дополнительно пациенты III группы были разделены на подгруппы: больные с невриномой (n = 10), глиобластомой (n = 7), менингиомой (n = 5) и другими

опухолями (n = 5). Взятие образцов крови производили на 3-х этапах: при поступлении больного в операционную, на этапе хирургического гемостаза и на 1-е сутки после операции. Методом иммуноферментного анализа определяли маркеры свертывающей и фибринолитической систем: FPA, tPA, PAI-1 и комплекс tPA-PAI-1.

Результаты и их обсуждение. Уровень FPA до операции был достоверно выше у детей с опухолями (Ш), в этой группе самые высокие исходные значения FPA были обнаружены у больных с глиобластомами. Возможно, степень гиперкоагуляции у онкологических пациентов зависит от степени злокачественности опухоли. Во время операции уровень FPA увеличивался у всех пациентов, наибольшее увеличение наблюдалось в III группе, но различий в его уровнях в подгруппах не было, что может объясняться тем, что во время операции степень активации свертывания обусловлена объемом оперативного вмешательства, а не степенью злокачественности опухоли. На следующий день после операции концентрация FPA снижалась во всех группах, однако оставалась выше, чем до операции. Исследование системы фибринолиза показало, что у большинства пациентов



дооперационные значения tPA, PAI-1 и комплекса tPA-PAI-1 были в пределах нормы. Во время операции их концентрация увеличивалась, но оставалась в пределах нормальных значений. Усиление фибринолиза во время операции является, по-видимому, защитной реакцией на гиперкоагуляцию. На 1-ые послеоперационные сутки концентрация tPA и PAI-1 снижалась, а комплекса tPA-PAI-1 нарастала. Снижение в послеоперационном периоде tPA и PAI-1 может быть связано с образованием между ними комплекса tPA-PAI-1.

У детей в послеоперационном периоде тромботических осложнений не было, у одного ребенка (6 лет) с глиобластомой в первые сутки после операции возникло геморрагическое осложнение в виде эпидуральной гематомы. Концентрации исследуемых факторов у данной пациентки не отличались от других в этой подгруппе.

ВЛИЯНИЕ ТОКСЕМИИ НА ЦИРКАДНЫЙ ИНДЕКС И ПОТРЕБЛЕНИЕ МИОКАРДОМ КИСЛОРОДА ПРИ ОЖОГАХ У ДЕТЕЙ

Мухитдинова Х. Н., Абдусалиева Т.М., Хайрутдинова М.Х.,

Абдуллаев У.Х., Мирзаева А.Д.

ТашИУВ, ТашПМИ, РНЦЭМП

Актуальность. При определенных обстоятельствах циркадный индекс может меняться. Повышенные или пониженные показатели могут сохраняться несколько дней по ситуативным причинам. Но чаще это свидетельствует о развитии серьезной патологии, требующей лечения. В норме циркадный индекс должен держаться в пределах 1,24-1,44. Причиной усиленного ЦИ может быть симпатикотония. ЦИ меньше, чем 1,2 называется ригидным и может быть признаком вегетативной денервации сердца.

Цель. Изучить и дать оценку изменениям циркадного индекса и потребления миокардом кислорода в период токсемии при тяжелых ожогах у детей младенческого возраста

Материал и методы исследования. Проведен анализ исследований (ЧСС) и потребления миокардом кислорода (ПМК) в возрасте от 5 мес до 3 лет у 29 детей. Больные рассматривались в зависимости от возраста, длительности лечения в условиях ОРИТ. Так в младенческом возрасте количество детей находившихся в ОРИТ до 10 суток оказалось 18 (1 подгруппа), 11-20 дней – 6 детей (2 подгруппа), более 21 суток (21-40 дней – 5 младенцев).

Результаты, их обсуждение. Основными факторами, влияющими на тяжесть состояния детей с термическими ожогами младенческого возраста оказались возраст (чем младше ребенок, тем тяжелее состояние), площадь повреждения поверхности кожи 3Б степени, показатель ИФ. В первые сутки поступления в клинику у всех детей мезор



циркадного ритма ЧСС практически не отличался от возрастных нормативов в связи со значительным средним отклонением, только в 3 группе выявлена тахикардия с превышением ЧСС относительно возрастной средней нормы (125 ± 11 в минуту). На протяжении периода токсемии существенных колебаний мезора в 1 и 2 группах циркадного ритма ЧСС не выявлено. В 3 группе уменьшение сердечного ритма в акрофазе относительно первых суток выявлено на 5 сутки на 15%, оставаясь на этом уровне на протяжении 25 суток наблюдения ($p < 0,05$), соответственно). Кроме того обнаружено достоверно значимое уменьшение ЧСС в батифазе на 15, 16, 17, 18, 22 сутки ($p < 0,05$, соответственно). К тому же у больных 3 группы обнаружены достоверно значимые различия между показателем ЧСС в акрофазе и батифазе в 1 и 3 сутки. Таким образом, наиболее выраженные колебания значений ЧСС в акрофазе и батифазе оказались свойственны для младенцев в период токсемии при ожогах площадью $32,7 \pm 4,9\%$, 2-3А степени $26,7 \pm 2,2\%$, 3Б степени $6 \pm 2,7\%$, ИФ - $71,3 \pm 8,4$ ед.

В 1 сутки мезор циркадного ритма ПМК оказался увеличенным на 35%, 45%, 40% в 1, 2, 3 группах детей соответственно. Наибольшее значение ПМК в акрофазе оказалось у детей 3 группы в 1 сутки. У этих же детей в 1 сутки отмечен наименьший показатель ПМК в батифазе, что характеризует значительные суточные перепады потребления миокардом кислорода, создающим риск развития острого нарушения сократительной функции миокарда в связи с гипоксией миокарда, обусловленной неустойчивым метаболизмом, когда всплески повышения потребности в кислороде могут оказаться неудовлетворенными с развитием кислородной недостаточности, гипоксии. Наибольший размах суточных колебаний ЧСС выявлен в 3 группе в первые 6 суток и на 25 сутки периода токсемии. В то время как максимальный размах суточных колебаний ЧСС в 1 и 2 группах составил 20 и 25 ударов в минуту, снижаясь в 1 группе до 5 на 2 сутки, во 2 группе до 8 на 3 сутки. При неизменных показателях мезора циркадного ритма ПМК обнаружен наиболее выраженный размах суточных колебаний ПМК в 1 сутки у детей 3 группы (58%), несколько меньше (46%) во 2, и 28% у детей 1 группы (рис.2). То есть, чем тяжелее была ожоговая травма, тем более выраженным оказался перепад ПМК в 1 сутки. В последующие дни размах суточных колебаний ПМК в 1 и 2 группах уменьшился до 10%, а у детей 3 группы уменьшился в среднем до 20%, оставаясь несколько больше, чем у детей первых двух групп. Таким образом, чем тяжелее протекал период токсемии тем более неустойчивым являлся показатель ПМК. Последнее является неблагоприятным фактором, обуславливающим расположенность к кислородной недостаточности в условиях тяжелого стресса со всеми патофизиологическими проявлениями, каким является период токсемии при ожоговой болезни. Выраженность суточных колебаний у детей до 3 лет также можно объяснить



незрелостью регуляторных систем ЦНС, которые еще не могут обеспечить адекватность компенсаторной реакции защитных механизмов в процессе адаптации при ожоговой травме у детей.

Наименее выраженная ригидность показателя ЦИ ЧСС выявлены в 1 группе (1,17) с повторным увеличением ЦИ на 6 сутки (1,15). В то время как у детей 2 и 3 групп ЦИ ЧСС колебался в пределах 0,95-1,05, что может быть признаком вегетативной денервации сердца у более тяжелых детей.

Циркадный индекс ПМК в 1 сутки характеризовался наибольшими значениями, составив в 1 группе 1,21, во 2 – 1,26, в 3 – 1,1. В последующие дни в 1 группе ЦИ ПМК оставался несколько больше, чем во 2 и 3 группах. То есть ригидность показателя ЦИ ПМК у наиболее тяжелых пациентов проявилась уже в 1 сутки, уменьшаясь до минимального -0,9 на 7 сутки. Корреляционные связи ПМК и ЧСС в период токсемии по часам в циркадном ритме по тяжести состояния в первые 9 суток токсемии у детей младенческого возраста свидетельствуют об ослаблении зависимости ПМК от ЧСС в 1 группе в 10 часов утра. Во 2 группе в 17, 23, 1 час ночи. Однако у детей 3 группы на протяжении всего времени суток оставалась достоверной прямая зависимость ПМК от ЧСС, несколько ослабляясь в предутренние часы. Таким образом, основным фактором, обуславливающим развитие энергодефицитного состояния миокарда с последующей острой сердечной недостаточностью у детей 3 группы является тахикардальный синдром. В то время как у детей 1 и 2 групп в утренние часы в 1, и ночные часы – во 2, эта корреляционная связь ЧСС и ПМК становится слабоотрицательной. В период токсемии у детей в возрасте до 3 лет на протяжении всего наблюдения обнаружена прямая сильная корреляционная связь ЧСС и ПМК. То есть в период токсемии у детей до 3 лет одной из ведущих причин развития гипоксии миокарда является тахикардальный синдром.

Вывод. В 1 сутки мезор циркадного ритма ПМК оказался увеличенным на 35%, 45%, 40% в 1,2,3 группах детей соответственно. В период токсемии у детей до 3 лет одной из ведущих причин развития гипоксии миокарда является тахикардальный синдром. Наибольший размах суточных колебаний ЧСС и ПМК выявлен в 3 группе. Чем тяжелее протекает период токсемии тем более выражена ригидность ЦИ, тем более выражены суточные колебания ПМК.



АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Назаров Н.Н.

Кафедра госпитальной детской хирургии

Ташентский педиатрический медицинский институт

Цель работы: изучение частоты врожденных аномалий развития толстой кишки у детей.

Материалы и методы. Данные о заболеваниях изучены по данным 2-ГКДХБ г.Ташкент за 2009-2019 гг. Аномалии развития толстой кишки диагностированы у 348 больных: пороки ротации и фиксации толстой кишки (в том числе синдром Пайра) - у 137 (39,4%) больных; болезнь Гиршпрунга - у 87 (25%); удлинения различных отделов толстой кишки - у 107 (30,7%); мембрана толстой кишки - у 7 (2%); удвоение толстой кишки - у 4 (1,1%); врожденный стеноз толстой кишки - у 4 (1,1%); гемангиоматоз толстой кишки у двух больных (0,7%). Учитывая сложный характер патологии толстой кишки у детей, для постановки диагноза проводили комплексное обследование. Кроме клинических (анамнез, осмотр, пальцевое исследование прямой кишки) и лабораторных методов исследования важное место отводится инструментальному обследованию (рентгенологическое, эндоскопическое, ультразвуковое исследование, МСКТ в режиме виртуальной колоноскопии).

Результаты и обсуждение. В наших наблюдениях наиболее часто диагностировалось нарушение ротации и фиксации толстой кишки (у 137 (39,4%) больных). Ведущими клиническими проявлениями при этом были запоры и боли в животе, нарастающие по мере отсутствия стула. Болевой симптом без запоров отмечался у 41 (30%) больного, запоры – у 96 (70%) наблюдениях. 99 (72,3%) больным проведено оперативное лечение, 38 (27,7%) больным - консервативное.

У 87 (25%) детей диагностировалось болезнь Гиршпрунга. Частота отдельных анатомических форм болезни Гиршпрунга: ректальная – 21 (24 %), ректосигмоидальная – 63 (73%), сегментарная – 3 (3%). В 100% случаев заболевание сопровождалось запорами, в 80% - метеоризмом. Основным проявлением заболевания у наблюдаемых пациентов являлось - хронический прогрессирующий запор, появившийся с рождения и переходивший через 2-3 мес у большинства больных в полное отсутствие самостоятельного стула. У 9 (10,3%) пациентов с ректальной формой заболевания невозможность самостоятельной дефекации сформировалась ко 2-му году жизни. Ведущим методом диагностики являлось контрастное исследование толстой кишки. Выбор метода оперативного лечения зависит от тяжести



состояния ребенка, анатомической формы болезни и степени компенсации. Одноэтапно (метод Соаве-Болей) было прооперировано 38 (43,6%) детей, двухэтапный метод (метод Соаве-Ленюшкин) был применен у 48 (55,3%) детей и у одного больного (1,1%) применен метод Swenson. При неосложненных формах болезни нужно отдавать предпочтение одноэтапному хирургическому вмешательству по методу Соаве-Болей. Оптимальный возраст для проведения хирургического вмешательства - 1-3 года.

Долихосигма и долихоколон, «преддверие патологии» отмечался у 107 детей. В 100% случаев у детей с долихоколон отмечались хронические запоры той или иной продолжительности и боли в животе на фоне задержки стула. У большинства детей с долихосигмой консервативной коррекции было достаточно для получения клинического эффекта. У 78 больных (72,9%) после одно- и двукратного курса консервативного лечения наступило значительное улучшение самочувствия, прекратились или уменьшились боли в животе. У 29 детей (27,1%) терапевтический подход к лечению оказался неэффективным, и они были прооперированы. Из 29 радикальных операций 24 провели внутрибрюшным методом Ребейна, 3 - брюшно-промежностным способом Соаве в модификациях у 2 больных, при удлинении поперечной ободочной кишки, наблюдаемых при синдроме Пайра, произведена резекция избыточной части толстой кишки с косым анастомозом «конец в конец» и фиксация colon в физиологическом положении. Осложнения, связанные с операцией не отмечены. Летальных исходов не было. Показанием к операции являлось - отсутствие положительного эффекта от консервативной терапии, упорные запоры с недержание кала.

Таким образом, аномалии развития толстой кишки в детском возрасте является часто встречающейся хирургической патологией. Диагностика, хирургическое лечение ряда из них носит специфический характер, для решения которых необходимы соответствующая подготовка врачей, диагностическое и лечебное оснащение.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА У ДЕТЕЙ

Назаров Н.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель работы: оценка эффективности консервативной терапии и оперативного лечения врождённых удлинений и расширений толстой кишки.

Материалы и методы. За период 2009 по 2019 гг. в клинической базе кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ на обследовании и лечении находились 107 больных с удлинением различных отделов толстой кишки: долихосигма - 83 (77,6%),



субтотальный долихоколон - 14 (13,1%), тотальный долихоколон – 10 (9,3%). У 23 (21,4%) больных с долихоколон наряду с удлинением отмечалось и расширение толстой кишки (мегадолихоколон). Возраст больных колебался от 4 мес. до 14 лет длительность болезни составляла от 2 до 5 лет. Из них 29 (27,1%) детей оперировано. Обследование детей было комплексным. В него, помимо сбора анамнестических и клинических данных, входили методы ультразвукового, рентгенологического, эндоскопического, гистологического исследований толстой кишки.

Результаты и их обсуждение. Основными симптомами заболевания были: упорные запоры, урчание и метеоризм, постоянные или схваткообразные боли в животе, усиливающиеся при физической нагрузке или нарушения режима питания, дефицит массы тела, анемия.

Всем больным проводилось комплексное консервативное лечение, направленное на усиление перистальтики кишечника, размягчение кала, усиление его «скольжения», облегчение эвакуации кала из толстой кишки. Проводилась противовоспалительная терапия. У 78 больных (72,8%) после одно- и двукратного курса консервативного лечения наступило значительное улучшение самочувствия, прекратились или уменьшились боли в животе. Нормализации функции кишечника удалось добиться не у всех.

У 29 детей (27,1%) неоднократный курс комплексной консервативной терапии оказался неэффективным. У них стойко удерживались явления нарушения функции толстой кишки, сопровождавшиеся запорами, вздутиями, болями в животе и другими неприятными ощущениями и они были прооперированы.

Показаниями к хирургическому методу лечения в наших наблюдениях явились: прогрессировать нарушение моторно-эвакуаторной функции толстой кишки, наличие болевого абдоминального синдрома, нерезко выраженные симптомы болезни при наличии крайних патологических форм длинных петель толстой кишки - «двустволки» и «омеги» и отсутствие эффекта от консервативной терапии в течение 1,5-2 года после выставления диагноза.

Во время операции резецировали от 25 до 60 см толстой кишки. У 24 (82,8%) больных провели внутрибрюшную резекцию с внебрюшинной укладкой толстой кишки по Ребейну, у 3 (10,3) - брюшно-промежностную проктопластику методом Soave в модификации А.И. Лёнюшкина, у которых мегадолихосигма сочетался с мегаректумом. У 2 (6,9%) больных, при удлинении поперечной ободочной кишки, наблюдаемых при синдроме Пайра. произведена резекция избыточной части толстой кишки с косым анастомозом «конец в конец» и фиксация colon в физиологическом положении. Осложнения, связанные с операцией не отмечены. Летальных исходов не было.



В катамнезе обследовано 26 (89,6%) из 29 прооперированных пациентов в сроки от 1 года до 8 лет после операции. Проводили инструментальные и функциональные исследования. У 22 (84,6%) детей получены хорошие результаты, а у 4 (15,4%) детей сохраняются запоры до 2-3 дней. Он получает реабилитационное лечение.

Оперированные дети развиваются удовлетворительно. Жалоб не предъявляют. Рентгенологически сигмовидная кишка обычной формы, не расширена, опорожнение полное. Анализ эндоскопических, рентгенологических исследований показал, что у больных с долихоколон, несмотря на длительность заболевания, сохранены высокие компенсаторные механизмы регуляции моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта.

В заключение можно отметить, что диагностика долихоколona должна основываться на результатах комплекса методов исследований, позволяющих только в совокупности определить причину и оценить тяжесть заболевания, что принципиально важно в выборе лечебной тактики, включая хирургическое лечение. Наш опыт хирургического лечения долихоколona свидетельствует о высокой его эффективности, при этом вид операции зависит от локализации удлинения и расширения толстой кишки, а также от сопутствующей патологии.

КОЛОСТОМИЯ ПРИ СОПУТСТВУЮЩИХ ПОРОКАХ И АНОМАЛИЯХ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНОЙ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ

Т.Т. Нарбаев, М.М. Алиев, Б.А. Теребаев, Н.Н. Тураева, Ш.Т. Бозоров

Кафедра факультетской хирургии детского возраста

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Введение Аноректальные мальформации у детей до настоящего времени являются одной из сложных проблем педиатрии, в частности детской колопроктологии. Частота возникновения аноректальных мальформаций за последние годы не имеет тенденции к снижению и по данным различных авторов, колеблется в пределах 1 на 4000-5000 живорожденных. Если учитывать сопутствующие пороки и аномалии развития со стороны других органов и систем при аноректальных мальформациях, то появляется проблема установления «клинической доминанты» той или другой сопутствующей патологии, необходимости выжидательной тактики и дальнейшей многоэтапности операций с предварительной колостомией.

Пациенты с аноректальными пороками должны подвергаться детальному обследованию в периоде новорожденности для исключения сочетанных аномалий. При



этом особое внимание следует уделять обследованию мочеполовой системы, позвоночника, спинного мозга, сердца. Настороженность должны вызывать пациенты с высокими формами аноректальной агенезии и с безвищевыми её вариантами.

Большинство детских хирургов продолжают придерживаться мнения о целесообразности предварительной колостомии и отсроченной проктопластики в возрасте 6-18 мес. или по достижении ребёнком определенной массы тела (8-10кг.), мотивируя эту тактику возможностью создания оптимального условия для выполнения сложного вмешательства, уменьшения анестезиологического риска, избежав технических ошибок.

Цель Улучшение результатов лечения аноректальных мальформаций у детей с предварительной колостомией и учетом сопутствующих им пороков и аномалий развития со стороны других органов и систем.

Материал и методы В основу работы положены результаты лечения 309 детей с аноректальной мальформацией, с предварительной колостомией и учетом сопутствующих им пороков и аномалий развития со стороны других органов и систем, в клинике Ташкентского педиатрического медицинского института за период с 2000 по 2019 годы.

Всем детям наряду с рутинными и общеклиническими методами обследования проводились: обзорная рентгенография брюшной полости, фистулоирригография, экскреторная урография, цистография, УЗИ промежности (малого таза), нейросонография (НСГ), скрининг-тесты для выявления сопутствующих аномалий головного, спинного мозга и мочевыделительной системы.

