



Нынешний 2022 год для Ташкентского педиатрического медицинского института – юбилейный. Эта юбилейная дата – прекрасный повод сказать слова искренней признательности особому, лучшему учреждению, где усилия коллектива направлены на достижение самой благой цели – сохранение здоровья населения.

Славная история института начинается в 1972 году, когда был открыт Среднеазиатский педиатрический медицинский институт (САМПИ), преобразованный позднее в Ташкентский педиатрический медицинский институт.



50 лет — немалый срок, за который ТашПМИ укрепил научную и материально-техническую базу, расширил спектр специальностей. Прочный фундамент знаний, полученных в стенах института, позволяет выпускникам строить успешную трудовую карьеру. И в этом огромная заслуга сплоченного коллектива института: научно-педагогических работников, учёных, сотрудников, студентов, аспирантов, выпускников.

Пройденный институтом путь - это формирование научных школ, известных далеко за пределами Узбекистана, подготовка востребованных в практическом здравоохранении страны врачей различных специальностей, способных профессионально решать задачи сохранения здоровья граждан. Сегодня институт, сохраняя лучшие традиции медицинского образования и используя новации в образовательной и научной деятельности, по праву занимает достойное место среди медицинских вузов.

Широко известны исследования наших сотрудников в области педиатрии, нефрологии, хирургии, ревматологии и сердечно-сосудистой патологии детского возраста.

Особо хочу отметить активное развитие института за последние годы, расширение и углубление нашего межвузовского сотрудничества, которые обеспечиваются профессиональными действиями, слаженной работой всего коллектива.

За эти годы ТашПМИ подготовила десятки тысяч специалистов и в значительной степени сформировала научный и кадровый потенциал страны. Традиционно в стенах вуза обучаются представители многих стран мира. Глубокие профессиональные знания и практический опыт педагогов и сотрудников института, бережное отношение к традициям учебного заведения и современная научно-техническая база обеспечивает высокий уровень подготовки специалистов, и позволяют вузу вносить достойный вклад в развитие медицины.

Уверен, что, обладая достаточным потенциалом, ТашПМИ способен преумножить свои достижения.

От всей души поздравляю вас с этой знаменательной датой!

Желаю вам, уважаемые коллеги, здоровья, творческих успехов и новых свершений на благо отечественного здравоохранения и медицинской науки!

*Благодарю за внимание.
Ректор ташкентского медицинского педиатрического
института, профессор Б.Т. Даминов.*



Бердиев Э.А., Салимов Ш.Т., Босимов М.Ш.
**ЭРТА ЁШЛИ БОЛАЛАРДА ШОШИЛИНЧ ҚОРИН БЎШЛИҒИ АЪЗОЛАРИНИНГ
 КАСАЛЛИКЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШДА ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИК
 ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИНГ РОЛИ**

Тошкент тиббиёт академияси;
 Республика болалар кам инвазив ва эндовизуал илмий-амалий маркази;
 Тошкент педиатрия тиббиёт институт

Эрта ёшли болалар орасида қорин бўшлиғи шошилинч жарроҳлик касалликлари ўртача 30-40% ташкил этади [1-4]. Ушбу тоифадаги бемор болаларда касалликлар диагностикаси ва даволаш амалий жиҳатдан энг қийин ҳисобланади. Чунки бу ёшдаги болаларда касалликлар клиник манзарасининг ўхшашлиги, болаларнинг текширувга салбий реакцияси, инструментал текшириш усуллари қўллашнинг қийинлиги билан боғлиқ [5-8]. Ҳозирги вақтда бутун дунё бўйлаб болалар абдоминал жарроҳлик патологияси, кам инвазив ва эндовидеолапароскопик технологиялар ёрдамида диагностика ва даволаш усуллари афзал саналади. Ҳозирги кунда, мамлакатимизда кам инвазив ва эндоскопик технологиялар ривожланишига қарамай, фақат бир нечта жарроҳлик марказлари эрта ёшли болаларда эндовидеолапароскопик жарроҳлик операцияларини бажариш бўйича амалий ва илмий тажрибага эга [9-11].

