



Бакиева Ш.Х., Каримбердиев Б.И., Джураев Ж.А.

## ЮҚОРИ ЖАҒ БЎШЛИҒИНИНГ ҚЎШМА ЖАРОҲАТИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИНГ КЛИНИК-РЕНТГЕНОЛОГИК ВА ФУНКЦИОНАЛ ТЕКШИРУВ НАТИЖАЛАРИ

Тошкент тиббиёт академияси

Қўшма жароҳатда БЁБ шикастланиш элементларини билиш, уларни ўз вақтида ташхислаш ва даволаш замонавий тиббиётнинг устувор масалаларидан биридир. Ушбу муаммони қўшма жароҳатнинг кенг тарқалганлиги ва бу соҳага яқин жойлашган муҳим тузилмаларнинг мавжудлиги билан изоҳлаш мумкин. Статистикага кўра, ЛОР-аъзолари жароҳатлари ЮССҚЖнинг 10%ни ташкил қилади. В.Т.Палчуннинг сўзларига кўра., БЁБ деворларининг синишлари 10,5% ҳолларда учрайди. Юқори жағ бўшлиқларнинг шикастланиши 29-58,7% ҳолларда ташхисланади, ЁОК жароҳати юз ўрта зонаси жароҳатларининг 40-80% ни ташкил қилади. БЁБҚЖ ташхисоти муаммосининг сабабларидан бири БЁБ клиник белгиларининг яширин бўлишидадир [3].

БЁБнинг ўз вақтида аниқланмаган жароҳати инфекция ўчоғи бўлиб хизмат қилиши мумкин. Бундай ҳолда, жароҳатдан кейинги синуситнинг ривожланиш хавфи 10%дан 41% гача. ЮССҚЖ бўлган беморларда жароҳатдан кейинги синуситнинг ривожланиши стационардаги даволаш муддатини узайтиради. Чунки ЮССҚЖ бир вақтнинг ўзида турли мутахассислар текширувини талаб қилади. Масаланинг асосий муаммоси - даволаш тактикасига, ташхислаш алгоритмига ва босқичма-босқич ёрдам кўрсатишга ягона ёндошувнинг йўқлигидир [10-15]. Бундай беморларда биринчи навбатда ҳаётий муҳим аъзоларнинг вазифалари тикланади, шунинг учун улар билан реаниматологлар шуғулланади ва кўп ҳолларда уларни даволашда юз-жағ жарроҳлари ва офталмологлар иштирок этадилар, БЁБни даволашга эса етарлича эътибор берилмайди, шунинг учун БЁБ ни ташхислаш ва даволаш иккинчи ўринга ва баъзан кечроқ муддатга қолиб кетади [4-9].

Турли муаллифларнинг адабий маълумотларига кўра, ЁОКда БЁБ деворларининг жароҳатлари 29-95% ҳолларда ташхисланади [1-3].

ЁОКда БЁБ жароҳатининг диагностик белгиси нурли усуллар билан аниқланади ва бунда, фақат деворларнинг синиши аниқланади, улар даволаш тактикасида ва даволаш алгоритмида акс этмайди. БЁБ жароҳати бўлган беморларда шиллик қаватнинг ҳолати баҳоланмайди [11,12,14].

Қўшма жароҳат олган беморларнинг умумий аҳволи оғир бўлади, шунинг учун бу беморлар энг яқиндаги даволаш-профилактика муассасаларига олиб борилади, уларга зарур тиббий ёрдам кўрсатилади. Беморлар умумий аҳволининг оғирлигини аниқлаш, жароҳатнинг оғирлик даражасини баҳолаш, жароҳатнинг ривожланиши ва касалликнинг ривожланиш патогенези замонавий адабиётларда яхши тасвирланган.