Результаты и обсуждение У более 30% с аноректальной мальформацией выявлены сопутствующие аномалии и пороки развития, особенно у детей с Vacterl-ассоциацией т.е., сочетание пороков развития пищевода (чаще атрезия пищевода), прямой кишки (атрезия ануса), сердца, почек, позвоночника и конечностей, а у большинства детей отмечены сочетание нескольких вариантов из этих пороков и аномалий развития, при которых ошибка в распознавании или поздняя, более 1-2 суток, диагностика приводит к усугублению осложнений сопутствующих пороков и к развитию к несовместимых с жизнью ситуаций. В случае, если по каким-либо причинам ребенок не осмотрен, то нередко к концу 1-х суток развивается картина низкой кишечной непроходимости.

Выжидательная тактика при аноректальной мальформациях оказалась необходимой при атрезии пищевода, выраженном неврологическом статусе (гидро-микроцефалия, органические поражения спинного мозга) и тяжелых пороках развития мочеполового тракта (мегауретер, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, гидронефроз) и сердечно-сосудистой системы (тетрада Фалло, кардиодилатационная миопатия) и т.д.



У 154 (97,4%) детей сформированы колостомы, как паллиативный этап лечения. Выполнение одномоментного первично-радикального хирургического вмешательства по поводу аноректальной мальформации отложено. Причиной этого явились вышеизложенные противопоказания связанные с «клиническим доминированием» сопутствующих ассоциаций в виде аномалий и пороков развития других органов и систем, что повысило риск проведения операции и требовало выжидательную тактику.

Причем у 117(76%) детей колостомы сформированы на первые сутки жизни, чаще в перинатальных центрах и клиниках по месту жительства, у 7(6%) пациентов предварительные колостомы сформированы при вестибулярной, у 17(14,5%) ректовагинальной, у 15(12,8%) ректоуретральной и у 10(9%) ректовезикальной фистулах. В 52(44,4%) случаях при атрезиях без фистулы, 5(4,3%) клоаке, 2(1,7%) атрезии прямой кишки, 2(1,7%) ректальном мешке, 4(3,4%) Vacterl ассоциации, 3(2,6%) атрезии толстой кишки. Правосторонние колостомы были наложены у 38 (32,5%) пациентов: Из них по Гирдаладзе 11(9,4%), подвесные 15(12,8%), цекостомы 12(10,3%). Левосторонние колостомы были наложены у 24 (67,5%) пациентов: Подвесные 25(21,4%), Двойная сигмастома 8(6,8%), Дистальная одноствольная сигмастома 46(39,3%).

У 37 (24%) детей формирование колостом (илестом) выполнено непосредственно нами. Из них 9 (5,8%) детям как первый этап до первично-радикальной коррекции при высокой форме порока и 10 (6,5%) детям ранее оперированным и требовавшими повторно-корректирующих операций, 5 (3,2%) пациентам колостомы наложены после развития осложнений в раннем послеоперационном периоде, в 13 (8,5%) случаях колостомы сформированы при выявленных сопутствующих аномалиях и пороках которые клинически «доминировали» над аноректальной мальформацией. У 2(5,4%) наложены двойная сигмастома, у 2(5,4%) дистальная одноствольная сигмастома, у 5(13,5%) терминальная сигмастома по типу Гартмана (правилом гофрирования).

Заключение Применение колостомии у детей с аноректальной мальформацией, с учётом сопутствующих им пороков и аномалий развития со стороны других органов и систем, позволило своевременно и дифференцировано провести необходимую лечебную тактику. Уменьшить частоту, характер осложнений и раннюю инвалидизацию, улучшить качество жизни и социальную адаптацию пациентов.



ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕМОСТАЗА И РЕОЛОГИИ КРОВИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ.

Нурмухамедов Х.К., Исмоилова М.У.

ТашПМИ

Большое значение в кардиохирургии придается наблюдению за состоянием гемостаза и гемореологии, что связан с высокой частотой кровотечений (3-5%). Более половины из них коррегируют при реторакотомии и ревизии. Факторами риска, способствующими послеоперационным кровотечениям, являются длительное (> 150 мин) искусственное кровообращение (ИК), гемодилюция, эффекты гипотермии, последствия воспалительной реакции и активации комплемента. В настоящее время обсуждаются алгоритмы диагностики коагулопатий у пациентов раннего возраста с врожденным пороком сердца (ВПС) в предоперационном, интраоперационном и раннем послеоперационном периодах.

Целью исследования явилось установление индивидуального плана диагностики кровотечений у детей раннего возраста с ВПС.

Материалы и методы. Обследовано 60 (1-3 года) детей, с ВПС в предоперационном, периоперационном и послеоперационном периодах которым исследовали реологические показатели крови (коагулограмма), биохимические анализы (функция почек, печени, водно-электролитный обмен). В зависимости от возраста и уровня гипоксемии пациентов разделили на 3 группы. В 1-ю группу вошли 19 детей до 2 лет и насыщением крови кислородом > 80%; во 2-ю – 27 детей до 3 лет с насыщением крови кислородом > 80%; в 3-ю – 14 детей свыше 3 лет и насыщение крови кислородом <80%.

Результаты и обсуждение. Результаты предоперационного скрининга больных с ВПС по группам позволили установить недостаточность гемостаза у детей в 1 группе в сравнении со 2 группой, выражающаяся в снижении активности факторов протромбинового комплекса и возрастание международного нормализованного отношения (МНО), незначительном снижении количества фибриногена. Несмотря на некоторое повышение растворимых комплексов фибрин мономера (РКФМ) и иногда димера (D), в целом тромбинемия не выявлена, т.к. тромбиновое время (ТВ) было длиннее чем у детей 2 и 3 групп. Анализ результатов позволяет заключить, что не только геарин, но и гемодилюция могут быть фактором риска кровотечений в данной группе. Во 2 группе состояние свертывания крови находилось в гиперкоагуляции и имело выраженную степень тромбонемии, повышение уровня фибриногена (Фг), тромбоцитов и факторов протромбинового комплекса (группа риска). Дисфункция противосвертывающей системы выражалась в снижении на 19% активности протеина С при нормальной активности антиромбина III высокой достоверности. В данной ситуации целесообразна



антикоагулянтная терапия гепарином. В 3 группе – выявлено достоверное повышение РКФМ, выраженная гипоксемия, гипокоагуляция, на фоне удлинения времени свертывания АЧТВ, МНО, ТВ, что является патологией свертывающей системы. Все это свидетельствует о тромбгеморрагических осложнениях у детей с ВПС цианотического характера, позволяет обосновать уровень антикоагуляции в период ИК и составить программу профилактики и лечения кровотечения.

Результаты расширенного предоперационного исследования крови и фибринолиза показали соответствие классификации групп риска, полученной на основании скрининговых исследований, тяжести повреждения противотромботического потенциала эндотелия сосудистой стенки. В связи с этим в 1 группе больных физиологическая незрелость системы гемостаза является основанием для использования более низких концентраций гепарина при ИК, во 2 группе – обнаружена дисфункция противосвертывающей системы, выраженная в сниженной на 19% активности протеина, следовательно целесообразна антикоагулянтная терапия гепарином общепринятыми дозами; в 3 группе – обнаружен дефицит не только протеина С, но и антитромбина III высокой степени, что требует высокой дозы гепарина при ИК, заместительной терапии СЗП.

Нарушения реологических свойств крови, создающее предпосылки для геморрагических осложнений, наряду с вариациями и активности антитромбина III указывают, что во время ИК для пациентов 1 и 3 групп крайне важен контроль концентрации гепарина, определяющий контролировать степень антикоагуляции при ИК, зависящий также от количества тромбоцитов, Ht и вязкости крови. Особенно важным этапом предупреждения кровотечения является этап нейтрализации гепарина и восстановление свертывания крови.

Наиболее опасными в плане развития кровотечений являются первые 2 ч после операции на сердце. На данном этапе наряду с оценкой и стабилизацией гемодинамики необходимо оценить коагуляционный профиль (ВСК, количество и функции тромбоцитов), диагностику дисфибриногенемии, оценку времени свертывания (АЧТВ, МНО, ТВ/ГНТВ) и Ht. Такой алгоритм диагностики подразумевает состояние индивидуального плана риска развития послеоперационного кровотечения.

Выводы. Современные методы лечения, основанные на принципе индивидуализации, учитывающие значение пред- и интраоперационных факторов как вероятных причин кровотечения, позволяют снизить частоту и интенсивность кровотечения после операции на сердце, проводить быструю и частую оценку состояния, эффективность и точность лечения будут возрастать.



ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ЭПИДУРАЛЬНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ У ДЕТЕЙ ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Острейков И.Ф., Бабаев Б.Д., Шишков М.В., Никитин В.В,
Толасов К.Р., Шульженко М.Д, Кумиев С.С.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования.

ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗ, г. Москва. Россия

Актуальность. Хирургические вмешательства на органах брюшной полости доминируют в общей структуре операций различных хирургических клиник. В современном развитии абдоминальной хирургии можно отметить что, значительно увеличилась доля операций, выполняемых с применением эндоскопической техники, позволяющей снизить их травматичность и сократить период послеоперационной реабилитации пациентов.

Боль – это один из основных факторов в развитии пареза кишечника и дискомфорта у больных с воспалительными поражениями брюшной полости. Проблема купирования боли у этой категории больных является первоочередным мероприятием. Традиционное использование только наркотических анальгетиков имеет ряд негативных моментов в виде угнетения кашлевого рефлекса, общего угнетающего эффекта за счет седации, подавлению моторики желудочно-кишечного тракта. Использование только ненаркотических анальгетиков не создает адекватной анальгезии. Говорить о преимуществах эпидурального обезболивание стало возможным после появления в клинике ропивакаина (наропина), который сразу же стал рассматриваться как местный анестетик выбора для послеоперационной анальгезии. Фармакокинетика наропина имеет почти идеальный профиль безопасности, кроме того, в концентрации 0,2% он обеспечивает дифференцированную блокаду (в большей степени сенсорную, в меньшей степени моторную), что способствует ранней активизации пациентов. Кроме того нарופן обладает системным противовоспалительным эффектом.

Целью исследования. Разработка оптимальной методики послеоперационного обезболивания у больных в абдоминальной хирургии у детей.

Материал и методы исследования. В реанимационном отделении ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗ г. Москвы за период 2016 года пролечено 201 больных с тяжелыми воспалительными поражениями брюшной полости, сопровождающимися выраженным болевым синдромом. Возраст больных от 1-го до 17 лет.

Выраженность болевого синдрома при поступлении оценивалась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ): нестерпимая боль (9-10 баллов), сильная боль(6-8 баллов), умеренная боль (4-5 баллов), слабая боль (2-3 балла), и нет боли(0-1 балл).



В условиях общей анестезии после обработки кожи антисептиком была произведена пункция и катетеризация эпидурального пространства на уровне L4-L5, L4-L5 межостистого промежутка. Поиск пространства производился срединным доступом по методу утраты сопротивления. Эпидуральный катетер диаметром G16-20 введен свободно, на расстояние 4 см, проходим. Фиксирован пластырем в месте пункции, а так же на спине по длине вдоль позвоночника без натяжения. Подпись с указанием даты и времени установки. В последующем после введения тест-доз раствора наропина на фоне стабильных показателей гемодинамики, было введено Sol. naropini 0,2%.

Для послеоперационного обезболивания достаточно использовать 0,2% раствор наропина в дозе 0,1-0,2 мл/кг/ч (0,2-0,4 мг/кг/ч). Эффект развивался через 5-10 мин. Болевой синдром уменьшался, улучшалась перистальтика кишечника, восстанавливался адекватный кашлевой рефлекс с отхождением мокроты. Обезболивающий эффект сохранялся в течении всего периода времени. Во время эпидурального обезболивания наропином, необходимости дополнительного введения обезболивающих препаратов не было. Катетер в основном удалили на 4- 5 сутки после операции.

Надо отметить, что у 3% больных эпидуральное обезболивание оказалось недостаточно эффективным, что требовалось дополнительного обезболивание.

Вывод. Эпидуральная обезболивания раствором наропина является одним из эффективных методов обезболивания в абдоминальной хирургии у детей в послеоперационном периоде. Его достоинства состоят в отсутствии угнетения кашлевого рефлекса, общего угнетающего эффекта за счет седации и подавлению моторики желудочно-кишечного тракта.

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА ПРИ ДОЛИХОСИГМЕ У ДЕТЕЙ

О.Т. Оллабергенов, Б.А. Теребаев, Н.Н. Тураева, А.Ф. Атабаев

ТашПМИ

Актуальность проблемы. Нарушения формирования и пассажа каловых масс у детей обусловлены аномалиями строения сигмовидного отдела толстой кишки приводящее к хроническому колостазу. Эта проблема весьма актуальна, а вопросы её разрешения являются дискуссионными.

Цель исследования. Нормализация биоценоза толстой кишки и улучшение результатов консервативного лечения хронического колостаза при долихосигме у детей.



Материал и методы исследования. За период с 2010 по 2018 года в клинику факультетской детской хирургии ТашПМИ было госпитализировано 80 больных с долихосигмой. В 53 (66,2%) наблюдениях выявлена компенсированная стадия заболевания, в 21 (26,3%) наблюдении субкомпенсированная и в 6 (7,5%) наблюдениях стадия декомпенсации.

Результаты исследования. Лечение начинали с комплексной консервативной терапии, направленной на устранение колостазы и нормализацию работы пищеварительного тракта с восстановлением биоценоза кишечника. Она включала в себя: назначение послабляющей диеты, стимуляцию перистальтики кишечника, витаминотерапию, физиотерапию, применение слабительных и спазмолитических средств, проведение очистительных или сифонных клизм, назначение сублимированного комплекса пробиотических культур «Bifolak®-Active».

На фоне проведенной комплексной терапии хорошие и удовлетворительные результаты отмечены в группе больных с компенсированной и субкомпенсированной стадией заболевания, у детей отмечена нормализация биоценоза кишечника, появление регулярного стула, отсутствие беспокойства.

У 5 из 6 больных в стадии декомпенсации результаты консервативной терапии оценены как неудовлетворительные, причинами безрезультативности проведенной терапии явилось наличие не расправляемых петель кишечника и сохраняющиеся стойкие запоры с развитием каловой интоксикации. Этим больным выполнены оперативные вмешательства - резекция сигмовидной кишки.

Выводы. Комплексная консервативная терапия при долихосигме у детей является наиболее эффективным методом лечения. Оперативные вмешательства при долихосигме у детей выполняются крайне редко, показаниями являются стойкие хронические запоры с образованием каловых камней приводящие к развитию кишечной непроходимости.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КЛОАКАЛЬНЫХ ФОРМ АНОРЕКТАЛЬНЫХ АНОМАЛИЙ

Отамурадов Ф.А.

ТашПМИ

Цель исследования: 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 устанавливался на основании комплексного обследования поскольку среди этого контингента высокий процент сочетанных пороков развития.

У 16 (84,2%) патология представлен виде изолированной формы, у 3(15,8%) - в сочетании с ректальным мешком. 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 уро-ректогенитальный синус. При низком расположении устья уретры у 3 больных провели одномоментную радикальную операцию: у двух пациентки – заднее - саггитальная вагиноректоаноластика; у одной – брюшно-промежностная проктопластика с вагинопластикой. У 16 был наложен предварительно колостома в последующем для выполнено радикальной операции. Из числа общих пациентов у 8 больных было выполнено радикальная операция – уретровагиноректоаноластика заднее саггитальном доступом и в последующем у 6 выполнено закрытие колостомы. А четверо больных находиться 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.



ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНОМ СИНУСЕ У ДЕВОЧЕК

Отамурадов Ф.А.

ТашПМИ

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 урогенитального 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 заключение 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 коррегирующих операций, позволяющих улучшить результаты лечения.

ЧАҚАЛОҚЛАРДА ОМФАЛОЦЕЛЕНИ ДАВОЛАШДА ОПЕРАЦИЯ ОЛДИ ТАЙЁРГАРЛИГИ

Рўзматов И.Б., Сапаев О.Қ., Яхшимуратов С.Ш.

ТТА Урганч филиали, Болалар жарроҳлиги кафедраси

Мақсад. Омфалоцеледа операция олди тайёргарлиги самарадорлигини баҳолаш.

Материал ва усуллар. 2006-2017 йиллардаги 103 нафар чақалоқ омфалоцеле ташхиси билан бизнинг кузатувимиз остида бўлди. Чақалоқларнинг 45 (44%) таси қиз болалар, 58 (56%) нафари эса ўғил болаларни ташкил қилди. Болаларнинг 84 (82%) таси вақтида туғилганлар, 19 (18%) таси эса муддатига етмай туғилган чақалоқлардир.

Натижа ва таҳлиллар. Омфалоцеле ташхиси билан неонатал реанимация бўлимга келтирилган чақалоқларни биринчи навбатда аҳволининг оғирлик даражаси аниқланди. Бунда биз эксикоз ва гемодинамиканинг бузилиши даражасига, тана ҳароратининг ҳолати (гипотермия, гипертермия), чурра қопининг ҳолатига, оғриқ синдроми ва аспирацион бронхопневмония даражасига эътибор қаратдик. Операция олди тайёргарлиги гомеостаз бузилишларини коррекция қилишдан иборат бўлди ва у 6-24 соатни ташкил қилди. 47 (90,4%) нафар болада операция госпитализациядан кейинги 12-18 соат мобайнида амалга оширилди. Операция олди тайёргарлигининг самарадорлик мезони беморлар диурези ва гемодинамика кўрсаткичларининг тикланиши билан баҳоланди. Операция олдинги тайёргарлиги медикаментоз, яъни кенг спектр таъсирга эга антибиотиклар, гемостатиклар, антиоксидантлар, қоннинг оксил таркиби ва сув-электролит балансининг коррекциясига қаратилган инфузион терапияни қўллашни ўз ичига олди.

Хулоса қилиб айтганда текширув натижаларимизга кўра, беморларда ноадекват диурез ва кучли гомеостаз бузилиши кузатилса, бунда операция олди тайёргарлигини адекват диурез ва гемодинамика кўрсаткичларини яхшиланишигача давом эттириш лозим.



КОМБИНИРОВАННАЯ АНЕСТЕЗИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОПОФОЛА ПРИ МАЛОТРАВМАТИЧНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Салиходжаев Ш.Н., Толипов М.Г

Ташкентский педиатрический медицинский институт

В педиатрии для проведения управляемой анестезии широко используется внутривенный анестетик ультракороткого действия пропофол. Широкое применение пропофол нашел в анестезиологических пособиях с использованием ларингеальной маски, в том числе и у детей. Разработчики данного препарата и исследователи – практики не рекомендуют применение пропофол у детей в возрасте до 3-х лет. Но в настоящее время появляются сообщения об его успешном применении и у детей раннего возраста.

Цель работы. Оценить эффективность комбинированной анестезии с использованием пропофол при малотравматичных хирургических вмешательствах у детей

Материалы и методы. Исследование проведено на основании анализа 25 анестезий с использованием пропофол у детей 1-14 лет при малотравматичных хирургических вмешательствах, риск анестезии I - II класса по ASA. Пациенты были произвольно разделены на 2 группы: 1-ая группа – 10 детей – пропофол применялся для индукции в анестезию (поддержания анестезии галотаном), 2-ая группа – 15 детей – пропофол был использован как основной компонент тотальной внутривенной анестезии (ТВВА). Проводился мониторинг показателей центральной гемодинамики (ЧСС, систолическое и диастолическое АД, САД), сатурации кислорода методом пульсоксиметрии, а также клиники течения анестезии. Регистрация данных параметров происходила в автоматическом и ручном режиме с помощью кардиомонитора PROTOCOL 102E (USA)

Результаты исследований и их обсуждение. На всех этапах исследования колебания показателей ЧСС носили недостоверный характер. Однако, у больных 2-ой группы отмечается тенденция к урежению ЧСС к концу оперативного вмешательства на 7,5 %. У больных 1-ой группы наоборот, отмечается некоторое увеличение ЧСС на 7,2 % при вводимом наркозе и на 6,1 % к концу операции. Такая же динамика в этой группе прослеживается и в изменениях САД. Так, во время индукции САД достоверно выше исходного на 13,2 %, та же тенденция сохраняется и через 30 мин после начала операции, хотя увеличение САД с 68,7 % до 76,1 % недостоверное. В целом, течение анестезии, посленаркозное пробуждение в обеих группах было гладким. Осложнений, связанных с применением пропофол не было. На следующих этапах операции фиксировались показатели гемодинамики: I-исходное, после премедикации; II-в течение 5 мин. после введения индукционной дозы пропофол; III-30 мин. после начала операции.