Тадқиқот мақсади — эрта ёшли болаларда учрайдиган қорин бўшлиғи шошилинч жарроҳлик касалликларини замонавий кам инвазив эндовидеолапароскопик технологиялар ёрдамида ташхислаш ва даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Материал ва услублар

Изланишлар Республика болалар кам инвазив ва эндовизуал илмий амалий марказида 2012 йилдан 2020 йиллар мобайнида шошилинч қорин бўшлиғи жарроҳлик касалликлари билан оғриган 1 ойдан 7 ёшгача бўлган 174 нафар бемор бола даволаниш натижалари таҳлили ўрганилди.

Натижалар ва муҳокама

Республика болалар кам инвазив ва эндовизуал илмий амалий марказида 2012 йилдан 2020 йиллар мобайнида шошилинч қорин бўшлиғи жарроҳлик касалликлари билан оғриган 1 ойдан 7 ёшгача бўлган 174 нафар бемор бола даволанишда бўлди.

Беморларнинг нозология бўйича бўлиниши

Нозология	Беморларнинг ёши				Жами
	1-6 ойлик	6-12 ойлик	1-3 ёш	3-7 ёш	
Туғма гипертрофик пилоростеноз	12				12
Ичак инвагинацияси	11	18	9	6	44
Флегмоноз аппендицит			13	21	34
Гангреноз-перфоратив аппендицит		2	9	13	24
Маҳаллий перитонит			3	5	8
Тарқалган перитонит			2	3	5
Аппендикуляр абсцесс			1	2	3
Меккел дивертикули			1	2	3
Сиқилган чов чурраси	23	11	7		41
Жами	46	31	45	52	174

Туғма гипертрофик пилоростеноз

12 нафар бола туғма гипертрофик пилоростеноз билан даволанган бўлиб, шулардан 8 нафарини ўғил болалар ва 4 нафарини қиз болалар ташкил этди. (Беморларнинг ёши 3 ҳафталикдан - 5 ҳафталиккача бўлган). Операция қилинган болаларнинг тана вазни 3600-5200 гр

оралиғида бўлган. Касалликни ташхислаш ва клиник симптомларини аниқлаш ультратовуш текширув маълумотлари асосида амалга оширилди: Бунда пилорик ошқозон мушак қаватининг қалинлашиши 4 мм дан ортиқ ва стенозлашган майдоннинг узунлиги 15 мм дан ортиқ, пилорик каналнинг диаметри ҳам баҳоланди.



Расм 1. УТ текширувида ошқозон пилорик қисмини сурати



Расм 2. Лапароскопик усулда пилоромиотомия (боланинг интраоперацион ва ташқи кўриниши)

Туғма гипертрофик пилоростеноз ташхиси билан ётқизилган болаларни ҳаммасида жарроҳлик амалиёти бажарилди. Видеолапароскопик пилоромиотомия жарроҳлик амалиёти эндотреахел оғриксизлантириш остида амалга оширилди. Барча ҳолатларда KARL STORZ компаниясининг 3 миллиметрли трокарлари ва асбоблари ишлатилган бўлиб, сероз мембранани ажратиш учун пилоротом ишлатилди. Кейин эндоскопик инструментлар ёрдамида пилорус мушак қатлами шиллик қаватгача ажралиб чиқди. Шиллик қаватнинг

яхлитлиги назогастрал зонд орқали ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакка ҳаво юбориш орқали кузатилди. Жарроҳлик аралашувининг давомийлиги 15-25 дақиқани ташкил этди. 1 (1,6%) ҳолатда пилорус шиллик қаватининг интраоператив перфорацияси кузатилди, бу перфорация видеолапароскопик усулда қайта тикилди. Операциядан кейинги даврда бемор болалар 2 кун давомида интенсив реанимация бўлимида даволанишда бўлишди. Ошқозон-ичак тракти пассажи тўлиқ тикланиши билан операциядан сўнгги даврда 2-чи ва 6 –чи суткаларига ва шифохонага ётқизиш кунлари



6 суткадан 10-чи суткага тўғри келди. Видеолапароскопик пилоротомия ўтказилган барча беморда операциядан кейинги даврда асоратлар кузатилмади.