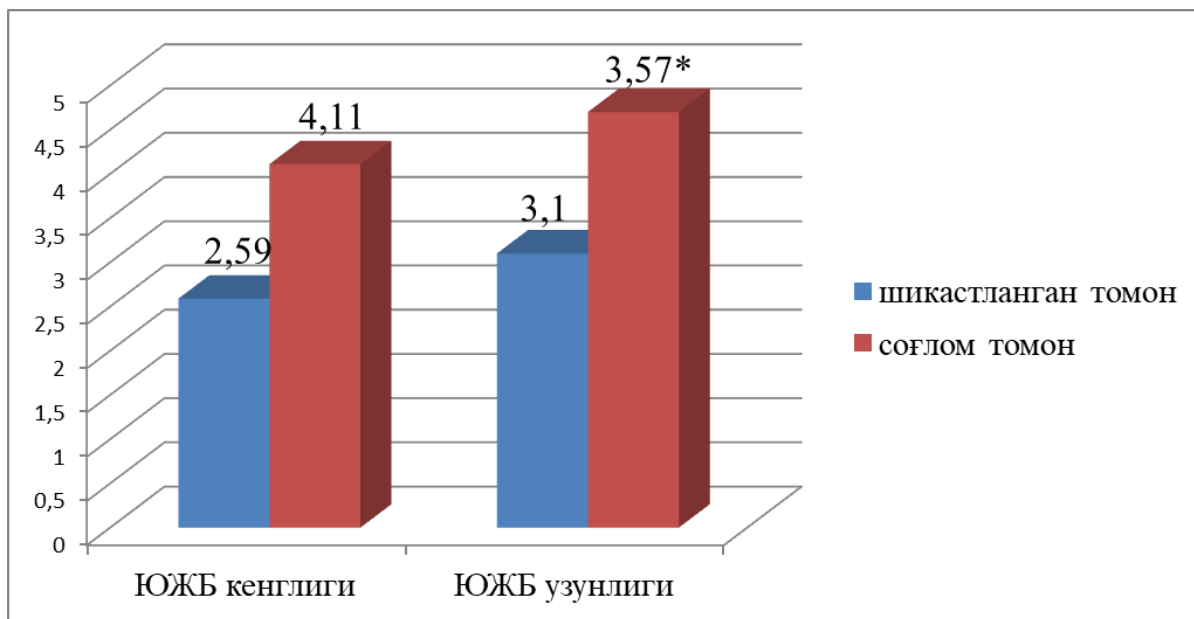
**Натижалар.** Ушбу гуруҳга ёнок-орбита комплекси ва юқори жағнинг қўшма жароҳати бўлган беморлар киритилди.

47 та бемордан 23%да (n=11) юзнинг юмшоқ тўқималари шикастланган, уларда кўпинча тери ости гематомаси ва шиш қайд этилди.

Барча 100% беморларда бош оғриғи, бош айланиши, кўнгил айнаши, юмшоқ тўқималар шиши, юз асимметрияси қайд этилди.

Беморлар юз соҳасидаги оғриққа (n=47; 100%), бош оғриғига (n=47; 100%), бош айланишига (n=47; 100%), кўнгил айнашига (n=15; 31%), бурундан қон кетишига (n=17; 36%) шикоят қилишди.

Беморларнинг аксариятида (n=36; 76%) юқори жағ бўшлиғи юқори деворининг синиши аниқланди. Ён деворнинг синиши 6 та ҳолатда (13%), медиал деворнинг синиши 5 та (10%) ҳолатда кузатилди. Битта деворнинг изоляцияланган синиши (n=36; 76%) беморларда қайд этилди, (n=11; 23%) ҳолларда синиш барча деворларда кузатилди (1-расм).