Отмеченное возрастание ЧСС и САД можно трактовать, как недостаточную глубину наркоза, так как действие ингаляционного анестетика ещё не успевает развиваться в полной мере (хирургическая стадия при анестезии галотаном наступает на 6-12 минуте). Снижение САД с 79,1 до 73,4 мм.рт.ст. ($p > 0,05$) во время индукции у детей 2-ой группы при относительно стабильном ЧСС (снижение на 7 % в среднем), является прямым следствием вагolitического эффекта пропофола. При более медленном введении индукционной дозы (за 30-50 сек.), гемодинамические эффекты были минимальны. Возникающая гипотония после индукции и смены положения больного на операционном столе корригировалась волемиической нагрузкой глюкозо - солевыми растворами. Показатели Sat O₂ на всех этапах исследования в обеих группах больных оставались нормальными и колебались в пределах 97- 99 %.

Течение анестезии при обоих вариантах отличалось хорошей управляемостью и стабильностью. При индукции пропофолом медикаментозный сон наступал примерно в течение 40-60 сек. Глоточные и гортанные рефлексy на фоне индукции пропофолом подавляются, что является, по данным многих авторов, идеальным средством для использования ларингеальной маски. Учитывая центральную депрессию дыхания под действием пропофола. Добавление местных анестетиков в эмульсию пропофола (2 % лидокаин, 0,25 % новокаин) позволило избежать болезненности при инъекции, только у одного ребенка из первой группы в послеоперационном периоде возник флебит периферической вены, что было связано со сложностями при его установке. При использовании пропофола в качестве базисного компонента ТВВА (2-ая группа) отмечалась гладкое течение анестезии, хорошая управляемость анестезии, стабильная гемодинамика. Ни у одного ребенка из 2-ой группы не возникло послеоперационной рвоты, когда у пациентов 1-ой группы - в 3 случаях, это подтверждает антиэметическое действие пропофола. В одном случае у ребенка из 1-ой группы наряду с индукцией пропофола использовался кетамин 1,5 мг/кг внутривенно, при этом показатели гемодинамики значимо не отличались от остальных в данной группе, но увеличилось время пробуждения до 30 мин., ребенок после пробуждения жаловался на диплопию, которая самопроизвольно купировалась в течение часа.

Выводы: Комбинированная анестезия с использованием пропофола обеспечивает надежную анестезиологическую защиту, хорошую управляемость анестезии. Пропофол обладает всеми качествами, близкими к «идеальному» внутривенному анестетику быстрое наступление медикаментозного сна, хорошая управляемость анестезии, быстрота выхода из анестезии, минимум постоперационных нежелательных эффектов. Пропофол является хорошим средством для индукции при комбинированной анестезии и для



проведения ТВВА. Микроструйное ведение пропофола дает достаточный гипнотический эффект и более стабильную гемодинамику, чем комбинация пропофола с ингаляционным анестетиком.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ НА ЭТАПАХ КОМБИНИРОВАННОЙ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОПОФОЛА ПРИ МАЛОТРАВМАТИЧНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ДЕТЕЙ

Салиходжаев Ш.Н.

ТашПМИ

Проведение малотравматичных хирургических операций на современном этапе по-прежнему занимает одно из лидирующих положений. Общая анестезия при проведении малотравматичных хирургических вмешательств имеет ряд особенностей: обеспечение быстрого пробуждения, отсутствие проявлений посленаркозной депрессии, быстрое восстановление сознания и самообслуживания пациентов.

Цель исследования. Проведение анестезиологического пособия сочетанием пропофола с кетаминном, при сохраненном спонтанном дыхании, без миорелаксации и без перевода пациента на искусственную вентиляцию легких.

Материал и методы. Нами было обследовано 142 детей в возрасте от 3 до 14 лет, госпитализированные в клинику для планового хирургического вмешательства с различной хирургической патологией.

Распределение больных на группы осуществляли в зависимости от методики проводимой анестезии. 1 группу составили 120 детей, которым проводились тотальная внутривенная анестезия (ТВВА) кетамин+ пропофол; 2 группа - 20 детей которым было проведено ингаляционная анестезия (ИА) наркотаном. Премедикация у детей обеих группах была стандартной, осуществлялась внутримышечным введением возрастных доз атропина 0.1%-0,01 мг/кг, сибазона 0,5%-0,3 мг/кг, кетамина 5%- 5мг/кг за 15 мин до операции. Средняя продолжительность операций в группах составила 35 ± 10 мин.

Для объективной оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы использовался метод эхокардиографии (Aloka SSD -260) На основе линейных параметров ЛЖ с помощью математических расчетов (L.Teichholz с соавт (1976)) вычислили показатели морфометрии сердца, его насосной функции и сократительной способности миокарда.

Пациенты разделены на 2 группы: 1-я группа (120 детей): Индукцию начинали с введением внутривенно пропофола в дозе 2,5-3мг/кг, впоследствии внутривенно вводили



кетамин 3 мг/кг. Поддержание анестезии осуществляли инфузией пропофола из расчета 150мкг\кг\мин (в зависимости от клинических ситуации). При необходимости повторно вводили кетамин в дозе 1-1,5 мг/кг. Инсуффляция O₂ осуществлялось через маску анестезиологической машины Flow O₂ 1-2 Литр\мин; 2-я группа (20 детей): Индукция проводилось сибазонам 0,5% - 0,3 мг/кг внутривенно и ингаляцией наркотаном 0,5-1V%, через маску анестезиологического аппарата. Средняя доза наркотана составляла 1,5±0,5V%. В течение операции у детей обеих групп сохранялось спонтанная дыхание.

Оценка изменение гемодинамики проводили с использованием монитора PROTOCOL 102E (USA). В динамике определяли АД систолическое (АДс), АД диастолическое (АДд), АД среднее (АДср), сатурация кислородом (SaO₂), частоту сердечных сокращений (ЧСС), частоту дыхательных движений (ЧДД), ударный индекс (УИ), ударный объём (УО), минутный объём крови (МОК).

Результаты исследований и обсуждение. В 1-й группе, гемодинамические показатели были следующими: по сравнению с исходными показателями АДс=127,4±7,7; АДд=83,6±8,4 и САД=98,2±8,2 отмечалось снижения в среднем на 8-12% АДс=110±13,8; АДд=72,2±7,8 и САД=84,8±9,4 к концу операции. Показатели УО и УИ на этапах анестезии сохранялись на первоначальных величинах. ЧСС=121±4,9 уменьшился на 18% к концу операции 102,3±11,4. МОК, СИ, УПС на всех этапах анестезии оставались в относительно стабильных показателях. Примечательно, что у пациентов в начале индукционного периода развивалась гиповентиляция, явлений возбуждений и двигательных реакции не наблюдалось.

Во 2-й группе показатели гемодинамики в сравнении с исходными величинами увеличились после премедикации 10-19% АДс=124,07±11,14; АДд=82,3±9,06 и САД=67,6±5,04 Отмечено снижение всех показателей АДс=107,13±8,66; АДд=69,93±7,56 и САД=67,6±5,04 на 14% к концу операции. Этап индукции протекал без признаков возбуждения. На этапах поддержания анестезии и пробуждения АДс, АДд, САД оставались относительно стабильными.

В 1-й группе пациентов после окончания операции, восстановление психомоторных функций происходило достаточно быстро: открывания глаз по команде на 15-й минуте; ответ на простой вопрос на 25-й минуте; ответ на сложный вопрос через 35- 40 мин после окончания операции.

В 2-й группе время восстановления этих функций было несколько дольше: ответ на 1-й вопрос через 35-40 мин; на 2-й более чем через 60 мин после окончания операции.

Оценивая результаты исследования, можно заключить, что начало индукции при анестезии пропофолом в 1-й группе пациентов не сопровождалось нежелательными



эффектами. Пропофол вызывает депрессию функций сердечно-сосудистой системы, приводил к снижению АД, гиповентиляции. Кетамин который применяется в сочетании с пропофолом увеличивал артериальное давление, ЧСС и сердечный выброс, так как он фармакологически обладает симпатомиметическим и психомиметическим действием.

Ингаляционный анестетик наркотан использованный во 2-й группе, уменьшал артериальное давление (14%). Снижение насосной функции сердца, обусловленное влиянием препарата на захват внутриклеточного кальция, вызывал повышение давления в правом предсердии. В норме артериальная гипотония снижает активность барорецепторов дуги аорты и бифуркации сонной артерии, что уменьшает стимуляцию блуждающего нерва и вызывает компенсаторное увеличение ЧСС. При использовании наркотана дыхание становилось частым и поверхностным. Наркотан угнетал увеличение минутного объема дыхания, вызванное повышением $PaCO_2$.

Помимо этого, наркотан угнетает мукоцилиарный клиренс, повышая риск возникновения гипоксии и ателектазов в послеоперационном периоде.

Индукция в 1-й группе с введением кетамина позволила быстрее (14%) стабилизировать показатели гемодинамики и исключить развитие гиповентиляции и апноэ. Полученные результаты можно объяснить выраженным симпатомиметическим действием кетамина, который позволяет устранить нежелательные эффекты пропофола и обеспечивает относительно стабильную гемодинамику на протяжении всей операции.

Таким образом, проведенные наблюдения позволяют сделать заключения, что методика общего обезболивания, с использованием пропофола и кетамина у пациентов 1-й группы позволяет обеспечить как безопасное введение в наркоз, так и дальнейшее стабильное течение общей анестезии с сохранением самостоятельного дыхания. Предложенная схема общей анестезии позволяет обеспечить адекватную анестезиологическую защиту и минимизировать после операционную тошноту и рвоту при непродолжительных, малотравматичных вмешательствах у детей.

Выводы. Анестезия с использованием пропофола и кетамина позволяет обеспечить адекватную анестезиологическую защиту при малотравматичных хирургических вмешательствах у детей с сохранением спонтанного дыхания. Комбинация пропофола и кетамина позволяет нивелировать некоторые их нежелательные гемодинамические эффекты. Индукция анестезии с применением пропофола характеризуется кратковременным снижением систолического АДс и диастолического АДд на 8% соответственно, с увеличением ЧСС на 18%, с быстрой последующей нормализацией. Период пробуждения после общей анестезии с использованием пропофола характеризуется: Открыванием глаз по команде на 15 ± 5 -й минуте; ответ на простой вопрос на 25 ± 7 -й минуте; ответ на сложный



вопрос через $35 \pm 4,6$ мин после окончания операции. При анестезии с использованием наркотана восстановления этих функций было несколько дольше.

ВЛИЯНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПЕРФУЗИОННОГО ДАВЛЕНИЯ НА ОКСИГЕНАЦИЮ И МЕТАБОЛИЗМ ГОЛОВНОГО МОЗГА.

Салиходжаев Ш.Н.

ТашПМИ

Актуальность. В основе перфузионно-метаболических изменений (ПМИ) при острой церебральной недостаточности (ОЦН) лежит связь между кровотоком и потреблением кислорода. Поддержание перфузии головного мозга (ГМ) является одной из основных задач интенсивной терапии (ИТ) детей с внутричерепными кровоизлияниями (ВЧК) и тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ). Наиболее важными параметрами системной гемодинамики, оказывающими влияние на мозговой кровоток у детей с ВЧК являются центральное перфузионное давление (ЦПД) и сердечный выброс (СВ), сведения о которых крайне противоречивы.

Цель исследования. Определение взаимосвязи между параметрами системной гемодинамики (ЦПД и СВ) и показателями оксигенации и метаболизма головного мозга у детей с ВЧК.

Материалы и методы. Обследовали 28 (3-12 лет) детей с ВЧК и угнетением бодрствования до 4-8 баллов по шкале комы Глазго (ШКГ). Определяли показатели системной гемодинамики (транспульмонарная термоделюция, монитор Agilent M 1166A) с интегрированным модулем RISCO plus., проводили инвазивный мониторинг ВЧД и оценивали биохимический состав интерстициальной жидкости ГМ. Объем вводимой жидкости определяли по таблицам, прилагаемым к монитору (от массы тела).

Результаты и обсуждение. Анализ измерений фракции кислорода и дыхательной смеси ($\text{FiO}_2 - 0,5 \pm 0,1$), ВЧД (16 ± 8 мм.рт.ст), температура артериальной крови ($37,4 \pm 0,6 \text{C}^0$) и головного мозга ($37,5 \pm 0,6 \text{C}^0$), p_aO_2 ($166,5 \pm 53,6$ мм.рт.ст), p_aCO_2 ($32,1 \pm 4,2$ мм.рт.ст) были стабильными.

При анализе взаимосвязи сердечного индекса (СИ) с показателями оксигенации и метаболизма ГМ с ЧМТ, вследствие разрыва артериальной аневризмы у детей с субарахноидальными кровоизлияниями (САК), выявлена обратная корреляционная зависимость средней силы, что было расценено как ухудшение перфузии и аэробного метаболизма в интактном поле ГМ.



Корреляционный анализ взаимосвязи ЦПД и показателей церебральной оксигенации и метаболизма у детей с тяжелой ЧМТ выявили обратную умеренную корреляционную зависимость, что способствовало улучшению аэробного метаболизма в условно интактном и поврежденном веществе ГМ, когда наиболее меньшие значения ЦПД зарегистрированы как 80 мм.рт.ст.

В свою очередь, рост ЦПД сопровождался улучшением перфузии ГМ, однако не влиял на аэробный метаболизм, что может свидетельствовать о нарушении ауторегуляции мозгового кровотока.

Выводы. У обследованных детей с нетравматическими САК и ЧМТ выявлено различное влияние СВ и ЦПД на церебральную оксигенацию и метаболизм. У детей с ЧМТ измерение СИ не оказывало влияние на давление интерстициальной жидкости в ГМ, а увеличение ЦПД сопровождалось улучшением церебрального метаболизма. Наилучшие показатели церебрального метаболизма были отмечены при ЦПД более 80 мм.рт.ст.

АНАЛИЗ ЭТАПОВ КОМБИНИРОВАННОЙ ИНГАЛЯЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ BIS- ИНДЕКСА ПРИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ДЕТЕЙ.

Салиходжаев Ш.Н.

ТашПМИ

Введение. В практике анестезиологического обеспечения у детей вопрос оценки уровня угнетения сознания или адекватности седации стоит достаточно остро и значимо с точки зрения психоэмоционального восприятия ими проводимых методов лечения. Этой важной составляющей мониторинга за состоянием пациента в настоящее время посвящается значительное количество публикаций специалистов.

Использование BIS-мониторинга дает нам возможность контролировать глубину анестезии и уменьшить эпизоды интранаркозного восстановления сознания или же чрезмерной глубокой анестезии. По данным литературы, BIS-мониторинг на 80% уменьшает случаи интранаркозного восстановления сознания. Но проблема заключается в том, что не все операционные помещения оснащены этой аппаратурой.

Целью исследования было определить оптимальный способ ингаляции и дозировки севофлюрана на этапах анестезиологического пособия для проведения адекватной анестезии на основании BIS-мониторинга.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе отделения кардиохирургии клиники ТашПМИ. Исследование были включены 36 детей с диагнозом (Дефект межпредсердной перегородки-12, Дефект межжелудочковой перегородки-16,



Частичный anomальный дренаж легочных вен-3, Открытый атриовентрикулярный канал-2, Дефект межжелудочковой перегородки со стенозом легочной артерии-3). Пациенты были разделены на две группы: в 1 группе (13 детей) анестезия проводилась под контролем BIS-мониторинга; а во 2 группе (13 детей) до ингаляционного анестетика определяли по показателю гемодинамики и другим клиническим признакам. В исследование не включали детей с патологией центральной нервной системы. Обследование включало сбор жалоб и анамнеза, физикальные данные обследование, а также лабораторное и инструментальное исследование. Премедикация перед операцией включала атропин сульфат 0,1% -0,01мг/кг, сибазон 0,5%-0,3мг/кг, кетамин 5% 3-5мг/кг. Всем пациентам проводили стандартный периоперационный мониторинг, включающий непрерывную пульсоксиметрию, капнографию (Vamos, Dräger, German), регистрацию ЭКГ, частоты сердечных сокращений, инвазивное артериальное и центральное венозное давление (Vista 120, Dräger, German). Перед индукцией в анестезию всем больным проводили катетеризацию периферической вены (KDM, B|Braun, Германия). Индукцию анестезии осуществляли сибазоном 0,25 мг/кг, фентанилом 5—7 мкг/кг. Миорелаксацию перед интубацией трахеи проводили при помощи пипекурония бромидом 0,1 мг/кг и поддерживали в дальнейшем его болюсным введением 0,015 мг/кг. Поддержание анестезии обеспечивали ингаляционным анестетиком севофлюраном и дробным введением фентанила для обеспечения глубины анестезии на хирургическом уровне 40—60 баллов под контролем модуля кардиомонитора (UTAS 300TM, Украина). После индукции анестезии осуществляли катетеризацию внутренней яремной вены трехпросветным катетером (Certofix, B.Braun) в один из портов подключали к трансдюсеру для непрерывного мониторинга центральной венозной давления. Искусственную вентиляцию легких в операционной осуществляли аппаратом Fabius XL (Dräger, German) с параметрами, дыхательный объем 10—12 мл/кг, частота дыхания 20—22/мин, LFA. Инфузионную терапию в ходе операции проводили изоосмолярными растворами в раннем послеоперационном периоде, сбалансированном раствором, а в случае гиповолемии-6% раствором ГЭК «Волюстим» 130/0,42 в сбалансированном (в 1 группе в зависимости от показателей BIS, а во 2 группе в соответствии с рекомендованными дозами-2 V%). Восстановление сознания больного после операции определялось спонтанным открыванием глаз, полным восстановлением рефлексов и выполнением команд, таких как «покажите язык», «сожмите мне руку», «поднимите голову»

Результаты исследования и их обсуждение В 1 группе значение BIS после премедикации колебалось между 70 и 80. Во время индукции анестезии значение BIS резко падало в среднем до 32, и это означает, что используемая нами севофлюран в средней дозе $1,5 \pm 0,7$ V% вполне достаточна. Такой уровень анестезии держался в среднем на протяжении



6 минут, после чего мы начинали ингаляцию севофлюрана с такой скоростью, которая позволила удерживать значение BIS между 40-60. В среднем концентрация севофлюрана составляла $2,1 \pm 0,7$ V%, и только у трех пациентов понадобилась ингаляция севофлюрана увеличить $3,5$ V%. После чего средний поток ингаляции для поддержания составляла в среднем $2,4 \pm 0,9$ V% до и после перфузии ингаляцию севофлюрана прекращали в среднем за 5 минут до окончания операции с учетом показателей BIS. Таким образом, BIS-мониторинг не только позволил нам сэкономить анестетики, но и привел к сокращению процента поверхностной анестезии и чрезмерно глубокого наркоза, что отражалось на скорости восстановления сознания, которая составила $35 \pm 4,6$ минуты в 1 группе, что достоверно ниже, чем во 2 группе $44 \pm 3,7$ минуты. На основании полученных нами результатов можно сказать, что доза севофлюрана 2 V% для индукции анестезии является вполне достаточной. Первые полчаса поток севофлюрана, достаточная для поддержания адекватной глубины анестезии, составляет $2,5$ V%.

Выводы Проведение анестезии с использованием BIS-мониторинга позволяет снизить дозы используемых препаратов, снизить количество эпизодов чрезмерно глубокой и поверхностной анестезии и сократить время восстановления сознания после окончания операции. На основании полученных нами данных можно рекомендовать следующую схему проведения анестезии севофлюраном: 2 V% для индукции; $2,5$ V% до и после перфузионном периоде, позволяет поддерживать необходимый уровень седации.

