

ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ПЕДИАТРИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ № 1/2021

ВРАЧ-ЭТО ОБРАЗ ЖИЗНИ

СТР.2



ОСНОВАН
1996
ГОДУ

ISSN 2091-5039





МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАНА
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Педиатрия

научно-практический журнал

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

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

Публикация рекламы на коммерческой основе.

За правильность рекламного текста ответственность несет рекламодатель.

Рекламодатели предупреждены редакцией об ответственности за рекламу незарегистрированных и не разрешенных к применению Министерством здравоохранения РУз лекарственных средств и предметов медицинского назначения.

Рукописи, фотографии и рисунки не рецензируются и не возвращаются авторам. Авторы несут ответственность за достоверность излагаемых фактов, точность цифровых данных, правильность названий препаратов, терминов, литературных источников, имен и фамилий.

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

Заведующая редакцией: В.Р. Абдурахманова
Технический редактор: М.И. Мансурова
Редакторы: Н.У.Мехмонова, Д. Усмонова, Н.И.Гузачева
Дизайн и верстка: А.Асраров
Формат 60x84 1/8, усл.печ.л. 21. Заказ № 1297
Тираж 90 шт
Подписано в печать 31.03.2021
Отпечатано в ООО "Credo Print",
г. Ташкент, ул. Богишамол 160.

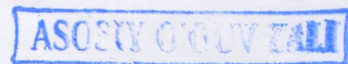
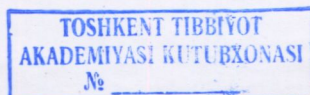
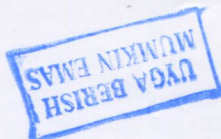
Главный редактор: Даминов Б.Т
Заместитель главного редактора: Гулямов С.С.
Ответственный секретарь: Муратходжаева А.В.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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





Норматова К. Ю., Шерова З. Н., Шаабидова К. Ш. Оценка эффективности антибиотиков при лечении внебольничной пневмонии у детей	63	Normatova K.U., Sherova Z.N., Shaabidova K.Sh. Efficacy evaluation of antibiotics at treatment out-hospital pneumonia at children
Ахмедова Д.И., Ибрагимов А.А., Ахмедова Н.Р. Частота встречаемости различных форм ювенильного идиопатического артрита у детей	67	Akhmedova D.I., Ibragimov A.A., Akhmedova N.R. The occurrence of different juvenile idiopathic arthritis forms in children
Абдуллаева Д.Т., Курбанова Д.Р., Ахмедова Г.Х., Юлдашева Г.Г. Особенности дисплазии соединительной ткани в формировании бронхолегочной патологии у детей	72	Abdullaeva D.T., Kurbanova D.R., Ahmedova G.H., Yuldasheva G.G. Features of connective tissue dysplasia in formation of bronchopulmonary pathology in children
Салихова С.М., Маджидова Я.Н., Босимов М.Ш., Каримова Н.А. Нарушения речи и слуха у детей с синдромом Дауна	77	Salikhova S.M., Madjidova Ya.N., Bosimov M.Sh., Karimova N.A. Speech and hearing disorders in children with down syndrome
Хомова Н.А., Ташпулатова Ф.К., Фаттахов Р.А. Изучение информированности о туберкулезе студентов – медиков Ташкентского педиатрического медицинского института	83	Khomova N.A. Tashpulatova F.K. Fattahov R.A. Study tuberculosis awareness among medical students at Tashkent Pediatric Medical Institute
Мухтеремова В.Н., Медведева Н.В., Шамшиева Н.Н., Курбанов А.Х. Сравнение иммунологических тестов в диагностике латентной туберкулезной инфекции у детей и подростков в городе Ташкент	89	Mukhteremova V.N., Medvedeva N.V., Shamshieva N.N., Kurbanov A.Kh. Comparison of immunological tests in diagnosis of latent tuberculosis infection in children and adolescents in Tashkent city
Хакимов М.А., Мухторов Д.З., Сабиров Ш.Ю., Дадаходжаева Л.С., Матқурбонов Х.И. Современная лабораторная диагностика туберкулеза почки	93	Khakimov M.A., Mukhtorov D.Z., Sobirov Sh. Yu., Dadakhodjaeva L.S., Matqurbonov Kh.I. Modern laboratory diagnosis of kidney tuberculosis
Таджиев Б.М., Ражабов И.Б., Касимова Р.И. Сурункали В- ва С- гепатитларининг коморбид касалликларига клиник хусусиятлари	99	Tadjiev B.M., Rajabov I.B., Kasimova R.I. Clinical characteristics of chronic viral Hepatitis B and C in comorbid pathologies
Нурмухамедов Х.К., Одомбаев Ш.Ш., Бабаниязов К.К. Комбинированный мониторинг центральной и вегетативной нервной системы при абдоминальных операциях у детей	103	Nurmukhamedov Kh.K., Odombaev Sh.Sh. Babaniyazov K.K. Combined monitoring of central and autonomic nervous systems during abdominal operations in children
Ниязова М.Т., Умарова М.Э. Роль компьютерных технологий в реабилитации детей с нарушением слуха	110	Niyazova M.T., Umarova M. E. The importance of computer technologies in rehabilitation of children with hearing disorders
Бабабекова Н.Б., Ходжаева С.М., Холдарова Н.А. Эффективность топической терапии atopического дерматита у детей разных возрастных групп	114	Bababekova N.B., Khodjaeva S.M., Kholdarova N.A. Efficiency of topic therapy for atopic dermatitis in children of different age groups
Исаходжаева Х.К., Даминова Ш.Б., Маликов С.Т. Особенности прорезывание временных зубов у детей с пренатальной гипотрофией	119	Isakhodzhaeva Kh.K., Daminova Sh.B., Malikov S.T. Features of cutting temporary teeth in children with prenatal hypotrophia
Махкамова Ф.Т., Мадатов Л.А., Боймуродов Ш.А. Опыт применения фермента wobэнзима при лечении посттравматических рубцовых деформаций челюстно-лицевой области	126	Makhkamova F.T., Madatov L.A., Boymurodov Sh.A. Experience of use wobenzyme ferment in treatment post-traumatic scar deformities of maxillofacial area
Абдурашидова М.Б., Пак И.В., Винокурова Е.А. Кариотипирование плаценты и хориона плода из группы риска на хромосомные аномалии	132	Abdurashidova M.B., Pak I.V., Vinokurova E.A. Cariotyping of placenta and fetal chorion from risk group on chromosomal anomalies