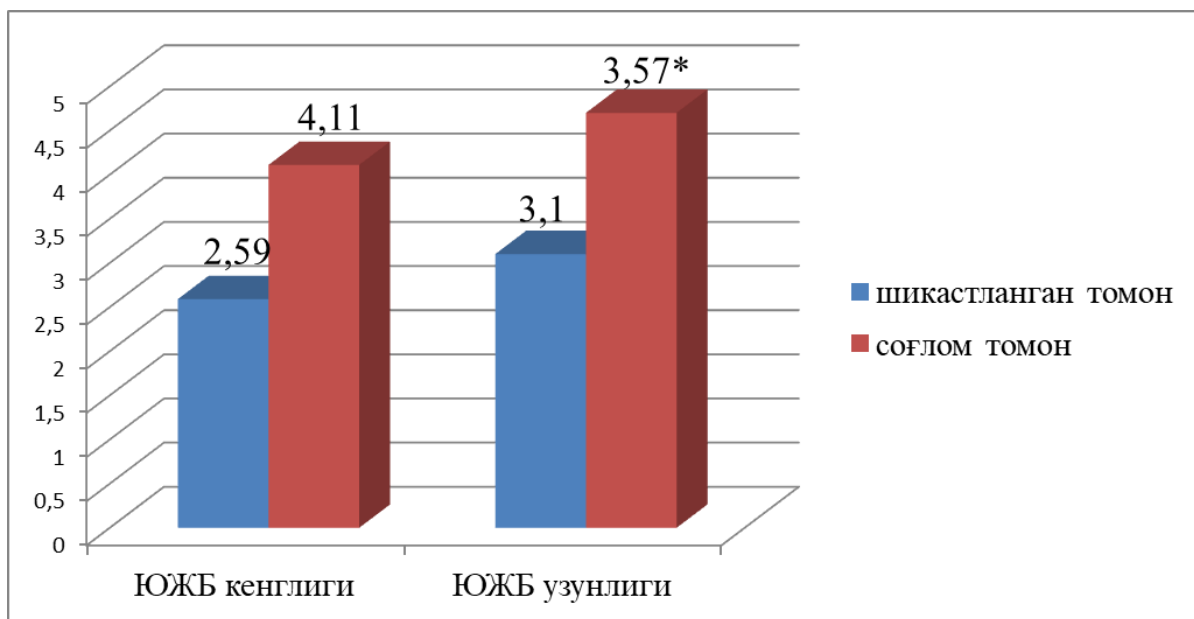


**1-расм. МСКТ натижалари бўйича юқори жағ бўшлиғи деворларининг шикастланиш частотаси (n=47; 100%)**

Диаграммадан кўришиб турибдики, шикастланган томонда юқори жағ бўшлиғининг кенлиги соғлом (4,11) томонга қараганда деярли 2 бараварга (2,59) қисқарди. Бундан ташқари, юқори жағ бўшлиғининг узунлиги (3,1) ҳам соғлом томонга (3,57 см) нисбатан

қисқарди (2-расм).

Биз кенлиги ва узунлигини ҳисобга олган ҳолда юқори жағ бўшлиғи деворларининг тузилиши ҳақидаги маълумотларни ўрганиб чиқдик, олинган маълумотлар диаграммада келтирилган (2-расм).



Изоҳ: \* - шикастланган ва соғлом томонлар ўртасидаги маълумотларнинг ишончлилиги  
**2-расм. Юқори жағ бўшлиғи шикастланган беморларда юқори жағ бўшлиғи деворлари тузилишининг антропометрик кўрсаткичлари, см да (n=47)**



Барча беморларда 100% (n=49) юқори жағ бўшлиғи деворлари шикастланиши қайд этилди, улардан 40%да (n=20) ғалвирсимон бўшлиқ деворлари ва 30% (n=15) беморларда бурун-ёноқ-орбита комплекси синиши аниқланди. Ушбу гуруҳдаги барча беморлар

учун биринчи ёрдам кўрсатиш қон кетишини тўхтатиш, жароҳатга бирламчи хирургик ишлов бериш, нафас олиш ва юрак-қон томир тизими функциясини тиклашни ўз ичига олди (1-жадвал).

1-жадвал

Юқори жағ бўшлиғи деворларининг қўшма жароҳати симптомлари n=47 (100%)

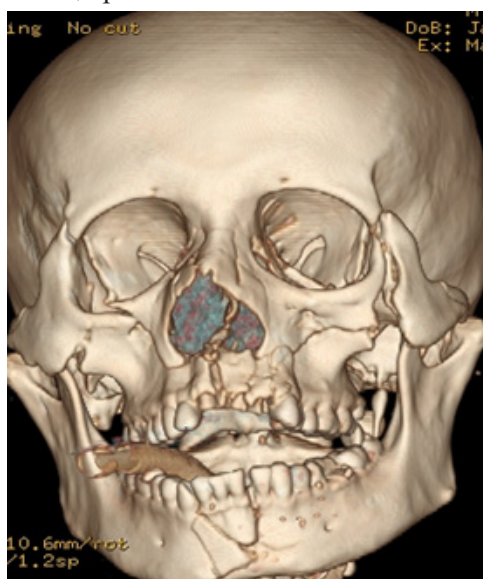
Симптомлар	Сони	
	абс	%
Пешона соҳасида оғрик	49	100
Бош оғриғи	49	100
Бош айланиши	49	100
Кўнгил айниши	20	40
Бурундан қон кетиши	49	100
Юз юмшоқ тўқималарининг шикастланиши	40	81,6
Юмшоқ тўқималарининг гематомаси ва шиши	40	81,6
Бурун-ёноқ соҳасининг деформацияси	49	100
Тери ости эмфиземаси	20	40
“Зинапоя” симптоми	15	30

Ташқи текширув вақтида юмшоқ тўқималарнинг шишиши туфайли юз ассиметрияси, 100% (n=47) беморларда деформация, 30% (n=15) беморларда ёноқ соҳасида нуқсон аниқланди. Палпация 100% беморларда (n=49) оғриқли, 40% (n=20) беморларда тери ости эмфиземаси, 30% (n=15) беморларда “зинапоя” симптоми, 30% (n=15) беморларда ёноқ соҳаси териси сезувчанлигининг пасайиши қайд этилди.

МСКТ текширувида барча беморларда 100% (n=47) бурун суякларининг синиши кузатилди, улардан 40%да (n=20) ғалвирсимон бўшлиқ деворлари ва 30% (n=15) беморларда бурун-ёноқ-орбита комплексининг синиши

аниқланди. Беморларнинг 40%да (n=20) МСКТ ғалвирсимон бўшлиқда қон борлигини аниқлади. Беморларнинг 100%да (n=47) бурун-ёноқ-орбита комплекси суяк бўлақларининг силжиши қайд этилди.