ОКСИДАНТНЫЙ И АНТИОКСИДАНТНЫЙ СТАТУС В РАННИЙ ПЕРИОД РАЗВИТИЯ ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

Собиров Э.Ж., Сабилов У.С.

Ташкентская медицинская академия, Ургенчский филиал

Известно, что формирование перитонита зачастую сопровождается интенсификацией процессов свободно-радикального окисления, напряжением антиоксидантной системы.

Целью исследования явилось изучение и анализ динамики параметров оксидантной и антиоксидантной защиты в ранний послеоперационный период перитонита у детей.

Материалы и методы. Обследовано 44 ребенка (13-17 лет), из которых 34 ребенка поступили с перитонитом при благоприятном исходе (10 в реактивной стадии, 24 в токсической стадии) и 10 пациентов с неблагоприятным исходом заболевания. В 31,8% наблюдений причиной перитонита был аппендицит, в 22,7% - повреждения полых органов брюшной полости, в 39,2% - как послеоперационное осложнение. По характеру выпота в брюшную полость и состоянию желудочно-кишечного тракта в 40,9% (18 детей) зарегистрирован серозно-фибринозный перитонит; в 18,2% случаев – разлитой гнойный перитонит; в 9,1% - ферментативный и серозный перитонит; в 9,2% - местный серозно-



фибринозный и диффузно-геморрагический перитонит. Для выявления оксидантного и антиоксидантного статуса изучали: сыворотку крови, общую оксидантную (ООА) и антиоксидантную (ОАА) активность; уровень тиобарбитуровой кислоты (ТБК).

Результаты и обсуждение. Исследования выраженности нарушений динамики клинико-лабораторных показателей и параметров ООА и ОАА позволили выявить манифестирующие биохимические звенья развития интоксикации в ранний послеоперационный период. Достоверные различия были установлены у детей с реактивной стадией перитонита на 1 сутки наблюдений; снижение активности каталазы (42%) и ОАА эритроцитов на 21%; возрастание уровня ОАА сыворотки крови (на 34%) и ООА на 24%. Концентрация ТБК возрасла в 2 раза.

У детей с клинической картиной 1 суток реактивной стадии перитонита показатели выявили увеличение количества нейтрофилов (19%), снижение лимфоцитов (10%), ОАА уменьшилась на 37%. На 3 сутки наблюдений в данной группе отмечено снижение концентрации гемоглобина, уровня гематокрита, в 1,5 раза – лейкоцитов, в 1,4 раза – эритроцитов, на 1,4 раза – ОАА.

Токсическая стадия перитонита характеризовалась выраженными тенденциями изменений состояния антиоксидантной защиты и свободно-радикального окисления: на 1 сутки послеоперационного периода активность ОАА в эритроцитах снижалась на 19%, ОАА – на 38% со снижением ООА на 44%. На 3 и 5 сутки после операции направленность изменений анализируемых параметров ОАА и ООА сохранялась.

При неблагоприятном исходе (10 детей) заболевания, по сравнению с выжившими больными токсической стадией перитонита, на 1 сутки после операции ОАА в сыворотке крови была меньше на 9%, ООА – на 17%, на 3-5 сутки наблюдений диапазоны значений этих параметров становятся приближенными. Концентрация гемоглобина и уровень гематокрита при летальном исходе были меньше на 16% и на 8% соответственно, чем у больных токсической стадией перитонита. Количество палочкоядерных нейтрофилов увеличивалось на 1 сутки после операции до 22%, на 3 сутки этот показатель составил 18% (у выживших- 12%).

Таким образом, у больных разлитым перитонитом прогностическим комплексом нарушений оксидантного статуса крови могут служить уровень общей оксидантной активности крови и концентрация ТБК активных продуктов в сыворотке крови. В совокупности с общей антиоксидантной активностью в сыворотке крови и эритроцитах эти параметры характеризуют состояние системы «свободно-радикальное окисление-антиоксидантная защиты» в крови.



ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА УРОЛИТИАЗНИНГ ЭТИОЛОГИК ОМИЛЛАРИ

Сапаев О.Қ., Каримов Р.О.

ТТА Урганч филиали

Болалар хирургияси, анестезиология ва реаниматология кафедраси

Эрта ёшли болаларда сийджик тош касаллигини эрта ташхислаш ва даволаш ҳозиргача долзарб муаммолигича қолмоқда. Касаллик буйрак ва сийдик чиқарув йўлларида тош ҳосил бўлиши билан намоён бўлиб, бола организмида турли асоратлар ривожланишига сабаб бўлади.

Мақсад. Эрта ёшдаги болаларда уролитиазнинг этиологик хавф омилларини ўрганиш.

Материал ва усуллар. Бизнинг кузатувимиз остида 2012 - 2019 йилларда Хоразм Вилоят Болалар Кўп Тармоқли Тиббиёт Маркази умумий хирургия бўлимида 74 бемор сийдик тош касаллиги бўйича мурожаат қилди. Бемор болалар 1 ёшдан 3 ёшгача бўлиб, 39 (52,7%) нафарини ўғил болалар, 35 (47,3%) нафарини эса қиз болалар ташкил қилди. Ҳамма беморларда УТТ, экскретор урография текшируви ўтказилди.

Натижа ва таҳлиллар. Касалликнинг клиник кўриниши тошни жойлашган жойига боғлиқ ҳолда намоён бўлади. Асосан болаларда безовталиқ, қайт қилиш, сийдикда қон чиқиши кузатилди. Касалликнинг ривожланиш жараёнида моддалар алмашинуви туғма бузилиши роль ўйнаб, эримайдиган тузлар ҳосил бўлиши тошлар пайдо бўлишига олиб келади. Айрим ҳолларда ирсий мойиллик туфайли касаллик ривожланишига шароит яратади. Бунда асосан қуйидаги мойиллик туғдирувчи омиллар аниқланди:

1. Климатик фактор: иссиқ иқлим, терлашни кўпайиши натижасида организмда бир қанча тузлар концентрацияси ошади ва туз ҳосил бўлишига шароит яратади.
2. Географик фактор: ичимлик сувининг таркиби асосий роль ўйнайди, кальцийли тузларга бой сувлар уролитиазга сабаб бўлади.
3. Овқат таркибида витаминларнинг доимий етишмаслиги. (Витамин А,Е)
4. Меъда ичак системасининг сурункали касалликлари: гастрит, колит, меъда ва 12 бармоқли ичак яра касаллиги.
5. Юқумли касалликлар ва захарланишларда кучли сувсизланиш.
6. Буйрак ва сидик чиқариш йўлларида туғма касалликлар (гидронефроз, пиелонефрит, цистит).

Шундай қилиб касаллик ривожланишида юқоридаги этиологик омиллар муҳим роль ўйнаб, хавф омиллари бор бўлган беморларни чуқур ташхислаш текширувлардан ўтказишни тақозо этади.



ПОЛИАКРИЛАМИДНЫЙ ГЕЛЬ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ У ДЕТЕЙ

Теребаев Б.А., Оллабергенев О.Т.

ТашПМИ.

Актуальность проблемы. Несмотря на существование множества разработанных консервативных методов и способов хирургической коррекции послеоперационной анальной инконтиненции у детей, удельный вес неудовлетворительных результатов лечения остается высоким.

Цель исследования. Оценка результатов лечения послеоперационной анальной инконтиненцией у детей, после применения объемообразующего полиакриламидного геля.

Материал и методы исследования. За период с 2018 по 2020 года в клинике факультетской детской хирургии ТашПМИ, гелевая пластика анального канала была проведена 23 больным в возрасте от 3 до 15 лет с послеоперационной анальной инконтиненцией, из которых 15 (65,2%) больным после реконструктивно-пластических операции по поводу аноректальных мальформации и 8 (34,8%) пациентам после брюшно-промежностных проктопластик по поводу болезни Гиршпрунга.

Результаты исследования. Анализ проведенных исследований показал, что у 18 (78,3%) больных после однократного введения объемообразующего полиакриламидного геля «Noltrex» отмечалось полное смыкание анального отверстия и достигнута нормальная континенция. Давление в анальном канале у этих пациентов составило от 42 до 65% от возрастной нормы. Катамнестические данные через 12 месяцев после введения геля свидетельствовали о неизменности силы держания анального канала.

В 5 (21,7%) наблюдениях отмечено снижение базального давления анального канала до 55%, что потребовало проведения повторной гелевой пластики анального канала, в результате чего отмечен удовлетворительный результат с величиной среднего базального давления до 69%.

Учитывая небольшой опыт в применении объемообразующего полиакриламидного геля, хотелось отметить, что результаты лечения в наших наблюдениях отмечены как хорошие и удовлетворительные, ни в одном наблюдении нагноения и других осложнений не выявлено, при этом у 17 (73,9%) больных отмечено полное анальное держание, а у 6 (26,1%) частота анальной инконтиненции уменьшалась в 2 и 3 раза, при этом повысилось чувство позыва к акту дефекации.

Заключение. Таким образом можно заключить, что гелевая пластика анального канала у больных с послеоперационной анальной инконтиненцией является методом выбора и является альтернативой реконструктивно-пластическим вмешательствам. Однако



необходимо отметить, что она целесообразна и эффективна в случаях отсутствия рубцового изменения анального канала.

КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ У ДЕТЕЙ

Теребаев Б.А., Оллабергенев О.Т.

ТашПМИ

Актуальность проблемы. Процент послеоперационных осложнений в виде недержания кала у больных с низкими формами аноректальных пороков развития остается высоким, что является следствием интраоперационных погрешностей при их коррекции.

Цель исследования. Анализ результатов консервативного лечения послеоперационной анальной инконтиненции у детей с аноректальными пороками развития.

Материал и методы исследования. За период с 2014 по 2019 гг., на стационарном лечении в клинике ТашПМИ находилось 126 больных с послеоперационной анальной инконтиненцией в возрасте от 3 до 14 лет, которые были оперированы по месту жительства в периоде новорожденности или грудном возрасте по поводу аноректальных пороков развития. В 57 (45,2%) наблюдениях больным установлена I степень анальной инконтиненции (обусловленная податливым стенозом), в 69 (54,8%) наблюдениях выявлена II-III степень, причинами которой явились деформация аноректальной области, повреждение удерживающего аппарата, выстояние слизистой низведенной кишки и эктопия неоануса.

Результаты и обсуждение. Всем больным в независимости от степени анальной инконтиненции проводили комплекс мер консервативной терапии, а при её неэффективности определяли показания к проведению повторных реконструктивно-восстановительных оперативных вмешательств.

Консервативные методы лечения включали в себя: ежедневное бужирование, контактную интраанальную электростимуляцию сфинктерного аппарата, лечебные травяные тренировочные клизмы, витаминотерапию, лечебную физкультуру, а также реабилитационные мероприятия.

У детей с I степенью анальной инконтиненции на фоне проведенного лечения результаты оценены как удовлетворительные. Неудовлетворительные результаты отмечены у 11 (8,7%) детей с III степенью анальной инконтиненции, этим больным выполнены повторные реконструктивно-пластические вмешательства.



Выводы. Консервативная терапия и реабилитационные мероприятия у больных с I степенью анальной инконтиненцией в подавляющем большинстве случаев приводят к положительным результатам.

СОСТОЯНИЕ Т3, Т4 И КОРТИЗОЛА ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ БУПИВАКАИНОМ В СОЧЕТАНИИ С ПРОПОФОЛОМ У ДЕТЕЙ

Толипов М.Г.

ТашПМИ

Известно, что любой вариант многокомпонентной сбалансированной анестезии, даже при сочетании с мощным опиодным анальгетиком не создают полноценную защиту организма от операционной травмы. Результатом недостаточной антиноцицептивной защиты на периферическом и сегментарном уровнях в условиях традиционных методов анестезии является активация симпатического компонента вегетативной нервной системы. Основное клиническое значение имеет увеличение плазменной концентрации кортизола, Т3 и Т4, как стандартных гормонов стресса, абсолютное значение которых определяется тяжестью хирургической травмы и проводимой анестезией.

В связи с этим, **целью работы** явилась изучение состояния эндокринного гомеостаза на фоне комбинированной эпидуральной анестезии бупивакаином в сочетании с пропофола при абдоминальных операциях у детей.

Материал и методы: Обследованы 20 детей в возрасте от 1 до 14 лет, оперированных по поводу: болезнь Гиршпрунга, atrezia ani et recti свищевая форма, портальная гипертензия, эхинококковая болезнь. Общее состояние больных соответствовало II и III степени по ASA и подвергались в основном плановым оперативным вмешательствам. Всем пациентам проводилась комбинированная эпидуральная анестезия. В качестве местного анестетика использовали бупивакаин 0,5% из расчета 1,5 мг/кг. Для седатации нами было использовано болюсное введение пропофола с последующим переходом на постоянную инфузию через шприцевой насос.

С целью изучения состояния эндокринного гомеостаза на фоне эпидуральной анестезии исследовали активность тиреоидных гормонов (Т3, Т4) и кортизола в крови.

Результаты и обсуждение. Несмотря на незначительное увеличение уровня кортизола и снижение концентрации гормонов Т3, Т4 в крови, показатели центральной и периферической гемодинамики находились в пределах нормальных величин, что можно расценить как адекватную нейровегетативную от хирургической агрессии данными методами обезболивания.



Выводы. Таким образом комбинированная эпидуральная анестезия бупивакаином в сочетании с пропофолом не оказывает отрицательного влияния на состояние эндокринного гомеостаза.

ФОРМИРОВАНИЕ СКОРОСТИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ПЕРФУЗИИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Ш.М. Тохиров, Х.К. Нурмухамедов, Исмоилова М.У.
ТашПМИ

Актуальность. Осуществление периоперационной перфузии при кардиохирургических операциях у детей зачастую сопряжено с установлением индивидуальных необходимых объемов кровозаменителей в течении оперативного вмешательства, установления скорости переливания, что значительно влияет на общее состояние пациентов и последствия оказываемой оперативной помощи.

Целью исследования явилась диагностика и определение объемной скорости перфузии в ходе коррекции врожденных пороков у детей.

Материалы и методы: У 54 детей (1-4 года) инфузионная терапия (ИТ) в ходе КО и раннем послеоперационном периоде была проведена препаратами ГЭК (Стабизол) с расчетом скорости перфузии в 1 группе по перфузионному индексу (ПИ) 0,5 л/мин/м², во 2 группе – 1,0 л/мин/м² в неппульсирующем режиме с поддержанием температуры тела 340-360С. В ходе перфузии среднее АД поддерживалось от 50 до 70 мм.рт.ст. В случае развития гипертензии использовали внутривенную инфузию нитроглицерина, гипотонии-вазопрессорную поддержку мезатоном. Диагностику параметров гемодинамики и транспорта кислорода осуществляли на этапах индукции в анестезию, в ходе пер-фузии, конце операции, и в течении 24 ч послеоперационного периода (п/п) исследованием гемоглобина (Нв), газового состава крови (КЩС). Результаты и обсуждение: Во 2 группе (ПИ-1,0) объем инфузии кристаллоидов в ходе операции был выше, чем в 1 группе (ПИ-0,5), что было обусловлено большей объемной скоростью при проведении ИК для поддержания достаточного уровня крови в кардиотомном резервуаре. При этом объем и ка-чественный состав ИТ, частота использования инотроп-ной поддержки, гидробаланс в п/п не различались. Про-должительность операции, длительность ИК, ишемии миокарда и послеоперационная респираторная под-держка не различалась между группами. Высокое периферическое сосудистое сопротивление, отмеченное в обеих группах в начале операции, уменьшалось на 27% в п/п, что может объясняться улучшением показателей ге-модинамики. Уровень Нв крови снижался в п/п во 2 группе и был на 15% ниже при сравнении с 1 гр.



Такие различия обусловлены большим объемом интраоперационной инфузии, которая привела к более значительной гемодилюции во 2 гр. Значения центральной венозной сатурации были в пределах нормы на всех этапах исследований, в то же время как уровень индекса оксигенации артериальной крови временно ухудшались в обеих группах, что связано с ателектазированием легких после КО. Несомненно, показатели КЩС имели тенденцию к достаточным изменениям, в виде относительного снижения pO_2 (26%), повышения pCO_2 (32%), VE (27%), потребовавшие нивелирования, с последующим уравниванием показателей к концу операции. В ряде исследований было доказано, что гемодилюция и анемия в периоперационном периоде КО ухудшают доставку кислорода к тканям, что может привести к ухудшению исхода, частоте периоперационных осложнений. В наших исследованиях потребление кислорода через 2 ч после операции было выше (22%) в 1 группе, однако возрастало в последующем в обеих группах, на фоне активизации больных.

Выводы. Таким образом, при хирургической коррекции ВПС у детей ИК с объемной скоростью $0,5 \text{ л/мин/м}^2$ обеспечивает более стабильные показатели транспорта кислорода в периоперационном

СБАЛАНСИРОВАННАЯ АНЕСТЕЗИЯ НА ОСНОВЕ НУБАИНА: СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА

Тохиров Ш.М., Нурмухамедов Х.К.

ТашПМИ

В последнее время ведется интенсивный поиск альтернативы наркотическим анальгетикам по пути как нефармакологического воздействия, так и синтез новых препаратов лишенных недостатков наркотических анальгетиков. В этом ряду вызывают интерес препараты с агонист-антагонистическими свойствами по отношению к опиоидным препаратам. В этом отношении привлекает к себе внимание препарат Нубаин (нальбуфин) анальгезирующее свойство которого связано главным образом с агонистическим влиянием на альфа-рецепторы, но вместе с тем препарат является антагонистом гамма-рецепторов, в связи с чем не оказывает выраженного эйфорического эффекта. Вместе с тем, в педиатрической анестезиологии недостаточно изучено влияние комбинированной анестезии с использованием Нубаина на состояние ЦНС, гемодинамики, гомеостаза и активности стресс-гормонов при хирургических вмешательствах.

Целью исследования явилась разработка и оценка эффективности комбинированных методов общей анестезии с применением нубаина при хирургических вмешательствах у детей.



Материалы и методы: Изучали результаты исследований у 106 детей (в возрасте от 3 мес. до 14 лет), оперированных в клинике ТашПМИ по поводу патологий брюшной, грудной полости, различных травмах перед операцией (исход), после премедикации, после введения нубаина (через 5 минут), после интубации трахеи, кожный разрез, наиболее травматичный момент операции, период пробуждения. В плановом порядке оперировано 96,3% больных, в экстренном 3,7%. Продолжительность анестезии составила от 1 часа до 4 часов (в среднем 2 часа 29 минут). Для проведения сравнительной оценки адекватности течения изучаемых нами методик общего обезболивания все больные были разделены на две группы: I группа - с применением нубаина и пропофола (64 больных), II группа – с применением нубаина с седуксеном (42 больных). Проводили электрофизиологические (исследование центральной гемодинамики методом эхокардиографии, электроэнцефалография) и биохимические (гормон стресса, сахар в крови, КЩС) методы исследования.

Результаты и обсуждения: В периоде поддержания анестезии с использованием пропофола, в наиболее травматичные этапы операции концентрация кортизола становилось меньше – на 2,20%, чем на вводном периоде, а по сравнению с их исходным значением отмечалось повышение на 3,13%. В то же время, при проведении анестезии с использованием седуксена в наиболее травматичные моменты операции концентрация кортизола также имела тенденцию к снижению на 5,21%, а по сравнению с исходным периодом отмечалось повышение концентрации кортизола на 3,62 %.

Клиническая картина течения анестезии при хирургических операциях характеризовалась стабильностью. ЭЭГ исследования после введения нубаина не выявило значительного торможения биоэлектрической активности головного мозга больных. Выход из наркоза - период пробуждения был непродолжительным, что составлял в первой группе в пределах 20-40 минут, во второй группе 15 - 30 минут и зависело от продолжительности оперативного вмешательства и анестезии, возраста детей и индивидуальных особенностей пациентов. Изучение клинической симптоматики, биоэлектрической активности мозга и сатурации кислорода при проведении комбинированной анестезии нубаином, как в сочетании с пропофолом, так и в сочетании с седуксеном у детей показало эффективную анестезиологическую защиту детского организма от операционной травмы.