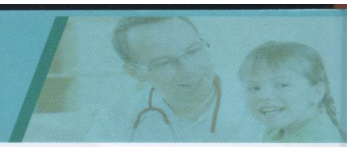
Кутлудмуратова З.Р., Ганиева Д.К. Состояние антиоксидантной защиты у детей с острой пневмонией	140	Kutlumuratova Z.R., Ganieva D.K. Status of antioxidant protection in children with acute pneumonia
Халматова Б.Т., Сатибалдиева Н.Р., Мирсалихова Н.Х. Прогностически значимые факторы риска развития бронхиальной астмы у детей с бронхообструктивным синдромом	140	Halmatova B.T., Catibaldieva N.R., Mirsalihova N.H. Prediction significant risk factors of bronchial asthma at children with bronchoobstructive syndrome
Золотова Н.Н. Перспективы применения гипербарической оксигенации при сочетанной травме у детей	148	Zolotova N.N. Perspectives of use hyperbaric oxygenation for combined injury in children
Рузиева Н.Х., Эргашова М.Ш., Абидова М.Д. Возможности профилактики преждевременных родов при гипергомоцистеинемией у беременных с ОАА и ОГА	151	Ruzieva N.Kh., Ergashova M.Sh., Abidova M.D. Possibilities of prophylaxis premature labor at hyper-homocysteinemia in pregnant women with OAA and OHA
Амонов А.Ш. Анализ этиопатогенетических факторов развития сенсоневральной тугоухости тяжелой степени и глухоты	155	Amonov A.Sh. Analysis of etiopathogenetic factors of severe sensorineural hearing loss and deafness
Хуррамов Ф.М., Саттаров Ж.Б., Назаров Н.Н., Тиллабоев С.В. Диагностика и лечения нарушений положения и фиксации толстой кишки	160	Khurramov F.M., Tillaboev S.V., Sattarov J.B., Nazarov N.N. Diagnosis and treatment disorders position and colon fixation
Саттаров Ж.Б., Отаназаров Ж.У., Хуррамов Ф.М., Назаров Н.Н., Бакиев К.Х. Тонкокишечные свищи при врожденных пороках развития и приобретенных заболеваниях органов брюшной полости у детей	165	Sattarov J.B., Otanazarov J.U., Khurramov F.M., Nazarov N.N., Bakiev K. Kh. Small intestinal fistulas at congenital malformations and acquired abdominal diseases in children
Исраилов Р.И., Эшбаев Э.А., Рузиев Ш.И. Роль печеночной патологии в структуре материнской смертности по результатам патологоанатомических исследований	170	Israilov R.I., Eshbaev E.A., Ruziev Sh.I. The role of hepatic pathology in structure of maternal mortality according to the results of pathologic and anatomical studies
Тахирова Р.Н., Пирназарова Г.З. Корректирующая терапия в лечение внебольничной пневмонии у детей старшего возраста	178	Takhirova R.N., Pirnazarova G.Z. Corrective therapy in treatment of non-hospital pneumonia in elder children
Усманханов О.А., Кариев Г.М., Ахмедиев Т.М. Контрастирование ликворной системы при гидроцефалии у детей	180	Usmankhanov O.A., Kariev G.M., Ahmediev T.M. Contrasting the liquor system in hydrocephalia in children
Эргашев Н.Ш., Отамурадов Ф.А., Дусалиев Ф.М. Свищевые формы редких региональных вариантов аноректальных мальформаций у детей	186	Ergashev N.Sh., Otamuradov F.A., Dusaliev F.M. Fistula forms of rare regional variants of anorectal malformations in children
Мекенбаева Р.Т., Мажидов У.А., Аманкул Ж., Мекенбаева Н.Б., Абдуллаева Д.Т. Комплексная оценка осложнений у оперированных пациентов с тетрадой Фалло на госпитальном этапе	192	Mekenbaeva R.T., Majidov U.A., Amankul J., Mekenbaeva N.B., Abdullaeva D.T. Complex evaluation of operative complications of patients with Fallo tetrad at hospital stage
Дўсमतoв А.Т., Қодиров Ш.А. Кортикостероидларнинг мейознинг редукцион ва эквацион бўлиниш босқичларига сперматоген эпителий хужайраларига таъсирини моделлаштирилган йўл билан аниқлаш	200	Dostmatov A.T., Kodirov Sh.A. Modeling of determination corticosteroid influence on cells of spermatogenic epithelium at reduction appearance



<i>Исмаилова Г.О.</i> Биологический скрининг синтетического модифицированного аналога кумарина	203	<i>Ismailova G.O.</i> Biological screening of synthetic modified kumarin analogue
<i>Турсунов Э.А.</i> Тиббиётда академик Комилжон Зуфаровнинг гисто-цитофизиологик синдромлари	206	<i>Tursunov E.A.</i> Komiljon Zufarov's histologic and cysto-physiologic syndromes in medicine
<i>Махкамова Ф.Т., Ишанова М.К., Ризаев Э.А., Абдуманнов Д.Р.</i> Оценить иммунологические особенности течения ОГС у детей до 3 лет	211	<i>Mahkamova F.T., Ishanova M.K., Rizaev E.A., Abduramanov D.R.</i> Evaluation immunological features OGC at children under 3 years old
В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ		HELP FOR PRACTITIONER
<i>Золотова Н.Н.</i> Восстановительное лечение больных при сочетанной черепно-мозговой травме с повреждением конечностей у детей	216	<i>Zolotova N.N.</i> Recovery treatment of patients with combined cerebral injury and limbs damage in children
<i>Джалилова Г.А., Расулова Н.Ф., Мухамедова Н.С.</i> Қандли диабет асоратларининг олдини олишда оилавий шифокор ишини такомиллаштириш	220	<i>Djalilova G.A., Rasulova N.F., Mukhamedova N.S.</i> Improving work of family doctor at preventing complications in diabetes mellitus
<i>Мавлянова Н.Т., Шерова З.Н., Норматова К.Ю., Шаабидова К.Ш.</i> Бактериал юкумли касалликларни даволашда антибактериал дори воситаларининг энг кўп учрайдиган ножўя таъсирлари	224	<i>Mavlyanova N.T., Sherova Z.C., Normatova K.U., Shaabidova K.Sh.</i> Most often occurring antibacterial drugs which have no effect at treatment infection diseases
ЗАМЕТКИ ИЗ ПРАКТИКИ		NOTES FROM PRACTICE
<i>Абдусаматов Б.З., Усманов Х.С., Абдурахманов А.А., Рустамова М.Ш.</i> Хилоторакс у новорожденного: случай из практики	228	<i>Abdusamatov B.Z., Usmanov H.S., Abdurahmanov A.A., Rustamova M.Sh.</i> Hylotorax in the newborn: a case from practice
<i>Сулейманова Л.И., Рахманкулова З.Ж., Гулямова М.А., Исмаилова М.А.</i> Клинический случай ламеллярного ихтиоза	231	<i>Suleymanova L.I., Rahmankulova Z.J., Gulyamova M.A., Ismailova M.A.</i> Clinicl case of lamella ichthiosis
<i>Пирназарова Г.З., Тахирова Р.Н.</i> Бирламчи цилиар дискинезия синдроми	236	<i>Pirnazarova G.Z., Takhirova R.N.</i> Primary ciliary dyskinesia (cartagener's syndrome)
<i>Абдукадилова М.К., Тухтаева У.Д., Рахманкулова Х.З., Ходжамова Н.К.</i> Клинический случай внутриутробного сепсиса	241	<i>Abdukadirova M.K., Tuhtaeva U.D., Rahmankulova H.Z., Hodjamova N.K.</i> Clinical case of intrauterine sepsis
<i>Маннанов А.М., Рихсиев У.Ш.</i> Герпетиформный дерматит Дюринга у новорожденного	244	<i>Mannanov A.M., Rihsiev U.Sh.</i> Herpetiform During's dermatitis at the newborn
ВОПРОСЫ ПРЕПОДАВАНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ		QUESTIONS OF TEACHING IN MEDICAL HIGHER EDUCATION INSTITUTIONS
<i>Каримова М.Ж., Ахмедова М.А.</i> Амир Темур ва Темурийлар давридаги маданият	248	<i>Karimova M.J., Ahmedova M.A.</i> Amir Temur and culture in Temurids' epoch
<i>Ташпулатова Ф.К., Коломиец В.М., Павленко Е.П.</i> Особенности преподавания дисциплины «Физиатрия» по специальности «Педиатрия» при пандемии covid-19	251	<i>Tashpulatova F.K., Kolomiets V.M., Pavlenko E.P.</i> Features of teaching Phthysiology in specialty Pediatrics at pandemic Covid-19
<i>Гузачёва Н.И.</i> Влияние новых педагогических и мультимедийных технологий на медицинскую образовательную систему Узбекистана	259	<i>Guzacheva N.I.</i> Impact of new pedagogical and multimedia technologies on medical educational system of Uzbekistan
<i>Султанова Д.Т.</i> Использование интерактивных способов или методов в процессе медицинского образования в Узбекистане	282	<i>Sultanova D.T.</i> Utilizing interactive ways or methods at medical leaning process in Uzbekistan