Ичак инвагинацияси

Марказда ичак инвагинацияси ташхиси билан 3 ойликдан 7 ёшгача бўлган 44 нафар бемор бола даволанишда бўлди. Касалликнинг давомийлиги беморларни стационарга қабул қилинган пайтидан 2 соатдан 48 соатгачани

ташқил этиб, беморларнинг 29 (86%) нафари 12 соат оралиғида шифохонага мурожаат қилишган.

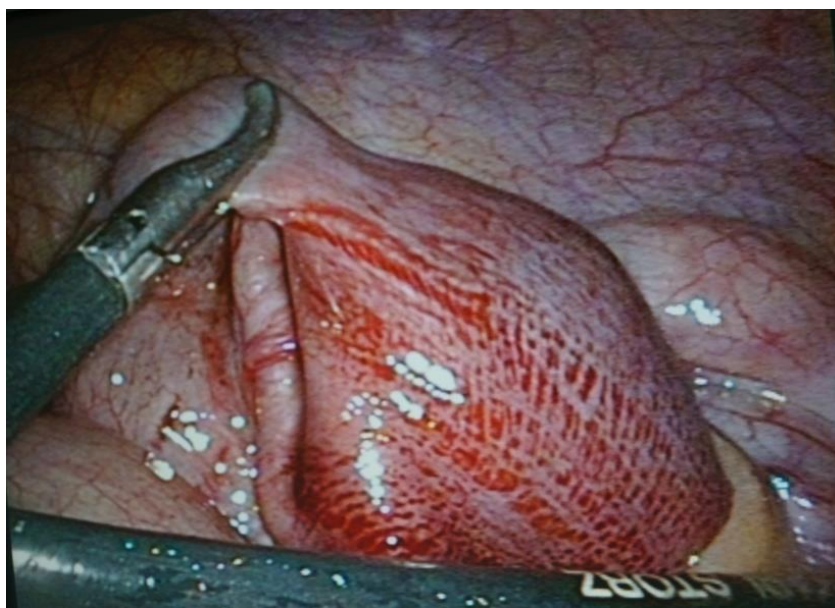
Касалликни ташхислашда, унинг клиник симптомларига қараб ультратовуш маълумотлари асосида амалга оширилди. 29 (86%) нафар беморда консерватив даволан, яъни дезинвагинация (пневмоирригоскопия) муолажаси амалга оширилди.



Расм 3. Пневмография ичак инвагинациясида

Пневмоирригоскопия амалиёти 8 (10%) нафар болада муваффақиятсиз тугади. Ушбу беморларда пневмоирригоскопиядан кейин диагностик лапароскопия ва лапароскопик усулда дезинвагинация амалиёти бажарилди. Фақат 1 (1,2%) нафар болада ичак инвагинациясида ёнбош ичак некрози гангреноз ўзгарган Меккел дивертикули

фонида келиб чиқиб, бунда диагностик лапароскопия ўтказилиб, мирилапаротом кесма билан ёнбош ичак ўзгарган қисми резекция қилиниб, “охирига-охири” анастомози қўйилди. Операция ўтказилган беморларда операциядан кейинги даврларда асоратлар кузатилмади.



Расм 4. Лапароскопик усулда дезинвагинация бажариш жараёни.