До проведения комбинированной анестезии нубаином в сочетании с седуксеном концентрация сахара в крови составляла $3,76 \pm 0,14$ ммоль/л. натрия в дозе 100 мг/кг. Затем вводили кетамин в дозе 4-5 мг/кг. После введения мышечного релаксанта аркурона в дозе 0,06 мг/кг производилась интубация трахеи. Анестезию поддерживали повторным дробным введением оксибутирата натрия и кетамина 1/2 или 1/3 части от первоначальной дозы.



Инфузионная терапия проводилась со скоростью 5 - 7 мл/кг/час. Пробуждение от наркоза было более продолжительным, что составляло $60,2 \pm 15,6$ мин.

После операции отмечалось недостоверное увеличение концентрации сахара на 1,97%, что составляло $4,21 \pm 0,18$ ммоль/л. Перед проведением анестезиологического пособия нубаином в сочетании с пропофолом концентрация сахара в крови составляла $4,06 \pm 0,11$ ммоль/л. Отмечалось уменьшение концентрации этого показателя после операции на - 4.43%, что составляло $3,88 \pm 0,1$ ммоль/л.

Выводы. Таким образом, методы комбинированной анестезии с применением нубаина являются надежным гарантом антиноцицептивной защиты организма больных детей от хирургической агрессии. Методы анестезии не оказывают отрицательного влияния на биотоки головного мозга, гемодинамику, КОС, гормонально-гуморального регулирования. Незначительная респираторная депрессия, имеющая место в период общего системного действия седативных препаратов, не носит угрожающего характера и не приводит к грубым метаболическим сдвигам. Метод имеет явные преимущества перед другими опиоидами и может служить методом выбора при длительных и травматических хирургических вмешательствах у детей.

САНАЦИОННАЯ БРОНХОСКОПИЯ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ

Углонов И.М., Оллабергенов О.Т.

Отделение детской хирургии клиники ТашПМИ. Узбекистан

Актуальность проблемы. Синдром бронхиальной обструкции достаточно часто встречается у детей, особенно у детей первых трех лет жизни. На возникновение и развитие его оказывают влияние различные факторы и, прежде всего, респираторная вирусная инфекция. Респираторные расстройства, возникающие при бронхообструктивном синдроме, приводят к развитию нарушений нормальной аэрации легкого, сопровождающиеся гиповентиляцией и ателектазом легкого. Причины этих нарушений обусловлены затруднениями откашливания мокроты из-за сгущения бронхиального секрета, инфильтрации окружающих тканей, а также развития тяжелых инфекционно-воспалительных осложнений вследствие присоединения вторичной инфекции.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения бронхообструктивного синдрома у детей с применением эндоскопических методов.

Материалы и методы исследования. В отделении пульмонологии и хирургической инфекции клиники ТашПМИ за период с 2018 по 2019 года на стационарном лечении с бронхообструктивным синдромом находилось 78 больных в возрасте от 2 до 17 лет.



Причинами возникновения бронхообструктивного синдрома в 22 (28,2%) наблюдениях явилось наличие рецидивирующего бронхита, в 35 (44,9%) наблюдениях фиброателектаз бронхов, в 17 (21,8%) случаях бронхоэктатическая болезнь и в 4 (5,1%) наблюдениях инородное тело бронха.

Всем больным с бронхообструктивным синдромом в комплекс мер проводимого лечения было включено выполнение санационных бронхоскопий с эндобронхиальным введением 5% раствора метронидазола, назначении антибактериальных препаратов, витаминотерапии и иммунотерапии с использованием препарата «ImmunoComplex®». Основной целью санационной бронхоскопии являлось восстановление проходимости дыхательных путей со стимуляцией нарушенной дренажной функции бронхов.

Результаты и обсуждение. Санационная бронхоскопия с эндобронхиальным введением 5% раствора метронидазола выполнена 25 (32,1%) больным в первые сутки после поступления в отделение, 53 (67,9%) больным она выполнена на вторые или третьи сутки, при этом 5% раствор метронидазола вводился небольшими дозами от 10 до 20 мл, с экспозицией от 15 до 90 секунд с последующей его аспирацией. Количество санаций в среднем составило до 2-3 процедур. Суточный интервал между манипуляциями зависел от положительности динамики, уменьшения воспалительного процесса и восстановления вентиляции легкого.

Выводы. Сравнительная оценка ближайших и отдаленных результатов классических вариантов санационной бронхоскопии позволила определить преимущество применяемого нами метода. Результаты полученных исследований свидетельствовали о том, что санационная бронхоскопия с эндобронхиальным введением 5% раствора метронидазола способствовала эффективному разрешению бронхообструктивного синдрома и значительному снижению респираторных расстройств.

АУДИОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ СЛУХА ПЕРЕД ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ У ДЕТЕЙ

Умарова М.А., Абдуллаев Х.Н.

ТашПМИ

Актуальность. Нарушения слуха и глухота являются одной из наиболее актуальных проблем современной оториноларингологии. Общеизвестно, что своевременное выявление врожденных нарушений слуха является решающим условием для немедленного проведения коррекционных мероприятий, необходимых для речевого и психоэмоционального развития ребенка.



Материал и методы. Проводился универсальный аудиологический скрининг, начиная с периода новорожденности до 5 лет, что соответствует наиболее действенному способу выявления детей с нарушениями слуха. Важной составляющей эффективного управления системой организации оказания специализированной сурдологической помощи детям и повышения качества медицинского обслуживания является реализация программ кадрового обеспечения системы здравоохранения в части профессиональной подготовки и повышения квалификации медицинских работников. В рамках выполнения программы врачей лечебных учреждений, использующих в своей работе методики диагностики и коррекции нарушений слуха, и речи была разработана программа тематического усовершенствования по направлению «Аудиологический 12 скрининг детей».

Результаты. Широкое внедрение в практику здравоохранения алгоритма двухэтапного аудиологического скрининга позволяет достичь максимальной, близкой к 100%-ной выявляемости нарушений слуха у новорождённых и детей первого года жизни. Недостаток высокопрофессиональных медицинских кадров снижает экономическую эффективность данного метода за счет увеличения количества неоправданных дорогостоящих обследований, проводимых на этапе расширенного аудиологического исследования.

Выводы. Разработка единой для всех учреждений системы подготовки кадров обеспечивает возможность принятия своевременных экономически и социально ориентированных управленческих решений по оптимизации системы оказания сурдологической помощи детям.

К ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТЕОПЕНИИ У ПОДРОСТКОВ

Усманов Ш.У.

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии г.Ташкент, Узбекистан

В настоящее время достаточно хорошо изучены и систематизированы факторы снижения минеральной плотности кости (МПК) у детей и подростков, когда выделяют генетические, гормональные, ятрогенные, внешнесредовые факторы риска. Решающее значение имеет обеспеченность организма кальцием – одним из основных биологически активных минералов костной ткани. Именно кальций участвует в минерализации и формировании скелета, что определяет его значение в профилактике снижения МПК, т.е. остеопенического синдрома у детей и подростков.



Восполнение дефицита кальция рекомендуется осуществлять сбалансированным во всех отношениях питанием (по кальцию и другим электролитам, белку, витаминами, микроэлементами), а также за счет назначения препаратов, содержащих кальций.

Целью исследования явилось изучение влияния кальция карбоната в комбинации с витамином D3 (холекальциферолом) на баланс кальция, риск развития метаболических нарушений, нивелирование минеральной плотности кости.

Материалы и методы: Исследование проведено у 42 подростков (11-15 лет) с установленным диагнозом реактивного артрита, косолапость, врожденный вывих бедра, остеомиелит нижних конечностей. Обследование включало: выявление факторов риска остеопенического синдрома, клинических признаков дефицита кальция; оценка суточного потребления кальция (расчет по таблицам); биохимическое исследование показателей кальций-фосфорного обмена (кальций, фосфор, щелочной фосфатазы в крови; кальция в суточной моче); тест на кальцифилаксию; определение экскреции оксалатов в суточной моче. При проведении исследований использовали «Активированный Кальций-3», с назначением = 1 мерная ложка 1-2 раза в день во время еды.

Результаты и обсуждение: В процессе обследования у подростков выявлено наличие факторов риска остеопенического синдрома; внешнесредовые (избыточная масса тела – у 41%; низкая физическая активность – у 40,5%; «скачок» роста за год у 24,5%; избыточная двигательная активность -16%; курение – у 4%). У 42 подростков (100%) обнаружено низкое потребление кальция содержащих продуктов, составляющее в среднем $415,2 \pm 80,1$ мг/сут). Состав пищевого рациона не был сбалансирован по белку у 40% подростков. В генеалогическом анамнезе у 32% детей выявлены переломы костей верхних и нижних конечностей у родственников первой линии родства.

Анализ результатов исследований показал, что большинство обследованных подростков имеют более двух факторов риска остеопении, более того имелись признаки дефицита кальция в виде изменений ногтей (слоистость, ломкость) у 61%; множественного кариеса, изменение эмали зубов – у 15%; выпадении и ломкость волос – у 5%. Исследование фосфорно-кальциевого обмена в крови, на фоне применения препарата соответствовало нормальным возрастным значениям, однако выявлено повышение активности щелочной фосфатазы – фермента, косвенно отражающего активность процессов костеобразования. Наиболее значимые сдвиги наблюдались в содержании кальция в моче, исходная суточная экскреция которого была ниже нормы (от 0,9 до 1,4 ммоль/сут) и становилась нормальной на фоне приема препарата. При анализе индивидуальных показателей до назначения «Активированного Кальция 3» и витамина D3 достоверно низкий уровень кальция в моче обнаружен у 30 подростков (78%), с выявлением прямой зависимости между потреблением



кальция с пищей и его экскреции с мочой. Учитывая, что адаптация к дефициту кальция осуществляется путем увеличения его всасывания в кишечнике и уменьшения почечной экскреции, пациенты были разделены на 4 группы, в зависимости от суточной экскреции кальция: 1 группа (11) была представлена подростками, у которых отмечалась нормальная суточная экскреция кальция как исходно, так и на фоне приема «Активированного Кальция 3» и витамина D₃; 2 группа (17) – исходно низкая экскреция кальция нормализованная на фоне приема препарата; 3 группа (6) – исходно низкая экскреция кальция увеличилась в 2 раза, но не достигла нормы; 4 группа (8) – у которых низкая экскреция кальция была исходно и на фоне приема препарата. Таким образом, восполнение дефицита кальция привело к положительной динамике во 2 и 3 группах – в целом у 23 подростков (55%). Сохраняющееся снижение экскреции кальция у подростков 3 и 4 групп свидетельствовало о выраженном дефиците кальция и витамина D₃, либо только дефиците витамина D, сопровождающегося нарушением всасывания кальция в кишечнике. Анализ молярного соотношения кальция и креатинина в утренней порции мочи показал различную динамику данного показателя, у 22 подростков отмечалось исходно низкое значение молярного кальций-креатининового индекса и отсутствие изменения на фоне приема «Активированного Кальция 3» и витамина D₃. У 12 подростков был исходно высокий индекс соотношения кальция и креатинина, который на фоне приема препарата стал низким. У 8 подростков отмечался исходно высокий индекс без динамики на фоне приема препарата. Всего повышение данного показателя выявлено у 20 подростков (дл 0,27-0,37) за счет увеличения экскреции кальция. Это были подростки с отягощенным генеалогическим анамнезом по переломам у родственников 1 линии родства, имевшие избыточную массу тела, низкую физическую активность, самое низкое потребление кальция с пищей, с кариесом зубов и изменением ногтей.

На фоне приема «Активированного Кальция-3» и Витамина D₃ у 12 подростков молярное соотношение Ca/креатинин нормализовалось ($0,52 \pm 0,006$), у 8 детей – имело тенденцию к нормализации ($0,3 \pm 0,08$).

Выводы. Результаты динамических исследований позволяют подтвердить положение о способности кальция в комплексе с витамином D тормозить повышенную резорбцию костной ткани на ранней стадии остеопенического синдрома, предотвращать потерю костной массы, а также в начале курса глюкокортикостероидной терапии.



ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПОЗВОНОЧНИКЕ У ДЕТЕЙ.

Умарходжаев Ф.Р., Нурмухамедов Х.К.

ТашПМИ

В основе механизма когнитивных расстройств, при длительном болевом синдроме, лежит функциональная пластичность мозга, которая возникает в ответ на постоянную ноцицептивную импульсацию, вызывает стойкие структурные изменения в коре, что может оказывать негативное влияние на состояние когнитивных функций (КФ). Общая анестезия рассматривается как фактор риска ускоренного снижения КФ.

Цель исследования – уточнить характер нарушений КФ при операциях на позвоночнике у детей с выявлением факторов, оказывающих негативное влияние на них с оптимизацией послеоперационного периода (ПП).

Материалы и методы. В исследование вошли 38 детей (5-17 лет), оперированных по поводу различных патологий позвоночника (кифосколиозы). В качестве анестезиологического пособия (АП) использовали тотальную внутривенную анестезию (ТВА) на основе пропофола - 19 больных (1 группа), ТВА на основе пропофола и эндотрахеальную анестезию (ЭА)- 19 пациентов (2 группа). В ходе анестезии мониторировали ЭКГ, периферическую (ПГ) и центральную гемодинамики (ЦГ), пульсовую оксиметрию, глубину анестезии определяли монитором BIS-XP (Aspect Medical system) Vista монитора.

Результаты и обсуждение. В дооперационном периоде у всех пациентов отмечался выраженный болевой синдром (>6 баллов по ВАШ). При сравнении показателей КФ детей старшей и средних возрастных групп до операции и в ПП были установлены особенности в виде ухудшения КФ (утомляемость, снижение памяти и внимания) у 53,3% у детей старшего возраста (12-17 лет). В данной группе выявлено нарушение КФ средней и легкой степени у 83% детей. У детей средней возрастной группы (5-12 лет) только у 4,3% присутствовали аналогичные жалобы, когда в целом по группе у 36% пациентов имели нарушения КФ средней и легкой степени.

Наиболее чувствительными оказались методики направленные на выявлении деменции – батарея лобной дисфункции, когда у детей старшей группы были отмечены нарушения динамического праксиса, что проявлялось в трудностях усвоения программы действий, снижении речевой продуктивности, которая являлась следствием инертности, истощаемости и снижения мнестических функций.



В ПП было отмечено нарушение функции отсроченного воспроизведения и состояние кратковременной рабочей памяти. Происходило нарастание симптоматики со стороны медиальных отделов лобных долей, проявляющаяся в усугублении инертности психической деятельности, что оказывало на темп физических нагрузок, способности переключения с одного задания на другой. Важно отметить, что непосредственно функция внимания и способность удерживать внимание на одной деятельности, а также показатели психической устойчивости оказались достаточно устойчивы к воздействию анестетиков.

При оценке влияния глубины анестезии на состояние КФ в ПП были выделены критерии: снижение показателей BIS<39 (продолжительность периода более 30 мин) или повышение BIS>62 (более 60 мин). В диапазоне BIS<20-39 реагировали на нейродинамические показатели и глубинные структуры головного мозга. Вместе с тем уменьшение эпизодов артериальной гипотензии в течении наркоза является основным методологическим подходом, способным предотвратить или способствовать быстрому восстановлению ПП когнитивных нарушений.

Выводы. Длительность анестезии оказывает отрицательное влияние на КФ (память, внимание, нейродинамические показатели), чему BIS технологии поддерживают ее в безопасных пределах, приводящие к снижению частоты послеоперационной когнитивной дисфункции.

ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ - ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Файзуллоев Д.А., Шарипов А.М., Набиев З.Н.

Государственное учреждение

«Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Республика Таджикистан

Актуальность. Наиболее тяжелыми и угрожающими жизни заболеваниями у новорожденных являются язвенно-некротический энтероколит (ЯНЭК) и перфорации желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), летальность при которых составляет 40-80% и достигает 100 у пациентов, с наиболее тяжелыми формами заболевания и сопутствующими

Известно, что недоношенные новорожденные составляют группу риска вследствие морфофункциональной незрелости ключевых функций, особенно ЖКТ: перистальтики, пищеварения, регуляции кровообращения, барьерной функции кишечника и иммунной защиты. Другими потенциальными факторами развития заболевания являются



гипоксически-ишемические повреждения, кормление молочными смесями и колонизация патогенной бактериальной флоры. Установлено, что в период внутриутробного развития плод заглатывает около 500 мл/сут околоплодной жидкости, которая содержит гормоны и пептиды, участвующие в созревании кишечника и подготовке его к постнатальной функции. У недоношенных новорожденных этот процесс полностью не завешен. ЖКТ недоношенного новорожденного не способен полностью переваривать углеводы и белки, что приводит к формированию органических кислот, которые оказывают повреждающее действие на кишечник. Данное обстоятельство подтверждается эпидемиологическими данными, в 95% случаев у новорожденных с ЯЭНК заболевание развилось на фоне энтерального вскармливания.

Раннее кормление небольшими объемами (10-20 мл/кг/сут) или «минимальное энтеральное кормление» было введено в практику неонатальных центров как стратегия улучшения адаптации ЖКТ к возрастающим объемам энтерального кормления и предотвращения осложнений длительного парентерального питания. Выше приведенные данные не соблюдаются в процессе жизнедеятельности новорожденных группы риска. Поэтому диктуется необходимость об изучении и регулировании энтерального кормления.

Материалы и методы исследования. В отделении новорожденных и детей грудного возраста Национального медицинского Центра РТ переведены из соматических отделений и поступили 47 новорожденных с ЯЭНК, из которых 17 (36,1%) девочки и 30 (63,9%) - мальчики. Из общего количества больных у 25 (53,1%) отмечались единичные перфорации, у 22 (46,9%) – два и более перфораций. У всех больных отмечалась низкая перфорация, т.е. перфорации располагались в нижних отделах ЖКТ в повздошной кишке (68,1%) и толстом кишечнике (31,9%).

Результаты и обсуждение. При изучении историй болезней и сборе анамнеза 15 (32%) новорожденных находились на энтеральном питании (питательные молочные смеси), в связи с отсутствием или недостаточном количестве грудного молока у матерей. Новорожденные поступали в крайне тяжелом состоянии, обусловленное септическими и тяжелым соматическим фоном (внутриутробный сепсис, тяжелая родовая травма, энтероколит, пневмония). Из 15 детей 9 (66,6%) переведены из реанимационной палаты отделения неонатологии, где новорожденные получали комплексную интенсивную терапию. При ухудшении состояния, в связи с наступлением перфорации кишечника, больные были переведены в клинику детской хирургии. Учитывая выраженный эксикоз и токсикоз новорожденным проводилась кратковременная предоперационная подготовка, не превышающая 2-3 часа, направленная на уменьшение интоксикации., проявлений эксикоза и восстановления гомеостаза. Одновременно новорожденному давали увлажненный кислород



в режиме кувеза. Декомпрессия желудка проводилась при помощи желудочного зонда. Все 15 новорожденных оперированы, однако в 7 (46,6%) случаях летальность была обусловлена прогрессированием перитонита, нарастанием эксикоза-токсикоза, присоединения септической пневмонии.

Все новорожденным с перфорацией и некрозом кишечника при ЯЭНК в основном выполнялись паллиативные операции, в 8 случаях – резекция некротизированной части кишечника с энтеростомой, 5 детям проведены выведение перфоративного участка толстого кишечника на переднюю брюшную стенку в виде колостомы, в двух случаях – формирование двуствольной энтеростомы.

Выводы. Таким образом, энтеральное кормление новорожденных и детей раннего возраста является одним из факторов риска развития ЯЭНК и при поступлении детям следует применять следующую тактику предоперационной подготовки:

- отмена энтерального кормления;
- декомпрессию желудка; - проведение инфузионной терапии; - проведение парентерального питания; - применение рационально антибиотикотерапии; - проведение селективной деконтаминации кишечника; - иммуностимулирующая терапия; -- десенсибилизирующая терапия; - хирургическое лечение.