<i>Латыпова Д.Ш., Толипова Ш.Ш.</i> Проблемы в процессе изучения английского языка и способы их решения	264	<i>Latipova D.Sh., Tolipova Sh.Sh.</i> Problems in learning English and ways of their solving
<i>Буранова Д.Д., Давлетьярова Н.И.</i> Важность изучения английского языка при обучении конкурентноспособного штата служащих в высшем учебном заведении	266	<i>Buranova D.D., Davletyarova N.I.</i> The importance of English learning in training competitive staff in higher educational institution
ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ПЕДИАТРИИ		DRUG USE IN PEDIATRICS
<i>Шамсиев Ф.М., Таджиханова Д.П., Курбанова М.Р.</i> Эффективность и безопасность противокашлевого сиропа левоклоперастина у детей с бронхолегочной патологией	267	<i>Shamsiev F.M., Tadjikhanova D.P., Kurbanova M.R.</i> Effectiveness and safety of levocloperastin cough syrup in children with bronchopulmonary pathology
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА		EXPERIMENTAL MEDICINE
<i>Аскарьянц В.П., Бабаджанова Ф.А.</i> Изучение активности и топографии энтеральных ферментов у взрослых крыс	278	<i>Askaryants V.P., Babadzhanova F.A.</i> Study activity and topography of enteral enzymes in adult rats
<i>Ахраров Х.Х., Аскарьянц В.П., Назарова Л.А.</i> Изменения функционального состояния тонкой кишки крыс на фоне стресса	281	<i>Akhrarov Kh.Kh., Askaryants V.P., Nazarova L.A.</i> Changes of functional state in small intestine at rats on the background of stress
<i>Шералиев К.С.</i> Морфофункциональные перестройки в паренхиме печени после реканализации желчного протока	285	<i>Sheraliyev Q.S.</i> Morphological reconstruction in liver parenchyma after recanalization of bile duct
<i>Расулов Х.А., Хидирова Г.О.</i> Морфологические изменения ростковой зоны трубчатых костей у крыс при гипофункции околощитовидных желёз	290	<i>Rasulov H.A., Khidirova G.O.</i> Morphological changing grow zone in tubular bone on rats at hypofunction parathyroid glands
<i>Иброхимова Л.И.</i> Экспериментал кандли диабетни келтириб чиқарувчи кимёвий моделларнинг хусусиятлари	294	<i>Ibroximova L.I.</i> Chemical features and causes of modelling experimental diabetes melitus
ОБЗОРЫ		REVIEWS
<i>Рахманкулова З.Ж., Тухтаева У.Д., Камалов З.С.</i> Значение иммуногенетических механизмов в патогенезе септического процесса у детей	297	<i>Rahmankulova Z.J., Tuhtaeva U.D., Kamalov Z.C.</i> Significance of immunogenetic mechanisms in pathogenesis of sepsis process at children
<i>Мехманова С.У., Насырова Х.К., Халимова З.Ю.</i> Этио-патогенетические факторы нарушение репродуктивной системы у женщин перенёсших COVID-19	302	<i>Mehmanova S.U., Nasirova H.K., Halimova Z.U.</i> Etiopathogenetic factors of disorder reproductive system in women suffering from COVID-19
<i>Назирова З.Р., Туракулова Д.М., Муратова И.Х., Камалов З.С., Улжаев С.Б.</i> Совершенствование хирургии врожденной глаукомы	312	<i>Nazirova Z.R., Turakulova D.M., Muratova I.H., Kamalov Z.S., Uljaev S.B.</i> Improvement of surgery for congenital glaucoma
<i>Назарова Л.А., Акбарова М.С., Камалова З.М.</i> К вопросу о функциональном взаимодействии нервной регуляции и деятельности органов пищеварения	318	<i>Nazarova L.A., Akbarova M.S., Kamalova Z.M.</i> To the question on functional interrelation of nervous regulation and activity of digestive organs
<i>Маджидова Ё.Н., Ниязова М.Т., Умарова М.Э.</i> Современные методы слухоречевой реабилитации детей с нарушением слуха	323	<i>Madjidova Y.N., Niyazova M.T., Umarova M.E.</i> Modern methods of speech and hearing rehabilitation of children with hearing disorder



Рахманкулова З.Ж., Сулейманова Л.И., Набиева У.П. Генетический полиморфизм в развитии заболеваний бронхо-легочной системы	328	Rahmankulova Z.J., Suleymanova L.I., Nabieva U.P. Genetic polymorphism in development diseases of bronchopulmonary system
Назаров Н.Н., Хуррамов Ф.М., Саттаров Ж.Б. Эндоскопическая хирургия при лечении детей с различными заболеваниями толстого кишечника	333	Nazarov N.N., Khurramov F.M., Sattarov J.B., Tillaboev S.V. Endoscopic surgery in the treatment of children with various diseases of large intestine
Расулова Н.А., Эргашев А.Я. Совершенствование методов диагностики и лечения гиперплазии глоточных миндалин при TORCH инфекции у детей	338	Rasulova N.A., Ergashev A.Y. Improvement of diagnosis and treatment methods for hyperplasia for pharynx tonsils at TORCH infection in children
Исмаилова М.А., Бородина О.И., Адашвоева М. А. Влияние железодифицитной анемии беременных на состояние плода и новорожденных	343	Ismailova M.A., Borodina O.I., Adashvoeva M.A. Influence of iron deficiency anemia for pregnant women on state of fetus and the newborns
Якубова К.Н., Муратходжаева А.В. Нарушение сердечного ритма у детей без органической патологии сердечно – сосудистой системы	349	Yakubova K.N., Murathodjaeva A.V. Disorder of cardiac rhythm at children without organic pathology of cardiovascular system
Академик Комилжон Зуфаров тиббиётда мўжиза	361	Academician Komiljon Zufarov is miracle in medicine

Ergashev N.Sh., Otamuradov F.A., Dusaliyev F.M.

FISTULA FORMS OF RARE REGIONAL VARIANTS OF ANORECTAL MALFORMATIONS IN CHILDREN

Key words: anorectal malformations, rare regional variants, diagnosis.

The article presents literature data and own observations of 121 children with rare regional variants of anorectal malformations. The indicated forms accounted for 24,1% in the general structure of AWP with fluctuations from 0,83% to 24% among various nosological forms; prevailed among girls - 95 (78,5%), among boys - 26 (21,5%). Ectopia of the anus was observed

in 25,6% of cases; H-form rectogenital fistulas with a normally formed anus in 24%; atresia with rectovaginal fistula in 18,2%. Cases of rectal duplication, exstrophy of the cloaca, and urogenital fistula are presented. The nature and frequency of concomitant pathology in various nosological forms have been analyzed.

Мекенбаева Р.Т., Мажидов У.А., Аманкул Ж., Мекенбаева Н.Б., Абдуллаева Д.Т.
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ОСЛОЖНЕНИЙ У ОПЕРИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ТЕТРАДОЙ ФАЛЛО НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Национальный научный медицинский центр;
Медицинский университет Астана;
Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Изучение структуры послеоперационных осложнений, определение причин возникновения послеоперационных осложнений на госпитальном этапе у пациентов после радикальной и паллиативной коррекции Тетрады Фалло, определение диагностической и лечебной тактики в послеоперационном периоде.

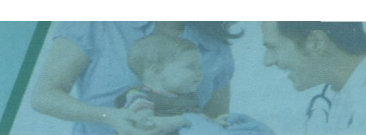
Материал и методы. Исследуемые пациенты с Тетрадой Фалло (126 детей в возрасте от 2 дней до 9 лет, из них мальчики - 64, девочки - 62) были распределены на 2 основные группы: после радикальной коррекции порока и после паллиативной коррекции порока. Комплексная оценка послеоперационных осложнений у пациентов с Тетрадой Фалло была проведена с использованием клинико-инструментальных, лабораторных методов исследования.