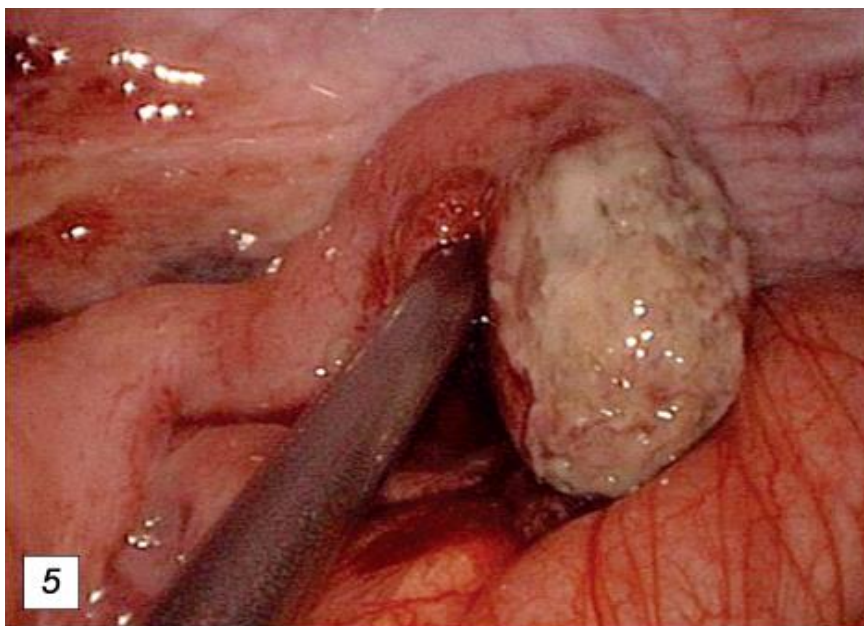
Болаларда ўткир аппендицит

Марказда ўткир аппендицит бўйича даволанган 1-7 ёшли беморлар 34 нафарни ташкил этди. Ёш болаларда ўткир аппендицитни ташхислаш қийинлиги туфайли қорин бўшлиғи аъзоларининг ультратовуш текшируви катта аҳамиятга эга бўлди. Қорин бўшлиғида хажмли ҳосилалар, эркин суюқлик мавжудлиги, мезентериал лимфа тугунлари ҳолати ва чувалчангсимон ўсимта диаметрига эътибор қаратилди.

Операциядан олдинги текширув ва тайёргарликдан сўнг барча болаларда, шу жумладан умумий клиник текширув

(умумий қон текшируви, қон гуруҳ ва Rh омили, биокимёвий қон таҳлили, қоннинг кислота-асос ҳолатини баҳолаш), метаболик ўзгаришларни коррекциялаш жараёнлари ўтказилди.

Ўткир аппендицит бўйича операция қилинган болалар орасида асосан аппендицитнинг деструктив шакллари учради. Шу жумладан чувалчангсимон ўсимтани флегмоноз ўзгариши 34 (19,5%) болада аниқланган. Беморларнинг барчасида эндовидеолапароскопик усулда аппендэктомия амалиёти амалга оширилди.



Расм 5. Лапароскопик усулда аппендэктомия амалиётини бажариш жараёни

34 (19,5%) нафар боладан 24 (70,5%) нафарда гангреноз-перфоратив аппендицит, маҳаллий йирингли перитонит аниқланган бўлса, 5(14,7%) нафар болада тарқалган йирингли перитонит аниқланди. 3(8,8%) нафар болада аппендикуляр абсцесс ташхиси билан жаррохлик амалиёти бажарилди. Беморларнинг барчасида эндовидеолапароскопик усулда аппендэктомия, қорин бўшлиғи санацияси ва дренажлаш амалиёти бажарилди. Операциядан кейинги 3-5 кун давомида болалар интенсив реанимация бўлимида даво муолажаларини олишди. Шифохонада қолиш муддати 5 кундан 15 кунгачани ташкил этди. Ушбу гуруҳ беморларида асоратлар ёки ўлим ҳолатлари кузатилмади.

Сиқилган чов чурралари

Марказга 41 нафар бемор сиқилган чов

чурралари ташхиси билан мурожаат қилган бўлиб, уларни ёши 1 ойликдан 3 ёшгачани ташкил этди. Чурраларнинг сиқилган вақт давомийлиги 1-5 соат оралиғида бўлиб, аксарият болаларда 2-3 соатни ташкил этди. Барча беморларда шошилиш жаррохлик амалиёти бажарилди.

Шундан 34 (83%) нафар болада сиқилган чов чуррасини анъанавий усулларда бартараф этиш бўйича жаррохлик амалиёти бажарилди. Болаларнинг 7(17%)нафари 1-3 ёшдаги болалар бўлиб, уларда эндовидеолапароскопик усулда чуррани бартараф этиш жаррохлик амалиёти бажарилди. Ичак ва ичак тутқичларида қисилган соҳаларида некробиотик қайтмас ўзгаришлар ҳар қандай ҳолатларда ҳам аниқланмади. Эндовидеолапароскопик усулда чуррани бартараф этиш жаррохлик



амалиётлари ўртача 20 дан 60 минутни ташкил этди. Антибактериал терапия учун кўрсатмалар операциядан кейинги даврда касалликни давомийлиги 3 соатдан ортиқ бўлса ва ичак деворининг кичик десеризацияси мавжуд бўлган ҳолатларда тавсия этилди. Жарроҳлик амалиётларидан сўнг асоратлар кузатилмади. Болаларга жарроҳлик амалиётидан сўнг, беморни умумий ҳолати, умумий қон таҳлиллари баҳоланиб, 3-5-кунлари шифохонадан амбулатор даволаниш учун жавоб берилди.