РЕГЛАМЕНТАЦИЯ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Хайдаров М.Б., Агзамходжаев Т.С.

ТашПМИ

Наркоз кетамин прочно вошел в практику врачей-анестезиологов, занимающихся вопросами анестезии в офтальмологии. Он с успехом применяется в детской офтальмохирургии. При интраокулярных операциях у детей, в отличие от экстраокулярных, особое внимание уделяется стабилизации внутриглазного давления (ВГД). Однако кетамин повышает ВГД, увеличивает время выхода из наркоза и, соответственно, время посленаркозного наблюдения.

Цель работы: Оценить эффективность анестезиологической защиты детского организма при проведении комбинированной анестезии с применением пропофола и промедола при офтальмологических операциях у детей.

Материал и методы. Для обеспечения анестезиологической защиты у 52 больных детей в возрасте от 3 до 14 лет, при офтальмохирургических вмешательствах были использованы следующие комбинации: промедола с пропофолом (1 группа – 61,54%) и оксибутирата натрия с кетамин (2 - контрольная группа 38,46%). Оценка эффективности анестезии



проводилась на основании изучения состояния центральной гемодинамики на эхокардиографе "Aloka SSD-260" (Япония) с датчиком 3,5 мГц. Параметры эхокардиографии (ЭхоКГ) высчитывались автоматически. Определяли следующие величины: ударный индекс (УИ) = УОС / S мл/м², сердечный индекс (СИ) = МОС / S л (мин/м²), удельное периферическое сопротивление (УПС) = САД / СИ в усл. ед. Компьютерный анализ ЭхоКГ позволял рассчитывать показатели сократимости миокарда и диастолической функции левого желудочка. Измерение внутриглазного давления производилось по А.Н. Маклакову. ВГД измеряли до и после операции.

Результаты и обсуждение. Анестезия проводилась при следующих операциях: операции со вскрытием передней камеры глаза (врожденные глаукомы); врожденные и травматические катаракты с имплантацией искусственного хрусталика, экстракция катаракты. Продолжительность анестезии у 59,4% больных составляла до 1 часа, у 40,6% - до 2 часов. После стандартной премедикации больным 1 группы в период индукции внутривенно болюсно вводились растворы пропофола (3 мг/кг) и промедола (1 мг/кг). Производилась интубация трахеи на фоне введения аркурона в дозе 0,06 мг/кг. ИВЛ осуществляли аппаратом «Boyle International-2» (США) по полуоткрытому или полузакрытому контуру. Миорелаксация поддерживалась введением 1/3 части от основной дозы аркурона. При операциях продолжительностью более одного часа поддержание хирургического уровня осуществлялся повторным введением промедола в дозе, составляющее 1/2 или 1/3 части от первоначальной. Доза пропофола, в период поддержания наркоза, в среднем составляла 7,3±0,4 мг/кг/час. Проводилась инфузионная терапия со скоростью 10 мл/кг/час. Продолжительность стадии пробуждения составляла 35,5±5,6 мин. После окончания операции с появлением адекватного спонтанного дыхания производилась экстубация трахеи. Больным 2 группы после премедикации внутривенно вводили раствор оксибутирата натрия в дозе 100 мг/кг. Затем вводили кетамин в дозе 4-5 мг/кг. После введения мышечного релаксанта аркурона в дозе 0,06 мг/кг производилась интубация трахеи.

Анестезию поддерживали повторным дробным введением оксибутирата натрия и кетамина 1/2 или 1/3 части от первоначальной дозы. Инфузионная терапия проводилась со скоростью 5 - 7 мл/кг/час. Пробуждение от наркоза было более продолжительным, что составляло 60,2±15,6 мин.

Выводы: Результаты исследования показателей гемодинамики при проведении комбинированной анестезии с применением пропофола и промедола указывают на весьма положительный эффект рекомендуемой методики, с нивелированием гемодинамических расстройств в течении общей анестезии при офтальмологических операциях у детей, гладким послеоперационным течением.



ИЗУЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ НА ОСНОВАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК У ДЕТЕЙ

Хайдаров, М.Б., Нурмухамедов Х.К., Маматкулов И.Б.

ТашПМИ

Последствия неконтролируемой послеоперационной боли (ПБ) составляют серьезную социально-экономическую проблему, в частности медленную реабилитацию, повышенную заболеваемость в послеоперационном периоде, позднее восстановление функции легких и кишечника, ограничение движений с риском возникновения тромбоэмболических осложнений. В тоже время ожидать полного отсутствия болевого синдрома в послеоперационном периоде (ПП), наверное неправильно. Наиболее оптимальным представляется существование золотой середины – сохранение защитного механизма боли и предупреждение обуславливающих осложнений. Изучение вопросов альгологии и попытки прогнозирования болевого синдрома определили прогностически неблагоприятные факторы развития интенсивного послеоперационного болевого синдрома – длительность операции, физиологический статус по ASA и страх перед предстоящей операцией. Эффективность множества моделей, предлагаемых для прогнозирования боли, составляет всего 54%, т.е. практически у каждого второго пациента они не работают.

Цель исследования - на основании исследований психологической характеристики детей болевых стимулов оценить возможность прогнозирования послеоперационной боли.

Материалы и методы: Исследованы были 60 (4-16 лет) детей, разделенные на 2 группы в зависимости от вида оперативного вмешательства: 1 группа (29 детей) – операции на брюшной полости; 2 группа (31 ребенок) – урологические операции. Методика однотипной премедикации и анестезии представлены комбинированной эндотрахеальной анестезией изофлюраном (4 об%) + пропофол (2-3 мг/кг) + фентанил (5 мкг/кг), с последующим введением поддерживающих доз на этапах оперативного вмешательства.

У всех пациентов исследовалась болевая чувствительность оценивалась по ВАШ. О психологическом статусе судили по показателям: 1 – интегративного теста тревожности (ИТТ); 2- опросника невротических расстройств (ОНР); 3- опросника тип «Отношения к боли» (ОБ). Каждый пациент оценивался суммарно по 70 критериям, в том числе по 54 психологическим.

Результаты и обсуждение. Рассматривая уровень болевой чувствительности по ВАШ (максимальное количество баллов 100), можно отметить, что в 1 группе средние значения при уколе в палец были $36,83 \pm 4,28$ балла, при уколе в вену – $25,66 \pm 4,33$ балла, во 2 группе $36,68 \pm 5,36$ балла, при уколе в вену – $25,90 \pm 4,12$ балла, соответственно.



Выраженность боли сразу после пробуждения была $24,21 \pm 5,35$ балла; через 1 час после пробуждения – $47,69 \pm 5,22$ балла в 1 группе и $20,61 \pm 4,81$ балла – во 2 группе; через 3 часа – $61,69 \pm 2,84$ балла, и через сутки после операции – $33,1 \pm 3,7$ балла. Максимальная болевая чувствительность наблюдалась, в обеих группах, через 3 часа после операции, была аналогичной, причем ее выраженность оказалась сравнимой с болью при уколе в палец.

Влияние психологических составляющих (ИТТ, ОНР, ОБ) подтверждается различиями результатов корреляционного анализа, которым большее число взаимосвязей между психологическими характеристиками и болевой чувствительностью было найдено при венепункции. К сказанному, с интенсивностью боли при уколе в палец в обеих клинических группах коррелируют устойчивые личностно-поведенческие характеристики (включая тип отношения к болезни), а при уколе в вену – преходящие характеристики актуального психоэмоционального состояния: степень ухудшения общего самочувствия, навязчивые и немотивированные страхи, аффективная неустойчивость, повышенная настороженность.

Нельзя не отметить, что количество корреляционных связей между интенсивностью болевого ощущения и психологическими характеристиками при уколе в палец равномерно распределились в 1 и 2 группах (по 3 связи в каждой группе), в то время как при венепункции количество таких связей резко преобладает во 2 группе, т.е. дети при урологической патологии более эмоциональны. Несомненно, подтверждается известный факт, что болевой синдром связан с психологическими характеристиками оперированных пациентов. Предположительно, чем больше тревога и страх перед венепункцией, тем сильнее болевой синдром при самой венепункции. Соответственно интенсивность послеоперационного болевого синдрома сразу после пробуждения и через сутки после операции будет выше.

ЭПИМЕТАФИЗАР ОСТЕОМИЕЛИТНИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОСИ

Чўлиев М.С., Баратов Ф.Т., Ўғлонов И.М.

ТошПТИ

Мавзунинг долзарблиги. эпиметафизар остеомиелитни эрта ташхислаш ва мукамал даво муолажаларини тадбиқ этиш.

Мақсад. ТошПТИ клиникасида 2014 – 2019 йилларда (ЭМО) дианози билан даволанган чақалоқлар текширувдан ўтказиш натижаларини тахлил қилиш.

Материал ва услублар.

2014 – 2019 йилларда ТошПТИ клиникасида 116 та бемор, 7 – 10 кун, 22 таси 12 – 14 кун ва 6 та бемор 30 кун (жами 168 та бола) сон, елка суякларининг проксимал ва дистал



кисимларнинг ЭМО дан даволанган. Даволанган беморларнинг деярли кўпчилигига клиника шинаси тақилди ва назорат учун қайта рентген текширув ўтказилиб, амбулатор ва кўшимча физиотерапия муолажалари буюрилди. Боладаги холатга ва рентгенологик ўзгаришларга кўра 112 болага икки ой давомида клиника шинаси тақилди. Хар ойда бир мартаба қайта рентген назорат текширувидан ўтказилиб, шунга асосланган холда кўшимча тавсиялар бериб борилди. Беморларнинг 24 тасида йирингли артрит бўлганлиги сабабли 3 ойдан 6 ойгача кузатувумизда бўлишди, уларга амбулатор даво ва физиотерапия муолажалари мунтазам равишда олиб борилди. Клиникада бошқа касалликлар билан даволанаётган болаларнинг 4 тасида ЭМО диагнози рентген тасвирда аниқланди. Реанимация бўлимида бронхопневмония (сепсис, септикопиемия) диагнози билан даволанаётган, умумий ахволи жуда оғир бўлган 10 болада махалий белгилари аниқ бўлмасида, ЭМО диагнози рентген тасвирга асослашиб кўйилди.

Биз ўз кузатувимизга ва адабиётлардаги маълумотларга асосланган холда, шуни хулоса қилиб айтмоқчимизки, боланинг тўғриқ жараёнидаги анамнезига, микросимптомларга, 2-3 кун қилинган рентген текширувига асослашиб эрта диагноз қўйиш мумкин бўлади.

Касалликда лаборатория текширувлари натижаси шуни кўрсатдики, қонинг умумий тахлилида лейкоцитоз ($8 \times 10^9 - 20 - 30 \times 10^9$), нейтрофилиез, оғир холларда эозинофилия, ЭЧТ нинг ошиши, касалликнинг кейинги кунларида анемия ($Hb 80 - 65 - 55$ г/л) кузатилади.

Зарарланган бўғимни пункция қилиш (пунктатни, йирингни бактериологик текширувга қисқа вақт ичида юбориш лозим). Бўғим ичига, беморга бериладиган антибиотикнинг (линкомицин, лендоцин, роцефин-рош ва бошқалар бўғим ичига, венага, мускул орасига кунига икки махал) 1/3 қисми юборилади. Бундай беморларга антибиотиклар дозаси 1,5 – 2 барабар кўпайтриб берилади..

Касалликнинг 2-3 кундан бошлаб клиника шинаси тақилади (1 ойдан 3 ойгача), баъзи холларда 6 гача тавсия қилинади.

Хулоса. Ўз вақтида даво муолажалари бошланган тақдирдагина хар қандай асоратнинг олдини олиш мумкин. Бундай даволаш учун 8-10 кун етарли бўлади. Сепсис септикопиемия, патологик чиқиш ва бошқа бир қанча асоратларнинг олди олинади.

НИВЕЛИРОВАНИЕ КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ХИРУРГИИ ПОЗВОНОЧНИКА.

Шорахмедов Ш.Ш., Бобониязов К.К.
ТашПМИ

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 истимические спондилолистезы, дегенеративные спондилолистезы (L_{II}-L_V) под общей тотальной внутривенной анестезией (ТВА- в положении на животе) в течении 4,2±0,8 часов, с кровопотерей 80,1± 4,3 мл. Исследовали состояние желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), моторно-эвакуаторную функцию (МЭФ), потребности пациентов в энергии (по уравнению Гарриса-Бенедикта), белках, жирах и углеводов. 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±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.

ФОРМИРОВАНИЕ СКОРОСТИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ПЕРФУЗИИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Шорахмедов Ш.Ш., Бобониязов К.К.

Ташкентский Педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Осуществление периоперационной перфузии при кардиохирургических операциях у детей зачастую сопряжено с установлением индивидуальных необходимых объемов кровозаменителей в течении оперативного вмешательства, установления скорости переливания, что значительно влияет на общее состояние пациентов и последствия оказываемой оперативной помощи.

Целью исследования явилась диагностика и определение объемной скорости перфузии в ходе коррекции врожденных пороков у детей.

Материалы и методы: У 54 детей (1-4 года) инфузионная терапия (ИТ) в ходе КО и раннем послеоперационном периоде была проведена препаратами ГЭК (Стабизол) с расчетом скорости перфузии в 1 группе по перфузионному индексу (ПИ) 0,5 л/мин/м², во 2 группе – 1,0 л/мин/м² в непульсирующем режиме с поддержанием температуры тела 340-360С. В ходе перфузии среднее АД поддерживалось от 50 до 70 мм.рт.ст. В случае развития гипертензии использовали внутривенную инфузию нитроглицерина, гипотонии-вазопрессорную поддержку мезатоном. Диагностику параметров гемодинамики и транспорта кислорода осуществляли на этапах индукции в анестезию, в ходе пер-фузии, конце операции, и в течении 24 ч послеоперационного периода (п/п) исследованием гемоглобина (Hb), газового состава крови (КЩС). Результаты и обсуждение: Во 2 группе (ПИ-1,0) объем инфузии кристаллоидов в ходе операции был выше, чем в 1 группе (ПИ-0,5), что было обусловлено большей объемной скоростью при проведении ИК для поддержания достаточного уровня крови в кардиотомном резервуаре. При этом объем и ка-чественный состав ИТ, частота использования инотроп-ной поддержки, гидробаланс в п/п не различались. Про-должительность операции, длительность ИК, ишемии миокарда и послеоперационная респираторная под-держка не различалась между группами. Высокое периферическое сосудистое сопротивление, отмеченное в обеих группах в начале операции, уменьшалось на 27% в п/п, что может объясняться улучшением показателей ге-модинамики. Уровень Hb крови снижался в п/п во 2 группе и был на 15% ниже при сравнении с 1 гр. Такие различия обусловлены большим объемом интраоперационной инфузии, которая привела к более значительной гемодилюции во 2 гр. Значения центральной венозной



сатурации были в пределах нормы на всех этапах исследований, в то же время как уровень индекса оксигенации артериальной крови временно ухудшались в обеих группах, что связано с ателектазированием легких после КО. Несомненно, показатели КЩС имели тенденцию к достаточным изменениям, в виде относительного снижения pO_2 (26%), повышения pCO_2 (32%), VE (27%), потребовавшие нивелирования, с последующим уравниванием показателей к концу операции. В ряде исследований было доказано, что гемодилюция и анемия в периоперационном периоде КО ухудшают доставку кислорода к тканям, что может привести к ухудшению исхода, частоте периоперационных осложнений. В наших исследованиях потребление кислорода через 2 ч после операции было выше (22%) в 1 группе, однако возрастало в последующем в обеих группах, на фоне активизации больных.

Выводы. Таким образом, при хирургической коррекции ВПС у детей ИК с объемной скоростью $0,5 \text{ л/мин/м}^2$ обеспечивает более стабильные показатели транспорта кислорода в периоперационном периоде, что позволит сократить сроки интенсивной терапии.

ВРОЖДЕННЫЙ РЕКТАЛЬНЫЙ МЕШОК У ДЕТЕЙ

Эргашев Н.Ш. Отамурадов Ф.А., Дусалиев Ф.М.

ТашПМИ

Врожденный ректальный мешок (ВРМ) - 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 - особенности диагностики и хирургической тактики редкого варианта аноректальной мальформации – врожденного ректального мешка у детей.

Материалы и методы исследования. В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии с курсом онкологии ТашПМИ в период 2009-2019гг. находились на обследовании и лечении 508 детей в возрасте от 1 дня до 15 лет с АРМ из них у 9 (1,8%) диагностированы ректальный мешок: 6 – у мальчиков, 3 – девочек. Больным проводилось 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 ВРМ должен присутствовать следующие компоненты: мешковидное или дивертикулярное расширения укороченной толстой кишки заполненное меконием или фекалиями без гаустраций, жировых подвесок, $Tenia$; 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 4 мальчиков данные соответствовали на I тип ВРМ имевшее сообщение с мочевым пузырем, у 3 – II и у 2- IV типу патологии. Во всех 9 наших наблюдениях ВРМ 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 ВРМ 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 сигмостомы; у третьей двойной сигмостомы 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 моделизирующей колопластики из ректального мешка для свободного низведения в промежность.

В **заключении** можно отметить, что для ВРМ 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 ВРМ 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.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У МАЛЬЧИКОВ

Эргашев Н.Ш., Дусалиев Ф.М.
ТашПМИ

Цель исследования – изучить частоту нозологических форм, клинко-анатомические особенности и характер сопутствующих аномалий при АРМ у мальчиков по материалу клиники.



Материалы и методы исследования. В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ в 2009 - 2019 г. находились на обследовании и лечении 504 детей с АРМ: мальчиков 246 (48,8%), девочек 258 (51,2%). Больные были в возрасте от 1 дня до 15 лет. Из них у 200 (81,3%) первичный диагноз АРМ установлен в клинических базах кафедры; 46 (18,7%) поступили из различных клиник в связи с осложнениями первичных операций или наложения превентивной стомы.

Результаты и обсуждение. При поступлении новорожденных с отсутствием анального отверстия на должном месте до осмотра промежности оценивали их общее состояние, определяли ассоциированные аномалии. В обязательном порядке вводили зонд в желудок для исключения атрезии пищевода, определения количества и характера желудочного содержимого, что важно для выявления непроходимости кишечника. Учитывая редкость бес свищевых форм ректальной агенезии в структуре АРМ, проводили тщательное клинико-инструментальное обследование новорожденных и детей раннего грудного возраста на предмет наличия «невидимых», трудно устанавливаемых патологических соустьев прямой кишки с прилегающими органами, в том числе с уретрой.

АРМ у мальчиков в наших наблюдениях были представлены бес свищевыми формами атрезии (анальная мембрана-15, атрезия прямой кишки-80); свищевыми формами атрезии (ректопромежностный-65, ректоуретральный-52, ректовезикальный-9, ректальный мешок со свищом в мочевой пузырь-6); ректоуретральный свищ при нормально сформированном анусе-1, эктопия ануса-5, стенозом прямой кишки-14.

При комплексном обследовании у 155 (63,0%) больных выявлены 220 сопутствующих пороков развития. У 94 (60,6%) пациентов сочетанные аномалии были изолированными. Ассоциированные аномалии двух более систем (множественные пороки развития) обнаружены у 61 (39,4%) ребенка. Общее число аномалий – 126.

В заключении следует отметить, что АРМ у мальчиков составляют 48,8% в структуре данной патологии у детей. Преобладают свищевые формы - 62,4%, ректопромежностные свищи не представляют трудности в диагностике. В диагностике отдельных форм аномалии существенное значение имеют специальные методы исследования. Основные сложности в диагностике возникают при ректоуретральных свищах и врожденном ректальном мешке. Редкие региональные варианты АРМ наблюдались у 10,6% больных. Сочетанные аномалии встречаются при всех анатомических формах с разной частотой и сложностью проявлений.



ТЕРАТОМЫ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ

Эргашев Н.Ш., Дияров Н.А.

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность. Тератоидные опухоли составляют 5,9% всех опухолей у детей, а у новорожденных детей и грудных детей они обнаруживаются в 22,4% наблюдений. Частота составляет 1 на 35000 живорожденных детей. Частота озлокачествления опухоли прямо пропорциональна возрасту. Риск малигнизации у НД не превышает 5%, у детей до 1 года он составляет уже более 60%, у детей старше 1 года превышает 75%.