Результаты. Осложнения на госпитальном этапе возникли в 38 (45,2%) случаев из 84 (100%) пациентов после радикальной коррекции и в 17 (50%) случаях из 34 (100%) – после паллиативной коррекции Тетрады Фалло. Определена структура осложнений после радикальной и паллиативной коррекции порока, причины и факторы риска развития послеоперационных осложнений после хирургической коррекции Тетрады Фалло. Отмечены особенности клинического течения осложнений после радикальной и паллиативной коррекции Тетрады Фалло.

Актуальность проблемы осложнений после кардиохирургических операций при тетраде Фалло (ТФ) на сегодня остается острой. Необходимость системного подхода в оценке результатов хирургического лечения сложных врожденных пороков сердца (ВПС) вполне обоснована и логична. Здоровье и качество жизни пациентов после кардиохирургического вмешательства при ТФ, зависят от адекватности выполненной оперативной коррекции, от течения раннего послеоперационного периода и развития осложнений. Анализ результатов оперативного лечения и осложнений позволит решить задачи по своевременной диагностике, лечению и профилактике причин неудовлетворительного клинического состояния пациен-

тов на всех этапах послеоперационного ведения.

Тетрада Фалло - один из наиболее часто встречающихся ВПС [1,2]. В настоящее время накоплен значительный опыт радикальной и паллиативной коррекции ТФ во многих кардиохирургических клиниках мира [3,4,5,6,7,11]. Тем не менее, несмотря на совершенство хирургической техники по коррекции ТФ, анестезиологического пособия и интенсивной терапии, невозможно предотвратить развитие осложнений в послеоперационном периоде. Вероятность развития осложнений на послеоперационном этапе очень высокая, что повышает ответственность кардиолога, определяющего тактику ведения оперированного



пациента [8,9,10,11].

Одним из ожидаемых и закономерных осложнений является хроническая сердечная недостаточность (ХСН), которая изначально на дооперационном этапе имеет место. Однако, значение для диагностики и терапии ХСН имеют: резидуальный сброс на уровне межжелудочковой перегородки, наличие градиента систолического давления (PG) в выводящем отделе правого желудочка (ВОПЖ) и/или на клапане легочной артерии (КЛА), недостаточность трикуспидального клапана, миокардиальная дисфункция, нарушения ритма и проводимости [10,12,16]. Отягощающими клиническое течение осложнениями в послеоперационном периоде являются плеврит и/или перикардит, которые развиваются вследствие сердечной недостаточности и влияют на функции сердца и легких. Таким образом, замыкается порочный круг, приводящий к пролонгации времени пребывания прооперированных пациентов в клинике [13,14,15,18].

Гнойно-септические осложнения после коррекции ТФ являются актуальной проблемой выхаживания оперированных пациентов на госпитальном этапе. Причинами возникновения септических осложнений являются исходный иммунодефицит и острая воспалительная реакция на операционный стресс [13,17].

Учитывая вышеизложенное, представляется актуальным проведение анализа осложнений у пациентов после оперативной коррекции ТФ для определения возможных причин их возникновения с целью ранней диагностики, лечения и профилактики на госпитальном этапе. Детализация обследования пациентов позволит оптимизировать лечебную тактику с исключением рисков повторных операций.

Цель работы - изучение структуры послеоперационных осложнений, определение причин возникновения послеоперационных осложнений на госпитальном этапе у пациентов после радикальной и паллиативной коррекции ТФ, определение диагностической и лечебной тактики в послеоперационном периоде.

Материал и методы

Исследуемые пациенты с ТФ (126 детей в возрасте от 2 дней до 9 лет, из них мальчики - 64, девочки - 62) были распределены на 2 основные группы:

I Группа – 92 (73%) пациента с ТФ после радикальной коррекции порока (РКП). Пациенты данной группы были разделены на подгруппы в зависимости от возраста, от этапности хирургической коррекции (1 этап и 2 этап),

от метода хирургической коррекции (клапан-сохраняющий - КС и трансаннулярный - ТА подходы). В данных подгруппах также указаны умершие дети с учетом всех вышеперечисленных критериев.

II Группа -34 (27%) пациентов с ТФ после паллиативной коррекции порока (ПКП) в виде СЛА (системно-легочный анастомоз). Дети этой группы разделены на подгруппы в зависимости от возраста. В данных подгруппах также указаны умершие дети.

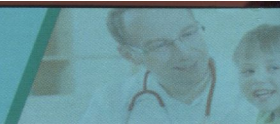
Осложнения на госпитальном этапе возникли в 38 (45,2%) случаях из 84 (100%) пациентов после радикальной коррекции и в 17 (50%) случаях из 34 (100%) – после паллиативной коррекции ТФ. Кроме того, сочетанные осложнения на госпитальном этапе были отмечены у 19 (22,6%) в группе после РКП, а сопутствующие заболевания, отягчающие исходное состояние - у 27 (32%) пациентов из 84 (100%). Сравнение клинико-инструментальных показателей проводилось между пациентами с послеоперационными (п\о) осложнениями и пациентами без п\о осложнений по группам.

Пациенты были оперированы в детской кардиохирургической клинике ННМЦ в условиях искусственного кровообращения (ИК) по общепринятой методике. Обследование пациентов проводилось с использованием клинико-лабораторных и инструментальных методов (ЭХОКГ, рентгенография, катетеризация полостей сердца, при необходимости КТ сердца и сосудов) до и после операции в динамике.

Первичная радикальная коррекция ТФ (1 этап) выполнена у 61 (72,6%) детей из 84, вторичная РКП ТФ после наложения СЛА (2 этап) выполнена у 23 (27,4%) детей из 84. Системно-легочные анастомозы выполнены в 34 (100%) случаях.

Клиническую оценку сердечной недостаточности у пациентов с ТФ проводили согласно функциональной классификации Нью-Йоркской Ассоциации сердца (NYHA).

ЭХО-КГ-исследование проводилось всем пациентам на 2 сутки, 4-5 день после операции, при необходимости в динамике до момента выписки, с целью оценки состояния внутрисердечных структур, систолической функции миокарда и внутрисердечной гемодинамики, на аппарате Philips Affiniti 70. Применяли датчики 12S, 6S, 4S. ЭХО-КГ-исследование производили в 2D, M-режимах, CW, PW (доплеровское исследование). Применялись стандартные и модифицированные парастернальный, верхушечный, субкостальный доступы. Полученное изображение регистрировали на



СД-диск с последующим покадровым анализом записи. Гемодинамически значимыми критериями являлись - остаточный градиент давления (РГ) на ВОПЖ и/или на КЛА более 30 мм рт.ст., недостаточность трикуспидального клапана (ТК) и КЛА более 1 степени, диаметр резидуального дефекта на уровне межжелудочковой перегородки (МЖП) более 5 мм.

Лабораторные методы исследования применяли для оценки показателей периферической крови, с определением лейкоформулы и воспалительных маркеров (кровь на пресепсин, прокальцитонин), иммунограммы. Данные микробиологических исследований (кровь на стерильность, посев раневого отделяемого на стерильность, с определением чувствительности к антибиотикам) проанализированы в группе пациентов с гнойно-септическими осложнениями.

Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы Biostat. Для сравнения процентов в различных группах использовался критерий Х² для анализа данных таблиц сопряженности признаков. Различия между показателями считались достоверными при значениях $p < 0,05$.

Лечение пациентов с ТФ проводилось согласно клиническим протоколам диагностики и лечения (КПДЛ) по оперативному лечению ТФ, по сепсису, по ДВС-синдрому, по послеоперационному выхаживанию пациентов, утвержденным Ученым Советом ННМЦ [19,20,21,22].

Результаты и обсуждение

В обеих группах пациентов с осложненным течением послеоперационного этапа статистической достоверности по возрастному признаку не обнаружено (табл.1, диаграмма 1). Как видно из таблицы, радикальная коррекция ТФ проводилась в 2 этапа, подавляющее большинство пациентов (72,6%) прошли 1 этап – наложение СЛА преимущественно в раннем возрасте, из них до 6 мес. – у 32,8% пациентов, до 3 лет – у 55,7% больных и старше 3 лет – у 11,5% детей. 2-й этап РК ТФ был проведен у детей старше 6 мес., преимущественно до 3 лет – у 78,3% пациентов и только у 21,7% детей – в возрасте старше 3х лет. Во 2-й группе детей с ТФ, которым была проведена ПКП, сроки операции также определялись по жизненным показаниям. ПКП проводилась, в основном, в возрасте до 6 мес. – у 60,3% детей, до 3 лет – 30% детей, до 9 лет – у 10% детей (диаграмма 2, 4).