Меккел дивертикули

Марказда даволанишда бўлган болаларнинг 2 нафари 2 ёшда, ва 1 нафари 7 ёшдаги бемор бола бўлиб қорин оғриғи билан ётқизилди. Шошилинч кўрсатмаларга кўра, ультратовуш текширувидан сўнг беморларда диагностик видеолапароскопия ўтказилди, 2 нафар болада ёнбош ичакнинг мезентериал кисмида жойлашган флегмоноз ўзгарган Меккел дивертикули аниқланди. Меккел дивертикули илеоцекал бурчакдан 25 ва 30 см оралиқ масофада ёнбош ичакда аниқланди. Бу беморларда иккиламчи ўзгарган катарал аппендицит белгилари аниқланиб, дивертикулэктомия ва аппендэктомия амалиётлари бажарилди. Қолган беморларда

ўткир ичак тутилиши клиникаси билан ётқизилиб, диагностик видеолапароскопия ўтказилди, странгуляцион ичак тутилиши аломатлари аниқланиб ичак тутилиши бартараф этилди. Бунда Меккел дивертикули асоси понасимон усулда дивертикулэктомия амалиёти бажарилди. Жарроҳлик амалиётлари махалида асоратлар бўлмади

Хулоса

Бугунги кунда республикамызда фаолият кўрсатаётган клиникалар ва хорижий клиникалар томонидан тўпланган тажрибалар шуни кўрсатадики, ёш болаларда қорин бўшлиғи органларининг шошилинч ҳолатларида эндовидеолапароскопик жарроҳлик амалиётларини бажариш самарали усул бўлиб, операциядан кейинги даврларда энг оғир патологиялардан бири қорин парда битишмали касалликларини олдини олиш кам шикаст етказувчи самарали муолажалардан бири ҳисобланади. Кам шикаст етказувчи жарроҳлик амалиётларидан кейин ошқозон-ичак тракти тизими фаолияти эрта тикланади ва беморларнинг реабилитация вақти камаяди.

Видеолапароскопик жарроҳлик амалиётлари аралашувларидан кейин келиб чиқадиган асоратлар деярли кузатилмайди.

Адабиётлар

1. Четин М.В., Белов В.Г., Акопов А.Г., Бурцев С.В., Никонов О.А., Хлынова Т.Н. Роль ультразвуковой диагностики и видеолапароскопии у девочек с острым абдоминальным синдромом. Тольяттинский медицинский консилиум. 2013;1-2:58-61.
2. Коровин С.А. Эффективность лапароскопии у детей с острым аппендицитом и перитонитом. Соколов Ю.Ю., Коровин С.А., Недумов Ю.Ю., Дзядчик А.В., Трубицын А.С., Вилесов А.В. Ж. Детская больница. 2013;2:29-34.
3. Лохвицкий С.В., Цешковский М.В., Иванченко А.Н. Эндовидеолапароскопические операции при трудностях диагностики в экстренной абдоминальной хирургии. Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. 2012;7(1):278-9.
4. Дербенев В.В., Иудин А.А., Шевченко М.Ю. Видеолапароскопические хирургические вмешательства у детей. Эндоскопическая хирургия у детей: Мат. симп. Уфа; 2002: 38-40.
5. Запороженко А.Г., Бондарюк Л.Н., Журило И.П., и др. Современное состояние эндоскопической хирургии детей и перспективы ее развития. Украинский журнал хирургии. 2012;17:2.
6. Козлов Ю.А. Минимально инвазивная хирургия новорожденных и детей раннего грудного возраста: Автореф. дис. ...докт. мед. наук. Иркутск; 2014: 282.
7. Ярцев П.А., Ермолов А.С., Пахомова Г.В. Лапароскопия в диагностике и лечении острого аппендицита. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова 2010; 4:21-25.
8. Коровин С.А. Возможности лапароскопии у детей с осложненным дивертикулумом Меккеля/ Соколов Ю.Ю., Коровин С.А., Трубицын А.С., Вилесов А.В., Аллахвердиев И.А. Материалы Российского симпозиума детских хирургов «Эндоскопическая хирургия в педиатрии». (22-23 апреля 2012 г. Орел). .29.
9. Коровин С.А. Лапароскопические дезинвагинации при рецидивах кишечной инвагинации у детей. Соколов Ю.Ю., Коровин С.А., Дзядчик А.В., Трубицын А.С., Вилесов А.В.Ж. Эндоскопическая хирургия. 2013;1:76.
10. Амирбекова Р., Богданов Р. Эндовидеохирургия в неотложной абдоминальной хирургии у детей. В кн.: Эндоскопическая хирургия у детей: Материалы симпозиума. Уфа;2002:13-4.