Цель работы – анализ результатов хирургического лечения детей с тератомой различной локализации.

Материал и методы. С 2008 по 2018г. на клинических базах кафедры ГДХ ТашПМИ и ТФТМА на лечении находилось 67 больных с тератомы различных локализации. Из них, тератомы крестцово-копчиковой (ККТ) области диагностированы - у 50 (74,6%); перикард – у 3 (4,4%); брыжейки кишечника – у 5 (7,6%); яичников – у 3 (4,4%); яичек – у 2 (3,0%); желудка – у 2 (3,0%), забрюшинно-поясничной области – у 2 (3,0%). Зрелые тератомы встречались у 64 детей (95,6%), тератобластомы – у 3 (4,4%). Возраст колебался от 1 месяца до 14 лет. Девочек 41 (61,2%), мальчиков – 26 (38,8%).

Результаты и обсуждение. (ККТ) – самая частая локализация тератомы у детей. В наших наблюдениях ККТ встречались у 50 (74,6%) больных. Всем детям с ККТ выполняли полное удаление опухоли с резекцией копчика. У 3 больных с ККТ наблюдалось метастазирование опухоли и летальный исход. С тератомой яичников наблюдалось у 3 ребенка. Симптоматика опухолей этой локализации имела свои особенности. У больных в динамике наблюдалось выраженное усиление интенсивности болевого синдрома, отмечалась иррадиация боли в промежность, задержка стула и мочеиспускания. После проведенного обследования в плановом порядке больные были оперированы. Окончательный объем оперативного вмешательства, как правило, определялся на операционном столе. Тератомы яичек выявлены у 2 детей. Пациентам выполнена орхофуникулэктомия. Дети выздоровели. Тератомы брюшной полости диагностированы у 5 детей. Опухоль обнаружена по брыжейке толстой кишки была плотной консистенции, ограниченно подвижной, бугристой. До операции чаще всего подозревали дермоидную кисту, лимфаденит. После оперативного удаления наступило выздоровление. Тератомы грудной клетки выявлены у 3 больных. Тератомы желудка отмечали у 2 детей, что составило 3,0% среди всех наблюдаемых больных с тератомами. Заболевание проявлялось болью в эпигастральной области, изменениями со



стороны ЖКТ. Больные оперированы. Наступило выздоровление. У двоих больного отмечена тератомы исходящая из забрюшинного пространство в поясничную область.

Заключение. Наиболее чаще встречаются ККТ. При обнаружении тератомы во избежание осложнений и предотвращения малигнизации необходимо раннее радикальное оперативное вмешательство.

ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Я.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Анализ аспектов диагностики и тактики лечения инвагинации кишечника (ИК) у детей по материалам клиники.

Материал и методы исследования. В ГДХКБ №2 города Ташкент (клиническая база кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ) с 2009 по 2019 г. находилось на лечении 162 ребенка с ИК 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 илео-асцендоанастомоза. 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 (пневмодезинвагинации) позволяет выполнить дезинвагинацию в большинстве случаев. Тактика лечения определяется не сроками от начала заболевания, а тяжестью состояния при осложнении ИК перитонитом, сепсисом.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРОМЕДОЛОМ У ДЕТЕЙ

Юсупов А.С., Галипов М.Г.

Кафедра «Анестезиологии и реаниматологии»

ТашПМИ

Актуальность. Обезболивание пациентов в послеоперационном периоде – одна из важнейших задач и проблем современной интенсивной терапии. Наиболее часто для послеоперационной анальгезии применяют ненаркотические анальгетики, неспособных обеспечить адекватное обезболивание. Из числа наркотических анальгетиков растворы морфина и фентанила, оказывают влияние на гемодинамику и дыхание, что ограничивает их использование в педиатрии в дозировках, Бупренорфин, трамал используют у детей старшей возрастной группы. Кроме того и морфин и в чуть меньшей степени фентанил, способны вызывать депрессию дыхания, что может существенно осложнить течение послеоперационного периода.

Цель исследования – оценка характера и эффективности послеоперационного обезболивания у детей при использовании внутримышечного введения промедола.

Материал и методы. Детям в возрасте от 5 месяцев до 14 лет, подвергшихся оперативным вмешательствам планового характера, использовали внутримышечное



введение 1% раствора промедола. Детям обезболивание проводили при наличии болевого синдрома из расчета 0,25 мг/кг промедола.

Результаты показали, что длительность послеоперационного обезболивания составляла от 36 до 63 часов, в среднем 51 ± 6 часов. У больных величина ЧСС в послеоперационном периоде была выше, чем до операции. В промежутке между 21-м и 27-м часами исследования величина ЧСС была достоверно более высокой, что потребовало дополнительного обезболивания. Показатели АД на протяжении всего исследования оставались стабильными с незначительными отклонениями. Введение промедола не оказывало заметного влияния на оцениваемые гемодинамические параметры, обезболивание было эффективным.

Выводы. По сравнению с традиционно используемым в детской практике ненаркотических анальгетиков, болюсно внутримышечное введение промедола обеспечивает более комфортное течение послеоперационного периода, более эффективную послеоперационную анальгезию и не оказывает влияния на оцениваемые гемодинамические параметры.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕРИОДЕ ИНДУКЦИИ В НАРКОЗ ПРИ ОБЕСПЕЧЕНИИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ.

А.С. Юсупов, И.А. Маматкулов., О. Я. Файзиев

ТашПМИ

Наиболее ответственным этапом анестезиологического обеспечения является период индукции в наркоз, который требует контроля и регуляции центральной гемодинамики и вегетативных сдвигов, что создает условия обеспечения гладкого течения последующих этапов анестезии в условиях проведения офтальмологических операций у детей.

Цель исследования. Оценить эффективность анестезии с применением пропофола, фентанила и ингаляцией севофлурана при офтальмологических операциях у детей.

Материал и методы. Исследование проведено у 32 детей в возрасте 3-14 лет при офтальмологических операциях (камень камень мочеточников и почек, уретерогидронефроз, ангиомалии развития мочевыводящих путей). Больные были разделены на две группы: В первой группе больных индукция в наркоз осуществлялась применением пропофола (2,5 мг/кг) и фентанила (2,5 мкг/кг). Во второй группе больных индукция осуществлялась с применением пропофола (2,5 мг/кг) и кетамина (5 мг/кг в/в).

Изучали клиническое течение анестезии с мониторингом показателей АДс, АДд, сатурации кислорода. На всех этапах анестезиологического обеспечения проведены



исследования состояния центральной гемодинамики методом эхокардиографии (ЭхоКГ), вегетативного баланса методом кардиоинтервалографии (КИГ).

Результаты и обсуждение: Результаты проведенных исследований показали, что показатели гемодинамики у детей первой группы характеризовались лабильностью с определенной тенденцией к повышению уровня: АДс – на 11%; АДд – на 13% чем от исходных данных детей второй группы. У пациентов 1 группы отмечено изменение показателей центральной гемодинамики - повышение сердечного индекса (СИ) на 8%; уменьшение общего периферического сопротивления сосудов (ОПСС) – на 14%. Однако, течение основного этапа наркоза у пациентов 1 группы характеризовалось относительным уменьшением АДс купированное проведением гемодилюции. Данное состояние было выявлено у детей с продолжительным течением операции, травматичностью и относительной кровоточивостью. У больных первой группы наблюдалось относительно большее повышение симпатической активности регуляции ритма сердца и выход из состояния наркоза характеризовался ранним пробуждением.

Выводы: Таким образом, пропофол в сочетании с субнаркотической дозой фентанила и севофлурана может являться препаратом выбора для индукции в наркоз и усиления анестезиологической защиты при офтальмологических операциях у детей. Полученные данные изменений показателей ЭхоКГ и КИГ свидетельствуют об обеспечении эффективной анестезии с сохранением гемодинамической стабильности при умеренной стимуляции симпатической активности.

КОНТРОЛЬ ГЛУБИНЫ АНЕСТЕЗИИ НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ БИСПЕКТРАЛЬНОГО ИНДЕКСА ПРИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Юсупов А.С., Маматкулов И. А., Файзиев О.Я., Зокирова Н.З.

Кафедра детской анестезиологии и реаниматологии

ТашПМИ

Введение. При современных комбинированных методиках анестезии трудность представляет своевременно оценить глубину анестезии и обнаружить клинические признаки пробуждения больного, а мониторируемые в этот период показатели газообмена и кровообращения, изменения которых и служат обычно основой для дозировки анестетиков, которые не всегда отражают реальный уровень угнетения сознания. Использование BIS-мониторинга дает возможность контролировать глубину анестезии и уменьшить эпизоды интранаркозного восстановления сознания или же чрезмерной глубокой анестезии.



Целью исследования явилось определением оптимальной дозы севофлюрана оценить эффективность анестезии на основе BIS-мониторинга во время офтальмологических операций у детей.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 32 пациентов с диагнозом (Врожденная глаукома, посттравматическая катаракта, врожденное косоглазие). Больные были разделены на две группы: в 1 группе (18 больных) анестезия проводилась фентанилом и севофлураном; а во 2 группе (14 больных) – классическая НЛА. Премедикация перед операцией включало атропин сульфат 0,1% - 0,01мг/кг, сибазон 0,5%-0,3 мг/кг, кетамин 5% 3-5мг/кг. Всем пациентам проводили стандартный периоперационный мониторинг, включающий непрерывную пульсоксиметрию, капнографию (Vamos, Drager, German), регистрацию ЭКГ, частоты сердечных сокращений, артериальное давление (Vista 120, Drager, German). Индукцию анестезии осуществляли введением фентанила 3 - 4 мкг/кг, и ингаляцией севофлурана до 2,5 V%. Производилась интубация трахеи и больные были переведены на ИВЛ.

Поддержание анестезии обеспечивали ингаляционным анестетиком севофлураном и дробным введением фентанила для обеспечения глубины анестезии на хирургическом уровне 40—60 баллов под контролем кардиомонитора UTAS 300TM (Украина). Восстановление сознания больного после операции определялось спонтанным открыванием глаз, полным восстановлением рефлексов и выполнением команд, таких как «покажите язык», «сожмите мне руку», «поднимите голову».

Результаты исследования и их обсуждение В 1 группе больных значение BIS после премедикации колебалось между 70 и 80. Во время индукции анестезии значение BIS резко падало в среднем до 32, и это означает, что используемая нами севофлуран в периоде поддержания анестезии в средней дозе $1,5 \pm 0,7$ V% было вполне достаточной. Такая глубина анестезии позволила удерживать значение BIS между 40-60. Средний поток ингаляции для поддержания составляла в среднем $1,4 \pm 0,9$ V%. Ингаляцию севофлурана прекращали в среднем за 5 минут до окончания операции с учетом показателей BIS. Таким образом, BIS-мониторинг не только позволил нам сэкономить анестетики, но и привел к сокращению процента поверхностной анестезии и чрезмерно глубокого наркоза, что отражалось на скорости восстановления сознания, которая составила $44 \pm 3,7$ минуты в 1 группе, что достоверно выше, чем во 2 группе $35 \pm 4,6$ минуты. На основании полученных нами результатов можно сказать, что доза севофлурана 2,5 V% для индукции анестезии является вполне достаточной. Первые полчаса поток севофлурана, достаточная для поддержания адекватной глубины анестезии, составляет 1,5 V%.



Выводы. Проведение анестезии с использованием BIS-мониторинга позволяет снизить дозы используемых препаратов, снизить количество эпизодов чрезмерно глубокой и поверхностной анестезии и сократить время восстановления сознания после окончания операции.

ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ЭНДОТРАХЕАЛЬНОМ ОБЕЗБОЛИВАНИИ В СВЯЗИ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ У ДЕТЕЙ

Юлдашева С.А., Мухитдинова Х.Н., Хайрутдинова М.Х., Абдусалиева Т.М.

ТашПМИ, Ташиув, РНЦЭМП

Анатомо-физиологические особенности детей младенческого возраста часто становятся факторами, обуславливающими развитие более тяжелых последствий (тяжелой черепно-мозговой травмы) ТЧМТ. В этой связи обеспечение адекватного обезболивания хирургических вмешательств в связи с травматическим повреждением костей черепа и структур мозга у детей младенческого возраста является актуальной проблемой, требующей дальнейшего изучения.

Цель. Особенности гемодинамики на этапах эндотрахеального обезболивания нейрохирургических операций при тяжелой черепно-мозговой травмой в младенческом возрасте.

Материал и методы исследования. Интраоперационный мониторинг гемодинамики у 26 детей в возрасте от 5 месяцев до 3 лет осуществлялся в 2 группах: 1 группа (13 детей) с длительностью эндотрахеального наркоза до 100 минут ($79,2 \pm 16,3$ минут) в возрасте $15,6 \pm 6,9$ месяцев; 2 – 13 больных с продолжительностью общего обезболивания более 110 минут ($155,7 \pm 30,5$ минут) в возрасте $26,5 \pm 9,8$ месяцев на следующих этапах: до премедикации, после премедикации, индукция, после интубации, травматичный этап операции, конец операции, экстубация/без экстубации, перевод в ОРИТ.

Результаты и их обсуждение. Параметры гемодинамики в 1 группе до премедикации соответствовали возрастной норме. Отмечена склонность к тахикардии ЧСС $134,1 \pm 7,9$, повышение потребности миокарда в кислороде до $128,0 \pm 16\%$, склонность к гиперсимпатотонической реакции до $1,4 \pm 0,1$ ед. Выявленные отклонения соответствовали умеренной стресс реакции детей в возрасте до 3 лет на предстоящее оперативное вмешательство. Исследуемые показатели пациентов 1 группы характеризовались стабильностью в последующие этапы общего обезболивания и только в процессе перевода детей в ОРИТ отмечалась тенденция к повышению ОПСС до $1504,1 \pm 869,8$ дин.с.см⁻⁵м, при



наклонности к уменьшению до нормы ПМК до $103,1 \pm 22,7\%$, ОВТ до $1,1 \pm 0,3$ ед, ЧСС до $113,8 \pm 21,9$ ударов в минуту. Исходные показатели гемодинамики, а также результаты интраоперационного мониторингования на всех этапах эндотрахеального наркоза у детей 2 группы, несмотря на увеличение продолжительности операции и наркоза существенно не отличались от данных детей 1 группы. Сравнительная оценка параметров эффективной механической вентиляции легких при операциях по поводу ТЧМТ у детей в возрасте до 3 лет в зависимости от длительности наркоза позволила констатировать отсутствие существенных различий в параметрах механической вентиляции легких и оксигенации крови в обеих группах детей. Известно, что чем больше стресс-реакция организма, тем значительнее функциональная активность взаимосвязанных компенсаторных механизмов, тем больше формируется корреляционных взаимосвязей параметров гемодинамики, дыхания и других систем, что обуславливает более эффективный процесс адаптации организма ребенка к остро меняющимся условиям существования, тем безболезненнее переход и меньше вероятность истощения ресурсов и срыва компенсаторной гиперфункции включенных в компенсаторные реакции органов, систем при стрессовой реакции, вызванной ТЧМТ, операцией, длительным наркозом. Корреляционные связи параметров гемодинамики при длительности наркоза до $79,2 \pm 16,3$ минут (1 группа) при ТЧМТ у детей до 3 лет характеризовали тесную прямую связь изменений САД с МОК (0,7790), уровня ДАД от симпатического тонуса ОВТ (0,8618), частоты сердечного ритма и САД (0,9538), ДАД (0,8121), ПАД (0,8833), МОК (0,9354). При этом закономерно в зависимости от уровня САД (0,9553), ДАД (0,8961), ОВТ (0,9918), ЧСС (0,9815), МОД (0,7877) повышалось потребление миокардом кислорода. То есть, несмотря на стабильную гемодинамику и достаточную глубину наркоза и адекватного обезболивания выявлены признаки перестройки корреляционных связей параметров гемодинамики, вегетативной регуляции, тонуса периферических сосудов, свидетельствующие о стресс реакции компенсаторных механизмов, характерных для гиперсимпатотонической реакции, повышение потребности миокарда в кислороде и прямую зависимость потребления миокардом кислорода от минутного объема дыхания. Таким образом, проведенные ИВЛ в режиме ДО $107,7 \pm 22,1$ мл, МОД $2499,2 \pm 476,0$ мл в минуту являлись оптимальными и увеличение этих параметров вызывало риск еще большего снижения тонуса периферических сосудов с соответствующим негативным влиянием на показатели гемодинамики, усиливая гипердинамический тип гемодинамики, повышение потребности миокарда в кислороде, что повышало риск развития интраоперационной острой сердечной недостаточности у детей с ТЧМТ.

Во 2 группе детей обнаружено вдвое меньше (20) достоверно значимых корреляционных связей. Из них прямые корреляции наблюдались между САД и ДАД



(0,8899), САД и УО (0,7083), САД и срАД (0,9721), САД и МОК (0,8788), САД и ПМК (0,8634), срАД и ПМК (0,9172), САД и ОВТ (0,8424), срАД и ОВТ (0,7799), ДАД и срАД (0,9720), срАД и ЧСС (0,7843), ДАД и ПМК (0,9200), УО и МОК (0,8121), ДАД и ЧСС 0,8367, ПМК и ОВТ (0,8648), ПМК и ЧСС (0,9601), ОВТ и ЧСС (0,7687). При этом отрицательные корреляционные связи выявлены между МОК и ОПСС (-0,7262), ДАД и УО (-0,8410), УО и ПМК (-0,7589), УО и ЧСС (-0,8214). Уменьшение количества корреляций вдвое у пациентов 2 группы при увеличении продолжительности наркоза, обусловленной большей степенью травматичности хирургического вмешательства привело к значительному уменьшению количества компенсаторных связей параметров гемодинамики. Последнее можно объяснить несостоятельностью компенсаторных механизмов в связи с истощением энергетических и других ресурсов у детей до 3 лет при более травматичном и продолжительном хирургическом вмешательстве, несмотря на отсутствие существенных различий параметров гемодинамики на исследуемых этапах общего обезболивания. В этой связи понятна целесообразность сокращения времени хирургического вмешательства. Возникает необходимость обсуждения вопроса интраоперационного применения метаболической и поддерживающей гемодинамику медикаментозной коррекции у детей с ТЧМТ до 3 лет.

Выявленные корреляции во 2 группе детей в рис. 2 характеризовали прямую зависимость САД от состояния симпатoadреналовой активности (ОВТ), тонуса периферических сосудов (ДАД) от уровня САД. При этом наблюдалась прямая зависимость потребления миокардом кислорода от уровня САД, ДАД, САД, степени симпатотонической реакции, частоты сердечных сокращений. Однако обратная связь между МОК и ОПСС, а также УО и ДАД свидетельствовала о наклонности к формированию гипердинамического типа кровообращения. При уменьшении УО повышалось потребление миокардом кислорода, а уменьшение тахикардии сопровождалось увеличением показателя УО.

Выводы. При увеличении продолжительности эндотрахеального обезболивания более 100 минут у детей до 3 лет по поводу ТЧМТ отсутствовали существенные различия параметров гемодинамики на исследуемых этапах общего обезболивания, не выявлено необходимости изменения параметров вентиляции. Эндотрахеальное обезболивание рекомендуется проводить с учетом типа реакции кровообращения на травму (гипердинамический типу детей до 3 лет), поддержанием САД не ниже 80 мм.рт.ст., среднего АД не ниже 70 мм.рт.ст. Увеличение параметров интраоперационной вентиляции (ДО и МОД) вызывало риск снижения тонуса периферических сосудов, усиливая гипердинамический тип гемодинамики, повышение потребности миокарда в кислороде. Выявленные корреляции подтверждают целесообразность интраоперационного применения



метаболической и поддерживающей гемодинамику медикаментозной коррекции у детей с ТЧМТ до 3 лет.

СОСТОЯНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ОЖОГАХ У ДЕТЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Юлдашева С.А., Мухитдинова Х.Н., Абдусалиева Т.М.,

Абдуллаев У.Х., Назарова Ф.С.