Из таблицы 1 видно, что пациенты были разделены в зависимости от метода хирургической

коррекции (клапансохраняющий - КС и трансаннулярный - ТА подходы) (диаграмма 3). У подавляющего большинства пациентов (75%) в РКП был применен КС подход согласно клиническим протоколам, у части пациентов (25%) был использован ТА подход у детей старше 6 мес. преимущественно до 3 лет.

Частота осложнений на госпитальном этапе после радикальной коррекции ТФ составила 45,2% и была обусловлена недостаточностью кровообращения - 14,6%; нарушениями ритма и проводимости - 6,6%; гнойно-септическими осложнениями: пневмония - 8,4%, нагноение операционной раны – 1,2% и сепсис – 4,8%; синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром) – 4,8%; синдром полиорганной недостаточности (СПОН) – 3,6%; острая недостаточность мозгового кровообращения (ОНМК) – 1,2% (таблица 2, диаграмма 5).

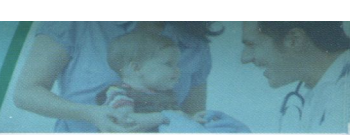
Частота осложнений на госпитальном этапе после паллиативной коррекции ТФ, составила 50% и была обусловлена недостаточностью кровообращения - 13,3%; гнойно-септическими осложнениями: пневмония - 10%, сепсис – 6,7%; синдром полиорганной недостаточности (СПОН) – 16,6%; тромбоз СЛА – 3,4% (таблица 2, диаграмма 6).

Сатурация кислорода в группе после ПКП была достоверно ниже, чем в группе после РКП (1 этап). Уровень гемоглобина достоверно выше у пациентов в группе после РКП (1 этап) с СН ФК III-IV ст., по сравнению с пациентами группы после ПКП ($p < 0,05$). У 32 (34,8%) пациентов 1-й группы с осложненным течением послеоперационного периода до операции наблюдалась сатурация кислорода менее 80%, у 60 пациентов – более 80%. Во 2-й группе – сатурация кислорода менее 80% наблюдалась у 14 (41,2%) пациентов.

Искусственное кровообращение (ИК) продолжалось достоверно дольше у пациентов 1-й группы, по сравнению со 2-й группой ($p < 0,05$). В наших исследованиях было подтверждено общепринятое мнение о том, что ИК более 120 минут является достоверным фактором риска для развития СН ФК III-IV ст. на госпитальном этапе [11].

Продолжительность реанимационного периода была достоверно выше у пациентов с осложненным течением послеоперационного периода (от 3 до 38 суток, в среднем $5,2 \pm 0,76$ суток), по сравнению с пациентами, не имевшими осложнения (от 1 до 2,8 суток, в среднем $1,9 \pm 0,16$ суток).

У всех пациентов с СН ФК III-IV ст. карди-



отоническая поддержка дофамином ($7,18 \pm 0,69$ мкг/кг/мин) проводилась более 2 суток, адреналином ($0,072 \pm 0,01$ мкг/кг/мин), у 50% пациентов 1 группы проводилась комбинированная кардиотоническая поддержка (дофамин+адреналин/добутамин+норадреналин/симдакс). У всех пациентов без осложнений кардиотоническая поддержка продолжалась менее 2 суток (средняя максимальная доза дофамина $7,22 \pm 0,5$ мкг/кг/мин; адреналина $0,05 \pm 0,016$ мкг/кг/мин).

Соотношение показателей давления в полости правого желудочка (ПЖ) и легочной артерии после радикальной коррекции ТФ при измерении на операционном столе было достоверно выше у пациентов с СН ФК III-IV ст. (среднее $0,55 \pm 0,03$) и гнойно-септическими осложнениями (в среднем $0,56 \pm 0,03$), ($p < 0,001$), по сравнению с группой детей без п/о осложнений (среднее $0,43 \pm 0,02$).

Гемодинамически значимые факторы риска, такие как резидуальный ДМЖП (более 5 мм) - в 35% случаев, недостаточность трикуспидального клапана (ТК) и легочного клапана (ЛК) с регургитацией более 1 степени - в 72% случаев, повышение остаточного РГ на ПЖ/ЛА более 30 мм рт.ст. - в 53,4% случаев наблюдались после РКП.

У пациентов с сердечной недостаточностью (СН ФК III-IV ст.) в обеих группах требовалась продленная искусственная вентиляция легких (ИВЛ) (более 2х суток), что в среднем составило $2,9 \pm 0,47$, ($p < 0,05$). Фактором риска развития гнойно-септических осложнений ($p < 0,05$) в раннем послеоперационном периоде явилась продленная ИВЛ (более 2 суток) на фоне тяжелой сердечной недостаточности, сопутствующей пневмонии и/или вторичного иммунодефицита.

При анализе ЭКГ-данных в группе детей после РКП наблюдались послеоперационные осложнения в виде нарушения ритма и проводимости: полная атриовентрикулярная блокада (АВ-блокада), которая потребовала имплантации электрокардиостимулятора (ЭКС) - в 0,6% случаев; переходящая АВ-блокада, которая была купирована после назначения противовоспалительных препаратов - в 3,4% случаев и применялся временный ЭКС. Суправентрикулярная тахикардия наблюдалась в 3,8% случаев, которая требовала коррекции антиаритмическими препаратами (кордарон).

Пневмония подтверждалась рентгенологически. На признаки острого септического процесса указывали воспалительные маркеры (С-реактивный белок, пресепсин, прокальци-

тонин). При анализе микробиологических данных были определены возбудители пневмонии и сепсиса: синегнойная палочка (24,4%), клебсиелла (12,2%), ацетонактер (10,8%), стафилококк золотистый (31,5%), стрептококк (41,1%), энтерококк (10,5%). В группе детей без послеоперационных осложнений ИВЛ проводилась менее 2 суток, в анализах крови данных за иммунодефицит не было.

Исходная тяжесть состояния пациентов с ТФ была обусловлена сердечной недостаточностью, степенью гипоксемии, наличием сопутствующей патологии. Тактика ведения пациентов определялась по жизненным показаниям в зависимости от возраста, тяжести состояния пациента, степени стеноза легочной артерии (градиент давления на ПЖ/ЛА), наличием факторов риска. При анализе возрастных категорий было отмечено, что ПКП проводилась, в основном, детям до 3 мес. по жизненным показаниям. В возрасте от 3 до 6 мес. пациенты были оперированы на первом этапе РКП. Около 35% пациентов 2 этапа РКП прооперированы в возрасте от 6 до 9 мес., 30% детей - до 3х лет.

Частота осложнений на госпитальном этапе после РКП ТФ составила 45,2% и была обусловлена недостаточностью кровообращения - 14,6%; нарушениями ритма и проводимости - 6,6%; гнойно-септическими осложнениями: пневмония - 8,4%, нагноение операционной раны - 1,2% и сепсис - 4,8%; синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром) - 4,8%; синдром полиорганной недостаточности (СПОН) - 3,6%; острая недостаточность мозгового кровообращения (ОНМК) - 1,2%.

Частота осложнений на госпитальном этапе после ПКП ТФ составила 50% и была обусловлена недостаточностью кровообращения - 13,3%; гнойно-септическими осложнениями: пневмония - 10%, сепсис - 6,7%; СПОН - 16,6%; тромбоз СЛА - 3,4%.