11. Bax N.M. Ten years of maturation of endoscopic surgery in children. Is the wine good? J. Pediatr. Surg. 2004; 39(2): 146-51.
12. Abbas T.O., Hayati A, Ali M. Role of laparoscopy in non-trauma emergency pediatric surgery: a 5-year, single center experience a retrospective descriptive study with literature review. BMC Res Notes. 2012 Oct 5; 5: 550.
13. Adwan H., Weerasuriya C.K., Endleman P. et al. Laparoscopic versus open appendectomy in children: a UK district general hospital experience. J PediatrSurg 2014; 49(2): 277–9.

Бердиев Э.А., Салимов Ш.Т., Босимов М.Ш.

РОЛЬ ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НЕОТЛОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ БРЮША У ДЕТЕЙ ПРЕМИУМ

Ключевые слова: лапароскопия; неотложная абдоминальная патология; дети раннего возраста

В статье представлены результаты неотложного лечения заболеваний органов брюшной полости у 174 детей раннего возраста. Даны диагностические критерии и лечебная тактика различных острых хирургических заболеваний, встречающихся в брюшной полости. 97 пациентам было проведено хирургическое вмешательство. Большинство операций выполняются видеолaparоскопическим способом. Во время операции и послеоперационным периоде никаких осложнений не было.

Berdiev E.A., Salimov Sh.T., Bosimov M.Sh.

THE ROLE OF ENDOVIDEOLAPAROSCOPIC TECHNOLOGIES IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF EMERGENCY ABDOMINAL DISEASES IN PREMIUM CHILDREN

Key words: laparoscopy, emergency abdominal pathology, young children.

The article presents the results of emergency treatment of abdominal diseases in 174 young children. Diagnostic criteria and therapeutic tactics of various acute surgical diseases occurring in the abdominal cavity are given. Surgical intervention was performed on 97 patients. Most operations are performed by videolaparoscopic method. There were no complications during and after surgery.

Буриев М.Н., Каримов Ш.Ш., Норбеков Х.М.

ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и лечения пациентов с нестабильностью тазобедренных суставов при остаточной дисплазии.

Материалы и методы. В рамках исследования нами был проведен анализ медицинской документации 50 пациентов, прошедших лечение в травматологическом и ортопедическом отделении клиники ТашПМИ по поводу врожденного вывиха бедра и его остаточных явлений за период с 2019 по 2021 год. В исследование были включены пациенты с двусторонней и односторонней нестабильностью тазобедренных суставов (из них: 35 – двусторонний, 15 – односторонний на основе анализа только медицинской документации). Возраст пациентов от 2 до 14 лет, у двусторонних нестабильность ТБС была оперирована этапно.

Результаты. Проведение рентгенографических исследований до операции, далее интраоперационный рентген-контроль (ЭОП), контрольная рентгенограмма перед выпиской является обязательной для предупреждения осложнений.

Дисплазия тазобедренного сустава и врожденный вывих бедра – распространенная патология среди врожденных пороков развития опорно-двигательного аппарата. Под дисплазией тазобедренного сустава понимают нарушение развития всех элементов, образующих тазобедренный сустав: костно-хрящевой