ТашИУВ, ТашПМИ, РНЦЭМП

Актуальность. Сердечно-сосудистая система у детей обладает большими компенсаторными возможностями, что приводит к стойким циркуляторным нарушениям, развивается состояние декомпенсации сократительной функции сердца из-за повышенной сокращаемости его. В связи с высоким риском развития осложнений, летальности проблема разработки эффективных своевременных корригирующих мероприятий остается актуальной.

Цель. Изучить состояние гемодинамики в период токсемии при термических ожогах у детей младенческого возраста.

Материал и методы исследования. Всего изучены данные исследований в возрасте от 5 месяцев до 3 лет 25 детей. Больные рассматривались в зависимости от тяжести и площади повреждения, возраста, длительности лечения в условиях ОРИТ. Так в младенческом возрасте количество детей находившихся в ОРИТ до 10 суток оказалось 15 (1 подгруппа), 11-20 дней – 5 детей (2 подгруппа), более 21 суток (21-40 дней – 5 младенцев). Оценка тяжести ожога проводилась подсчетом площади поверхности поврежденной кожи и применением индекса Франка.

Результаты, их обсуждение. В 1 сутки показатели ударный объем (УО), минутный объем крови (МОК), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС) существенно не отличались от нормативных значений, свидетельствуя об эффективности проводимой противошоковой, интенсивной терапии. Только показатель частоты сердечных сокращений (ЧСС) превышал общепринятые нормативные значения на 15-20%. На вторые сутки обнаружено значимое увеличение тахикардии у детей 3 группы, превышавший показатель 1 группы на 17% ($p < 0,05$). В процессе соответствующей коррекции в последующие дни показатель не отличался от данных других групп.

У детей в 1 группе больных обнаружена прямая корреляционная связь САД с УО и МОК, во 2 и 3 группах эта связь нарушилась. ПАД в 1 группе находилась в прямой зависимости от УО, а во 2 группе от УО и МОК. Однако в 3 группе эта связь стала недостоверной. В 1 группе выявлена физиологическая прямая зависимость МОК от УО



(0,9138), от состояния вегетативного тонуса (0,9646) и обратная от ОПСС (-0,8416). Уже в 1 группе обнаружена негативная связь изменений показателей ОПСС и УО (-0,7847). Отрицательную корреляционную связь ОПСС от степени симпатотонической реакции (-0,7826) и ОПСС и УО (-0,7845) можно понимать как механизм формирования гипердинамического типа гемодинамики на ожоговый стресс у детей 1 группы. Во 2 группе выявлена прямая корреляционная связь пульсового артериального давления (ПАД) с УО (0,9078), ПАД с МОК (0,8141), УО и МОК (0,9050). Обратная корреляция ДАД и УО (-0,8047), ДАД и МОК (-0,7772), ОПСС/УО (-0,8692), ОПСС и МОК (-0,8944) свидетельствовали о наклонности к повышению сердечного выброса при снижении тонуса периферических сосудов, определяющих общее периферическое сопротивление. Прямая зависимость ДАД и ОПСС (0,9546) показывают ведущее значение тонуса сосудов в формировании роста ОПСС. Во 2 группе как и в первой выявлена физиологическая прямая зависимость МОК от УО (0,9050), от состояния вегетативного тонуса (0,9159) и обратная от ОПСС (-0,8944). В 3 группе на фоне более тяжелого общего состояния обнаружена прямая корреляция ДАД и ОПСС (0,7864), срАД и ОПСС (0,7367), МОК и ОВТ (0,7984) и обратная сильная корреляция МОК и ОПСС (-0,9218). При этом появились новые компенсаторные связи, такие как МОК и ЧСС (0,7804), МОК и суточный объем введенной жидкости парентерально и энтерально (-0,7001), что объясняло причину уменьшения МОК в условиях ограничения водной нагрузки.

Подтверждением риска развития острой сердечной недостаточности является обнаруженный возможный механизм повышения ОПСС в связи с увеличением внутривенной инфузионной терапии (0,7758), общего количества вводимой за сутки воды (0,7992) у больных 3 группы. Последнее вызывало необходимость тщательного контроля объема инфузионной терапии в исследуемой группе (возможность включения в коррекцию диуретиков, кардиотоников). Подтверждением является умеренная полиурия на протяжении всего периода интенсивной терапии. Так, только у детей 3 группы почасовой объем диуреза оказался достоверно больше показателя в 1 сутки более чем в два раза на 2-9 сутки.

Выводы: Параметры сердечного выброса и общего периферического сосудистого сопротивления во всех группах поддерживались на возрастном уровне в период токсемии ожоговой болезни в младенческом возрасте. В 1 и 2 группах сохранялась физиологическая обратная связь между МОК и ОПСС. В 3 группе при этом появились новые компенсаторные связи МОК и ЧСС (0,7804).



АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОТОМИКОЗЕ

Якубов М.М.

ТашПМИ

В настоящее время отмечается увеличение числа больных с микотическим поражением ЛОР–органов и, в частности, наружного и среднего уха, включая послеоперационные полости среднего уха. Рост числа больных обусловлен как существенным увеличением факторов риска развития микоза, так и бессистемным неконтролируемым применением местных антибактериальных препаратов при лечении отита. Кроме того, отмечено повышение удельного веса хронического грибкового воспаления с частыми рецидивами, не поддающимися медикаментозной коррекции.

Цель исследования. Определение частоты заболеваемости отомикозом с повышением эффективности диагностики и лечения грибкового поражения уха.

Материалы и методы исследования. Объект исследования – 162 ребенка (4-14 лет) с воспалительными заболеваниями ушей: Основные методы исследований - клиническое, эндомикроскопическое, микробиологическое, микологическое, рентгенологическое (включая КТ, МРТ), эпидемиологическое. Микологические исследования у больных отомикозом проводили в два этапа: 1- экспресс–методы – отомикроскопию (осмотр уха под операционным микроскопом), исследование в световом и люминесцентном микроскопе с использованием просветляющих растворов, метиленового синего, комплекса красителей Грама, и впервые применен метод окрашивания калькофлюором белым (определение рода гриба). Видовую идентификацию дрожжеподобных грибов проводили с помощью тест–систем API 20 (bioMérieux, Франция), плесневых по протоколу MI 38. 2-Параллельно отбирали материал для микологических исследований, в ходе которых проводился посев патологического отделяемого на жидкие или твердые питательные среды с последующим подсчетом колоний, оценкой интенсивности роста, видовой идентификации и чувствительности к антимикотическим препаратам.

Результаты и обсуждение. Примененный комплексный подход к диагностике отомикоза позволил установить грибковую природу заболевания у 40 больных (24,69%). С целью выявления особенностей этиологии, патогенеза, клинической картины и разработки оптимального лечения все больные отомикозом были разделены на 3 группы в соответствии с локализацией воспалительного процесса: 1–я группа – 18 детей (48%) с наружным грибковым отитом, 2–я группа – 15 (37,5%) с грибковым поражением среднего уха и 3–я группа – 7(17,5%) – пациенты с микотическим поражением послеоперационной полости



среднего уха. У 17 (42,5%) больных процесс был двусторонним. Длительность заболевания составила от 2 месяцев до 5 лет.

Монокультура гриба выявлена в 40 случаях, а еще у 32 имелись грибково–грибковые или грибково–бактериальные ассоциации. Так, при наружном грибковом отите основными возбудителями являлись плесневые грибы, выявленные у 180 больных (64,3%), при этом на долю рода *Aspergillus* приходилось 162 наблюдения (57,85%). Дрожжеподобные грибы определены как этиологический фактор в 100 наблюдениях (35,7%), при этом наиболее патогенный вид грибов *Candida albicans* выделен только у 21 больного. Установлена этиопатогенетическая значимость и других видов грибов рода *Candida*: *C. tropicalis*, *C. krusei*, *C. sake*, *C. parapsilosis*, *C. pseudotropicalis*, *C. glabrata*, *C. hellermanii*, *C. ciferrii*, *C. dubliniensis*, *C. famata*, *C. globosa*, *C. curvata*, *C. intermedia*, *Candida spp.* У 15 больных возбудителем среднего отита были различные плесневые грибы: *Aspergillus niger* – 10 наблюдений, у 2 больных возбудителем воспалительного процесса были грибы *Aspergillus fumigatus*, и у 2 больных – другие виды аспергилл. У одного больного причиной заболевания являлся грибок рода *Mucor*.

При терапии отомикоза мы придерживались определенных принципов: лечение должно быть направлено не только на грибковую инфекцию, но и на устранение различного рода факторов, играющих роль в патогенезе данного микоза. Нами применялась системная и местная терапия. При лечении больных отомикозом, вызванным дрожжеподобными грибами, может быть применен препарат Кандибиотик.

Выводы. При лечении больных с длительно текущим воспалением в наружном и среднем ухе необходимо проведение комплексного микологического обследования патологического отделяемого из уха, включающего микроскопическое и культуральное исследование. Препаратом выбора является Кандибиотик.



СОДЕРЖАНИЕ

1.	Абдусалиева Т.М., Юлдашева С.А., Мухитдинова Х.Н.	Особенности инфузионной терапии в первые сутки тяжелой черепно-мозговой травмы у детей	3
2.	Абдуллаев Д.Ш., Хайдаров Н.К., Олимжонов К.Ж.	Актуальные вопросы диагностики глоссалгии	6
3.	Агзамходжаев С.Т., Абдуллаев З.Б., Теребаев Б.А., Пулатов Ф.Т.	Техника малоинвазивной открытой расчленяющей пиелопластики у детей	7
4.	Агзамходжаев Т.С., Нурмухамедов Х.К., Исмоилова М.У.	Биологические свойства и факторы патогенности <i>klebsiella spp.</i> у детей раннего возраста	8
5.	Агзамходжаев Т.С., Нурмухамедов Х.К., Тохилов Ш.М.	Инфузионная терапия острых кишечных инфекций у детей	10
6.	Агзамходжаев Т.С., Исмоилова М.У.	Эффективность комбинированной общей анестезии в пластической хирургии у детей	11
7.	Агзамходжаев Т.С., Маматкулов И.Б.	Реализация анестезии галотаном при офтальмологических операциях у детей	12
8.	Агзамходжаев Т.С., Юсупов А.С., Файзиев О.Я., Зокирова Н.З.	Изменение показателей центральной гемодинамики при эхинококкэктомии печени у детей	14
9.	Агзамходжаев Т.С., Юсупов А.С., Маматкулов И.А.	Ингаляционная анестезия севофлюраном при офтальмохирургических операциях у детей.	15
10.	Агзамходжаев Т.С., Нурмухамедов Х.К., Валиев А.Р.	Состояние гормонального статуса при общей анестезии с применением натрия оксибутирата и фентанила у детей	16
11.	Алиев М.М., Нарбаев Т.Т., Тураева Н.Н., Тилавов У.Х.	Уринарные фистулы у детей с аноректальной мальформациями	18
12.	Аташев А.Р., Собиров Э.Ж.	Болаларда хирургик аралашувларда промедол билан анестезия қилишнинг адекватлиги	20
13.	Бабаев Б.Д., Острейков И.Ф., Штатнов М.К., Никитин В.В., Надбитова Р.А., Багажков А.М.	Седация в отделении реанимации у детей	21
14.	Бекназаров А.Б., Толипов М.Г.	Критерии выполнения трахеостомии у нейрохирургических больных	24
15.	Бекназаров А.Б., Толипов М.Г.	К лечению кетоацидоза у детей	26
16.	Бобоханов Г.К., Нурмухамедов Х.К.,	Анестезиологическое обеспечение в оториноларингологии	27



	<i>Валиев А.Р.</i>		
17.	<i>Валиев А.А., Бобониязов К.К.</i>	Роль сердечного выброса и церебрального перфузионного давления на оксигенацию и метаболизм головного мозга.	29
18.	<i>Дияров Н.А.</i>	Крестцово-копчиковые тератомы у детей	30
19.	<i>Закирходжаев М.А.</i>	Компьютерная плантография в диагностике плоскостопия у детей	32
20.	<i>Закирходжаев Р.А.</i>	Критерии диагностики гипоплазии диска зрительного нерва у детей	34
21.	<i>Исмоилова М.У., Нурмухамедов Х.К.</i>	Значимость дыхательной и почечной недостаточности при черепно-мозговой травме у детей	35
22.	<i>Исмоилова М.У., Бобониязов К.К.</i>	Эффективность ультракаина в отоларингологии	37
23.	<i>Карабаев Х.Э. , Маматова Ш. Р., Карабаева З.Х.</i>	Особенности течение острого и рецидивирующего риносинусита у детей раннего возраста	38
24.	<i>Каримов И.М., Нурмаматов Д.С.</i>	Результаты хирургического лечения варикоцеле у детей	39
25.	<i>Каримов И.М., Нурмаматов Д.С.</i>	Эффективность УЗИ без и с доплером в диагностике гемодинамического типа варикоцеле у детей.	40
26.	<i>Маматкулов И.А., Агзамходжаев Т. С.,Хайдаров М.Б.</i>	Влияние острой анемии на кислородотранспортную функцию крови в периоперационный период	42
27.	<i>Маматкулов И.А., Нурмухамедов Х.К. Хайдаров М.Б.</i>	Биохимические сдвиги крови во время и после нейрохирургических операций у детей	44
28.	<i>Мухитдинова Х. Н., Абдусалиева Т.М., Хайрутдинова М.Х., Абдуллаев У.Х., Мирзаева А.Д.</i>	Влияние токсемии на циркадный индекс и потребление миокардом кислорода при ожогах у детей	45
29.	<i>Назаров Н.Н.</i>	Аномалии развития толстой кишки у детей	48
30.	<i>Назаров Н.Н.</i>	Диагностика и лечение хронического запора у детей	49
31.	<i>Нарбаев Т.Т., Алиев М.М., Теребаев Б.А., Тураева Н.Н., Бозоров Ш.Т.</i>	Колостомия при сопутствующих пороках и аномалиях развития у детей с аноректальной мальформациями	51
32.	<i>Нурмухамедов Х.К., Исмоилова М.У.</i>	Исследование гемостаза и реологии крови для профилактики кровотечений.	54
33.	<i>Острейков И.Ф., Бабаев Б.Д., Шишков М.В.,.</i>	Послеоперационное эпидуральное обезболивание у детей при абдоминальных вмешательствах	56



	<i>Никитин В.В., Толасов К.Р., Шульженко М.Д., Кумиев С.С.</i>		
34.	<i>Оллабергенев О.Т., Теребаев Б.А., Тураева Н.Н., Атабаев А.Ф.</i>	Улучшение результатов лечения хронического колостазы при долихосигме у детей	57
35.	<i>Отамурадов Ф.А.</i>	Диагностика и лечение клоакальных форм аноректальных аномалий	58
36.	<i>Отамурадов Ф.А.</i>	Хирургическая коррекция при урогенитальном синусе у девочек	60
37.	<i>Рўзматов И.Б., Сапаев О.Қ., Яхшимуратов С.Ш.</i>	Чақалокларда омфалоцелени даволашда операция олди тайёргарлиги	61
38.	<i>Салиходжаев Ш.Н., Толипов М.Г.</i>	Комбинированная анестезия с использованием пропофола при малотравматичных операциях у детей	62
39.	<i>Салиходжаев Ш.Н.</i>	Гемодинамические показатели на этапах комбинированной общей анестезии с применением пропофола при малотравматичных хирургических вмешательствах у детей	64
40.	<i>Салиходжаев Ш.Н.</i>	Влияние церебрального перфузионного давления на оксигенацию и метаболизм головного мозга.	67
41.	<i>Салиходжаев Ш.Н.</i>	Анализ этапов комбинированной ингаляционной анестезии на основе оценки BIS- индекса при кардиохирургических вмешательствах у детей.	68
42.	<i>Собиров Э.Ж., Сабиров У.С.</i>	Оксидантный и антиоксидантный статус в ранний период развития перитонита у детей	70
43.	<i>Сапаев О.Қ., Каримов Р.О.</i>	Эрта ёшдаги болаларда уролитиазнинг этиологик омиллари	72
44.	<i>Теребаев Б.А., Оллабергенев О.Т.</i>	Полиакриламидный гель в лечении послеоперационной анальной инконтиненции у детей	73
45.	<i>Теребаев Б.А., Оллабергенев О.Т.</i>	Консервативные методы лечения послеоперационной анальной инконтиненции у детей	74
46.	<i>Толипов М.Г.</i>	Состояние т3,т4 и кортизола при комбинированной эпидуральной анестезии бупивакаином в сочетании с пропофолом у детей	75
47.	<i>Тохиров Ш.М., Нурмухамедов Х.К., Исмоилова М.У.</i>	Формирование скорости периоперационной перфузии кардиохирургических операций у детей	76
48.	<i>Тохиров Ш.М., Салиходжаев Ш.Н.</i>	Сбалансированная анестезия на основе нубаина: стратегия и тактика	77
49.	<i>Углонов И.М., Оллабергенев О.Т.</i>	Санационная бронхоскопия при бронхообструктивном синдроме у детей	79
50.	<i>Умарова М.А., Абдуллаев Х.Н.</i>	Аудиологический скрининг нарушений функции слуха перед оперативным вмешательством у детей	80
51.	<i>Усманов Ш.У.</i>	К профилактике остеопении у подростков	81
52.	<i>Умарходжаев Ф.Р.,</i>	Оценка состояния когнитивных функций при операциях на	84



	<i>Нурмухамедов Х.К.</i>	позвоночнике у детей.	
53.	<i>Файзуллоев Д.А., Шаринов А.М., Набиев З.Н.</i>	Энтеральное питание - фактор риска развития язвенно-некротического энтероколита у новорожденных и детей грудного возраста	85
54.	<i>Хайдаров М.Б., Агзамходжаев Т.С.</i>	Регламентация анестезии при офтальмологических операциях у детей	87
55.	<i>Хайдаров, М.Б., Нурмухамедов Х.К., Маматкулов И.Б.</i>	Изучение послеоперационной боли на основании психологических характеристик у детей	89
56.	<i>Чўлиев М.С., Баратов Ф.Т., Ўзлонов И.М.</i>	Эпиметафизар остеомиелитни диагностикаси ва давоси	90
57.	<i>Шорахмедов Ш.Ш., Бобониязов К.К.</i>	Нивелирование кишечной недостаточности в хирургии позвоночника.	91
58.	<i>Шорахмедов Ш.Ш., Бобониязов К.К.</i>	Формирование скорости периоперационной перфузии кардиохирургических операций у детей	93
59.	<i>Эргашев Н.Ш. Отамурадов Ф.А., Дусалиев Ф.М.</i>	Врожденный ректальный мешок у детей	94
60.	<i>Эргашев Н.Ш., Дусалиев Ф.М.</i>	Анатомические особенности аноректальных мальформаций у мальчиков	96
61.	<i>Эргашев Н.Ш., Дияров Н.А.</i>	Тератомы различной локализации у детей	97
62.	<i>Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Я.</i>	Инвагинации кишечника у детей	98
63.	<i>Юсупов А.С., Талипов М.Г.</i>	Послеоперационное обезболивание промедолом у детей	99
64.	<i>Юсупов А.С., Маматкулов И.А., Файзиев О. Я</i>	Гемодинамические изменения в периоде индукции в наркоз при обеспечении офтальмологических операций у детей	100
65.	<i>Юсупов А.С., Маматкулов И. А., Файзиев О.Я., Зокирова Н.З.</i>	Контроль глубины анестезии на основе оценки биспектрального индекса при офтальмологических операциях у детей	101
66.	<i>Юлдашева С.А., Мухитдинова Х.Н., Хайрутдинова М.Х., Абдусалиева Т.М.</i>	Изменения гемодинамики при эндотрахеальном обезболивании в связи с тяжелой черепно-мозговой травмой у детей	103
67.	<i>Юлдашева С.А., Мухитдинова Х.Н., Абдусалиева Т.М., Абдуллаев У.Х., Назарова Ф.С.</i>	Состояние гемодинамики при тяжелых ожогах у детей младенческого возраста	106
68.	<i>Якубов М.М.</i>	Алгоритм диагностики и лечения при отомикозе	108