При сравнении структур осложнений в 2-х группах отмечены следующие тенденции: достоверно чаще ($p < 0,05$) наблюдались осложнения во 2-й группе (ПКП), однако, полиморфизм осложнений отмечен в 1-й группе (РКП). Сердечная недостаточность чаще наблюдалась в 1-й группе, однако, пневмония наблюдалась чаще во 2-й группе. Кроме того, развитие сепсиса чаще отмечено во 2-й группе, также у детей после ПКП достоверно чаще ($p < 0,005$) наблюдался СПОН. Необходимо отметить, что нарушения ритма и проводимости сердца наблюдались только в 1-й группе, а тромбоз



шунта – во 2-й группе.

При сравнении послеоперационных осложнений в группах в зависимости от метода хирургической коррекции (КС и ТА подходы) можно отметить недостоверно большую частоту послеоперационных осложнений при ТА методике. Сохранение анатомической целостности клапана легочной артерии при КС методике в прогностическом смысле более предпочтительно ввиду меньшей частоты послеоперационных осложнений [16].

К факторам риска развития послеоперационных осложнений можно отнести сатурацию кислорода менее 80%. Тяжесть состояния пациентов с ТФ напрямую была связана с уровнем гипоксемии. Более выраженная клиническая картина заболевания была у пациентов с сатурацией кислорода менее 80%, что согласуется с литературными данными [1,8 и 13]. Кроме того, тяжесть состояния пациентов после ПКП (СЛА) была более выраженной, что, возможно, связано с ранним возрастом (до 3 мес.), критическим состоянием (десатурация, остаточный высокий РГ на ПЖЛА, наличие сочетанной патологии, иммунодефицит и т.д.).

Нарушения гемодинамики вследствие резидуального ДМЖП (более 5 мм), недостаточности ТК и ЛК с регургитацией более 1 степени, повышение остаточного РГ на ПЖЛА выше 30 мм рт.ст. в наших исследованиях можно считать факторами риска развития осложнений после РКП. Тромбоз шунта – по-

осложнение, которое может наблюдаться после наложения СЛА (ПКП) и требует срочного хирургического вмешательства ввиду резкого ухудшения состояния пациента.

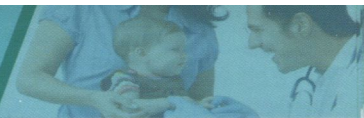
После РКП наблюдались послеоперационные осложнения в виде нарушений ритма и проводимости: полная АВ-блокада, которая потребовала имплантации электрокардиостимулятора (ЭКС) – в 0,6% случаев; преходящая АВ-блокада II степени Мобитц I и II, которая была купирована после назначения противовоспалительных препаратов – в 3,4% случаев, когда применялся временный ЭКС; суправентрикулярная тахикардия (в 3,8% случаев), которая требовала коррекции антиаритмическими препаратами (кордарон).

Как известно, продолжительность операции зависит от времени ИК и времени пережатия (cross) аорты. В наших исследованиях мы получили достоверные данные, что послеоперационные осложнения, в частности СПОН (ОПН, ОНМК и др.) и ДВС-синдром, наблюдались в случаях, когда время ИК было более 120 минут и время пережатия аорты - более 40 минут.

На развитие ДВС-синдрома после РКП также могла повлиять интраоперационная кровопотеря. В наших исследованиях риск развития ДВС-синдрома увеличивался при кровопотере более 10-15% от объема циркулирующей крови (ОЦК).

Распределение прооперированных пациентов с ТФ

Возраст пациентов	РКП 84 (91,3%) детей, из них 8 (8,69%) умерших				ПКП 30 (88,2%), из них 4 (11,8%) умерших
	1 этап 61 (72,6%) детей, из них 5 (62,5%) умерших (y)	2 этап 23 (27,4%) детей, из них 3 (37,5%) умерших	КС 63 (75%) детей, из них 4 (50%) умерших	ТА 21 (25%) детей, из них 4 (50%) умерших	
0 – 3 мес. (y)	4 (6,6%) 0	0 0	4 (6,4%) 0	0 0	11 (37%) 4 (100%)
3-6 мес. (y)	16 (26,2%) 3 (37,5%)	0 0	15 (23,8%) 1 (25%)	3 (14,3%) 4 (100%)	7 (23,3%) 0
6-9 мес. (y)	11 (18%) 1 (20%)	8 (34,9%) 2 (66,7%)	12 (19%) 0	5 (23,8%) 0	2 (6,7%) 0
9-12 мес. (y)	10 (16,4%) 0	3 (13%) 0	11 (17,5%) 1 (25%)	1 (4,8%) 0	0 0
1-3 года (y)	13 (21,3%) 1 (20%)	7 (30,4%) 1 (33,3%)	14 (22,2%) 2 (50%)	7 (33,3%) 0	7 (23,3%) 0
3-6 лет (y)	1 (1,6%) 0	1 (4,3%) 0	1 (1,6%) 0	1 (4,8%) 0	2 (6,7%) 0
6-9 лет (y)	4 (6,6%) 0	3 (13%) 0	3 (4,8%) 0	4 (19%) 0	1 (3,3%) 0
9-старше (y)	2 (3,3%) 0	1 (4,4%) 0	3 (4,7%) 0	0 0	0 0



Пролонгированную ИВЛ (более 2-х суток) также можно отнести к факторам риска развития ИВЛ-ассоциированной пневмонии и сепсиса, что было связано преимущественно с грамм-отрицательной инфекцией. В процессе лечения пациентов с гнойно-септическими осложнениями бактериальный пейзаж постоянно менялся, однако, основным инфекционным агентом являлась синегнойная и/или клебсиеллезная инфекция, что ожидаемо у данной категории больных, поскольку пациенты с рождения лечатся в стационарах, получая интенсивную терапию с использованием инвазивных процедур (ИВЛ, ингаляции, бронхолегочный дренаж, катетеризации вен и т.д.).

Пассивный дренаж полостей с использованием вакуум-системы был применен в выхаживании пациентов в послеоперационном периоде, особенно, это было актуально у пациентов с гнойно-септическими осложнениями. При длительных, вяло протекающих гнойно-септических осложнениях послеоперационной раны пассивный дренаж с наложением вакуум-системы показал отличный результат.

В лечении сердечной недостаточности применялись кардиотоники (симдакс, адреналин, норадреналин, дофамин, добутамин, милринон), сердечные гликозиды (дигоксин), ингибиторы АПФ (эналаприл, каптоприл), бета-блокаторы (анаприлин, метопролол), мочегонные препараты (фуросемид, верошпирон). В лечении послеоперационных осложнений в виде нарушений ритма были использованы антиаритмики (кордарон, лидокаин); в случаях развития преходящей АВ-блокады применялись противовоспалительные препараты (дексаметазон, ибупрофен), при полной АВ-блокаде была проведена имплантация ЭКС. При гнойно-септических осложнениях проводилась комплексная терапия. Лечение антибактериальными препаратами проводилось с учетом чувствительности инфекционных агентов, согласно антибиотикограммы. Кроме того, антибактериальная терапия включала комбинации 2-3х антибиотиков, в среднетерапевтических дозах с учетом токсичности препаратов. В тактике ведения пациентов с сепсисом также была использована иммуномодулирующая терапия гуморального (пентаглобин, октагам, иммуноглобулин человеческий) и клеточного звена (ронколейкин). Также была проведена синдромальная терапия, направленная на коррекцию СПОНа и ДВС-синдрома.

Выводы

1. Частота осложнений на госпитальном

этапе после РКП ТФ составила 45,2% и была обусловлена преимущественно недостаточностью кровообращения. Кроме того, наблюдались осложнения в виде нарушений ритма и проводимости, гнойно-септические осложнения, ДВС-синдром, СПОН, ОНМК.

2. Частота осложнений на госпитальном этапе после ПКП ТФ составила 50% и была обусловлена в меньшей мере недостаточностью кровообращения, но в большей - гнойно-септическими осложнениями, СПОНОм и тромбозом СЛА.

3. При сравнении структур осложнений в 2-х группах отмечено, что достоверно чаще ($p < 0,05$) наблюдались осложнения во 2-й группе (ПКП), однако, полиморфизм осложнений отмечен в 1-й группе (РКП). Сердечная недостаточность чаще наблюдалась в 1-й группе, однако, пневмония наблюдалась чаще во 2-й группе. Кроме того, развитие сепсиса чаще отмечено во 2-й группе, также у детей после ПКП достоверно чаще ($p < 0,005$) наблюдался СПОН. Необходимо отметить, что нарушения ритма и проводимости сердца наблюдались только в 1-й группе, а тромбоз шунта – во 2-й группе.

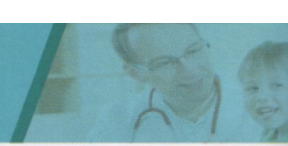
4. Причинами нарушения гемодинамики у пациентов после РКП ТФ являлись факторы риска в сочетании 2х и более, такие как резидуальный ДМЖП (более 5 мм), недостаточность ТК и ЛК с регургитацией более 1 степени, повышение остаточного PG на ПЖ/ЛА более 30 мм рт.ст.

5. После РКП наблюдались послеоперационные осложнения в виде нарушений ритма и проводимости: полная АВ-блокада, преходящая АВ-блокада II степени Мобитц I и II, суправентрикулярная тахикардия.

6. Факторами риска развития гнойно-септических осложнений являются: сатурация кислорода менее 80%, продолжительное искусственное кровообращение (более 120 минут) и время пережатия аорты (более 45 минут), пролонгированная ИВЛ (более 2х суток) и интра- и послеоперационная кровопотеря (более 10-15%ОЦК).

7. Предикторами гнойно-септических осложнений были: резкое повышение уровня С-реактивного белка, пресепсина, прокальцитонина и продолжительный лейкоцитоз с нейтрофиллезом.

8. Применение пассивного дренажа плевральных и/или перикардальной полостей, при необходимости с применением вакуум-системы, в сочетании с консервативной терапией дает положительный клинический



эффект лечения недостаточности кровообращения после РКП ТФ (в 92,8% случаев).

9. Массивная антибактериальная терапия с учетом чувствительности бактериальных агентов, иммуномодулирующая, дезинтоксикационная терапия и активная хирургическая тактика позволили достигнуть положительного клинического эффекта в лечении гнойно-септических осложнений.

В статье впервые представлены собственные данные комплексного анализа осложнений, возникших у пациентов с ТФ после радикальной и паллиативной коррекции порока в период с 2014 по 2018гг. Описаны частота и спектр осложнений, определены и проана-

лизированы факторы риска развития тяжелой стадии НК и гнойно-септических осложнений. Определена оптимальная тактика диагностики и лечения. Практическое применение результатов работы даст возможность специалистам кардиохирургических клиник, кардиологам поликлиник проводить адекватную профилактику послеоперационных осложнений, диагностику и лечение осложнений на госпитальном этапе и на этапе ранней реабилитации. Комплексная оценка осложнений у оперированных пациентов с ТФ на госпитальном этапе позволяет оценить эффективность оперативной коррекции.

Литература

1. Kirklin J.W., Barratt-Boyes B.G. Cardiac surgery: Morphology, diagnostic criteria, natural history, techniques, results, and indications. 4rd ed. N.Y.; 2013.
2. Mavroudis C. Pediatric cardiac surgery. Mosby; 2012.
3. Паллиативная коррекция у пациентов с тетрадой Фалло. Омельченко А. Ю., Соинов И. А., Горбатов Ю. Н., Кулябин Ю.Ю., Горбатов А. В., Ничай Н. Р., Войтов А. В., Богочев-Прокофьев А.В. Медицинский Альманах №3(48) сентябрь 2017г, стр. 28-32
4. Early and Late Results of Total Correction of Tetralogy of Fallot. Khosrow Hashemzadeh and Shahryar Hashemzadeh Acta Medica Iranica 2010; 48(2): 117-122.
5. Impact of timing on in-patient outcomes of complete repair of tetralogy of Fallot in infancy: an analysis of the United States National Inpatient 2005-2011 database. Yang S, Wen L, Tao S, Gu J, Han J, Yao J, Wang J. BMC Cardiovasc Disord. 2019 Feb 26;19(1):46.
6. Total Correction of Tetralogy of Fallot in the First 60 Days of Life in Symptomatic Infants: Is It The Gold Standard? Menaissy Y, Omar I, Mofreh B, Alassal M. Thorac Cardiovasc Surg. 2019 Feb 9.
7. When is the Best Time for Corrective Surgery in Patients with Tetralogy of Fallot between 0 and 12 Months of Age? Martins IF, Doles IC, Bravo-Valenzuela NJM, Santos AORD, Varella MSP. Braz J Cardiovasc Surg. 2018 Sep-Oct;33(5):505-510.
8. Диагностика и лечение осложнений, возникающих после радикальной коррекции тетрады Фалло на госпитальном этапе тема диссертации и автореферата по ВАК РФ 14.00.06, кандидат медицинских наук, Злочевская Елена Владимировна Москва 2004г.
9. Подзолков В.П., Алесян Б.Г., Кокшенев И.В., Чебан В.Н. Повторные операции после коррекции врожденных пороков сердца. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН; 2013.
10. Gatzoulis M.A., Balaji S., Webber S.A. et al. Risk factors for arrhythmia and sudden cardiac death late after repair of tetralogy of Fallot: a multicentre study. Lancet. 2000; 356: 975-81
11. Risk Factors for Thrombosis, Overshunting and Death in Infants after Modified Blalock-Taussig Shunt. Mehmet Küçük, Rahmi Özdemir, Mustafa Karacelik, Önder Doksöz, Cem Karadeniz, Yılmaz Yozgat, Timur Meşe, Nejat Sariosmanoğlu Acta Cardiol Sin. 2016 May; 32(3): 337-342.
12. Van Straten A., Vliegen H.W., Hazekamp M.G., de Roos A. Right ventricular function late after total repair of tetralogy of Fallot. Eur. Radiol. 2005; 15: 702-7.
13. Routine Detection of Atrial Fibrillation/Flutter Predicts a Worse Outcome in a Cohort of Tetralogy of Fallot Patients During 23 Years of Follow-Up. de Castilhos GM, Ley ALG, Daudt NS, Horowitz ESK, Leiria TLL. Pediatr Cardiol. 2019 Jun; 40(5):1009-1016. Epub 2019 May 6.
14. Bacha EA, Scheule AM, Zurakowski D et al (2001) Long-term results after early primary repair of tetralogy of Fallot. J. Thorac Cardiovasc Surg 122:154-161
15. Протокол диагностики и лечения РЦРЗ МЗ РК от 2015г.: «Тетрада фалло у детей»



16. Single-Stage Complete Repair versus Multistage Repair of Tetralogy of Fallot with Borderline Pulmonary Arteries. Dawoud MA, Abd Al Jawad MN, Hikal T, Samir K. *Heart Surg Forum*. 2018 Nov 13;21(6): E466-E471.
17. Tamesberger MI, Lechner E, Mair R et al (2008) Early primary repair of tetralogy of Fallot in neonates and infants less than four months of age. *Ann Thorac Surg* 86:1928–1936
18. Complications of modified Blalock-Taussig shunts mimicking pulmonary disease M. E. Coren, C. Green, R. Yates, A. Bush.
19. Клинический протокол лечения и диагностики «Диагностика лечения ДВС синдрома» Утвержден УС ННМЦ от 09.09.2015г.
20. Клинический протокол лечения и диагностики «Критерии определения нозокомиальных инфекций» Утвержден КС ННМЦ от 31.01.2012г.
21. Клинический протокол лечения и диагностики «Радикальная коррекция Тетрады Фалло» Утвержден КС ННМЦ от 31.01.2012г.
22. Клинический протокол лечения и диагностики «Кардиохирургический сепсис у детей» Утвержден УС ННМЦ от 09.09.2015г.

Мекенбаева Р.Т., Мажидов У.А., Аманкул Ж., Мекенбаева Н.Б., Абдуллаева Д.Т.
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ОСЛОЖНЕНИЙ У ОПЕРИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ТЕТРАДОЙ ФАЛЛО НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Ключевые слова: тетрада Фалло, радикальная и паллиативная коррекция, послеоперационные осложнения.

Целью исследования явилось изучение структуры послеоперационных осложнений, определение причин возникновения послеоперационных осложнений на госпитальном этапе у пациентов после радикальной и паллиативной коррекции Тетрады Фалло, определение диагностической и лечебной тактики в послеоперационном периоде. Исследуемые пациенты с Тетрадой Фалло (126 детей в возрасте от 2 дней до 9 лет, из них мальчики - 64, девочки - 62) были распределены на 2 основные группы: после радикальной коррекции порока и после паллиативной коррекции порока. Комплексная оценка послеоперационных осложнений у пациентов с Тетрадой Фалло была проведена с использованием клинико-инстру-

ментальных, лабораторных методов исследования.

Осложнения на госпитальном этапе возникли в 38 (45,2%) случаев из 84 (100%) пациентов после радикальной коррекции и в 17 (50%) случаях из 34 (100%) – после паллиативной коррекции Тетрады Фалло. Определена структура осложнений после радикальной и паллиативной коррекции порока. Определены причины и факторы риска развития послеоперационных осложнений после хирургической коррекции Тетрады Фалло. Отмечены особенности клинического течения осложнений после радикальной и паллиативной коррекции Тетрады Фалло

Mekenbaeva R.T., Mazhidov U.A., Amankul Zh., Mekenbaeva N.B., Abdullaeva D.T.
COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF COMPLICATIONS IN OPERATED PATIENTS WITH FALLO'S NOTEBOOK AT THE HOSPITAL STAGE

Key words: Tetralogy of Fallot, radical and palliative correction, post-operative complications

Research objective - studying of structure of postoperative complications, determination of the causes of postoperative complications at a hospital stage at patients after a definitive and palliative repair of TF, definition of diagnostic and medical tactics in the postoperative period. The studied patients with TF (126 children aged from 2 days till 9 flyings, from them boys - 64, girls - 62) were distributed on 2 main groups:

after the definitive repair of defect (DRD) and after the palliative correction of defect (PCD). The complex assessment of postoperative complications at patients with TF was carried out with use of kliniko-tool, laboratory methods of a research. Complications at a hospital stage arose in 38 (45.2%) cases from 84 (100%) patients after a definitive repair and in 17 (50%) cases from 34 (100%) – after palliative correction of TF. The



structure of complications after a definitive and palliative repair of defect is defined. The reasons and risk factors of development of postoperative

complications after surgical correction of TF are defined.

Дўстматов А.Т. Қодиров Ш.А.

КОРТИКОСТЕРОИДЛАРНИНГ МЕЙОЗНИНГ РЕДУКЦИОН ВА ЭКВАЦИОН БЎЛИНИШ БОСҚИЧЛАРИДА СПЕРМАТОГЕН ЭПИТЕЛИЙ ХУЖАЙРАЛАРИГА ТАЪСИРИНИ МОДЕЛЛАШТИРИЛГАН ЙЎЛ БИЛАН АНИҚЛАШ

Тошкент педиатрия тиббиёт иснтитути

Тадқиқот мақсади. Гидрокортизон гормонининг оқ каламушларга бир марта киритишдан сўнг умумий сперматогенез жараёнидан қайси даврдаги сперматоген хужайра қандай даражада таъсирланиши ўрганилди.

Материал ва усуллар. Тажриба 21 ҳафталик вояга етган каламушларда олиб борилиб, гидрокортизон гормони мушак орасига 100 гр.вазнга 25 мгр миқдорида юборилди. Тажриба иккита, яъни тажриба ва назорат гуруҳларида олиб борилди (Ҳар бир гуруҳга 6 тадан эркак каламуш олинди).

Натижалар. Гидрокортизон гормонининг таъсирига кўпроқ сезгир хужайралар яъни шакланган ва шаклланаётган сперматоген хужайралари бўлиб (етук сперматидлар ва сперматазоидлар) бу эгри-бугри канални адлюминал зонасидаги хужайраларга тўғри келади, ўзак ва ёш хужайраларда эса гормон таъсири кузатилмади. Ўзгаришларнинг юқори кўрсаткичи гидрокортизон гормонининг постмейотик хужайраларига таъсирида кузатилди.

Сперматозоидлар энг кичик хужайралар қаторига кириб, унда цитоплазма ва шу қатори органоидлар жуда оз миқдорда бўлади. Бу эса уларнинг ташқи омилларга сезгирлик даражасини орттиради, шунинг учун турли омилларнинг сперматогенез жараёнига таъсирини ўрганиш мақсадга мувофиқдир. Шу билан бирга эркаклик жинсий хужайраси тухум хужайра билан бирга наслни бошлаб берувчи хужайра ҳисобланиб, ундаги бўладиган ўзгаришлар болалар ўртасидаги турли майиб-мажруҳликларнинг келиб чиқишига сабабчи бўлиши мумкин.

Сперматогенез жараёни жуда мураккаб жараён ҳисобланади, чунки уруғдон эгри-бугри канали эпителийсида бир вақтнинг ўзида сперматогенез жараёнининг турли даврлари ва ўз-ўзидан турли дифференциациялашган сперматоген хужайралари тафовут этилади. Бу эса организмга киритилган моддаларнинг бир вақтнинг ўзида турли дифференциациядаги сперматоген хужайраларга таъсир этишини таъминлайди. Бу таъсирни босқичма-босқич ўрганиб чиқиш сперматоген хужайралар қандай даражада таъсирланишини кўрсатади. Буни аниқлаш тиббиёт амалиётида ва, хусусан, андрологияда жуда катта аҳамият касб этади.

Дастлабки мақолаларда гидрокортизон гормонининг сперматозоидлар ва етук сперматидларга таъсирини “доминант летал мутация” (ДЛМ) тети орқали кўрсатиб берилган эди.

Тадқиқот мақсади - гидрокортизон гормо-

нининг оқ каламушларга бир марта киритишдан сўнг умумий сперматогенез жараёнидан қайси даврдаги сперматоген хужайра қандай даражада таъсирланиши ўрганилди.

Материал ва усуллар

Тажриба 21 ҳафталик вояга етган каламушларда олиб борилиб, гидрокортизон гормони мушак орасига 100 г вазнга 25 мгр миқдорида юборилди. Тажриба иккита, яъни тажриба ва назорат гуруҳларида олиб борилди (ҳар бир гуруҳга 6 тадан эркак каламуш олинди).

Уларнинг биринчи гуруҳига бир маротаба препарат юборилди, иккинчи гуруҳи эса назорат гуруҳи бўлиб хизмат қилди. Шундан сўнг улар 8 ҳафта давомида –ҳафта ўтказиб 5 маротаба тоза урғочи оқ каламушлар билан қўшилди. Тажрибани босқичма-босқич олиб боришдан мақсад, ҳар бир босқич сперматогенез жараёнидаги маълум сперматоген хужайрасига таъсирини кўрсатишидадир, яъни:

I-босқич (бир ҳафтадан кейинги қўшилиш натижаси)-ўрганилаётган препаратни уруғдондаги етук ва шаклланаётган сперматозоидларга таъсири.

II-босқич (2 ҳафтадан кейинги қўшилиш натижаси)- ўрганилаётган препаратни уруғдондаги етук сперматидларга таъсири.

III-босқич (3 ҳафтадан кейинги қўшилиш натижаси) - ўрганилаётган препаратни уруғдондаги ўртача сперматидларга таъсири.

IV- босқич (4 ҳафтадан кейинги қўшилиш натижаси) - ўрганилаётган препаратни уруғ-