Бундан ташқари, пешона бўшлиғи шикастланган (n=11; 22%) беморларда бурун тўсиғининг қийшайиши (S-симон, тизма, ўсимта), (n=9; 18%) беморларда ўрта бурун чиғаноғининг пневматизацияси (concha bullosa), (n=38; 77%) беморларда бурун тўсиғининг S-симон эгрилиги, (n=9; 18%) беморларда ўрта бурун чиғаноғининг латерал силжиши, (n=11; 22%) беморларда илмоқсимон ўсикнинг гипертрофияси мавжудлигини аниқладик (3-расм).



3-расм. Юқори жағ бўшлиқлари деворларининг шикастланиши сагиттал кесма  
горизонтал кесма



Олфактометрия маълумотлари шуни кўрсатдики, беморларнинг 28,5% да ( $n=14$ ) энгил гипосмия, 43,5% да ( $n=21$ ) яққол намоеън бўлган гипосмия ва 23,5%да ( $n=11$ ) сезиларли гипосмия, 4,5% ( $n=2$ ) беморларда эса, аносмия қайд этилди (2-жадвал). Ушбу ҳид сезиш бузилишлари периферик ҳид рефлексининг шикастланиши билан боғлиқ бўлиб, уни олфакториянинг бузилиши деб баҳолаш мум-

кин, галвирсимон бўшлиқ деворлари шикастланмаган беморларда бурун бўшлиғи шиллик қаватининг шишиши сабабли бурун бўшлиғи шиллик қаватининг ҳид билиши бузилади. Галвирсимон бўшлиқ ва ёноқ-орбита комплексининг деворлари шикастланган беморларда миянинг шикастланиши ҳид сезишнинг ҳам периферик, ҳам марказий қисмларини бузади.

### 2-жадвал

**Юқори жағ бўшлиғининг қўшма жароҳати бўлган беморларда олфактометрия кўрсаткичлари  $n=47$  (100%)**

Ҳид сезиш бузилиши даражаси	Сони	
	абс	%
I – даража (0,5% сирка кислотаси ҳидини сезмайди)	14	28,5
II - даража(сирка кислотаси, этил спирти ҳидини сезмайди)	21	43,5
III – даража(фақат нашатир спирти ҳидини сезади)	10	23,5
IV – даража(ҳеч қандай ҳидни сезмайди)	2	4,5
<b>Жами</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

Беморларнинг ушбу гуруҳида бурун секретининг рН қийматини ўрганиш натижалари шуни кўрсатдики, юқори жағ бўшлиғи деворлари шикастланган  $n=20$  беморларда кислотали муҳитга оғиш  $5,11 \pm 0,003$  ( $P < 0,05$ ) ни ташкил этди, назорат гуруҳи  $n=20$  кўрсаткичи  $7,15 \pm 0,007$  га тенг бўлди ва юқори жағ

бўшлиғи деворлари шикастланмаган  $n=27$  беморларнинг параметрлари назорат гуруҳига қараганда пастроқ, яъни  $6,1 \pm 0,002$  ни ташкил этди, бу кўрсаткич юқори жағ бўшлиғи деворлари шикастланган беморлар кўрсаткичидан ҳам пастроқдир ( $P < 0,02$ ) (3-жадвал)

### 3-жадвал

**Юқори жағ бўшлиғи қўшма жароҳати бўлган беморларда бурун секретининг кўрсаткичлари (рН)  $n=47$  (100%)**

Кўрсаткичлар	Назорат гуруҳи, $n=20$	Юқори жағ бўшлиғи деворлари шикастланган, $n=20$	Юқори жағ бўшлиғи деворлари шикастланмаган, $n=27$
рН	$7,15 \pm 0,007$	$5,11 \pm 0,003^{**}$	$6,1 \pm 0,002^*$

Изоҳ: \* - назорат гуруҳи маълумотларига нисбатан фарқлар сезиларли ( $P < 0,02$ ), \*\* - назорат гуруҳи ва юқори жағ бўшлиғи деворлари шикастланмаган беморларнинг маълумотларига нисбатан фарқлар - ( $P < 0,05$ ).

Мукоцилиар клиренс натижалари шуни кўрсатдики, юқори жағ бўшлиқлари шикастланган  $n=20$  беморларда сахарин вақти назорат гуруҳидаги  $18,1 \pm 0,03$  ( $P < 0,02$ ) ва юқори жағ бўшлиқлари шикастланмаган беморларга қараганда узокроқ давом этди, яъни  $23,2 \pm 0,04$  га тенг бўлди, юқори жағ бўшлиқлари шикастланмаган  $n=29$  беморларда эса, ушбу вақт

назорат гуруҳига қараганда узокроқ, яъни  $22,3 \pm 0,04$  дақиқа давом этди ( $P < 0,05$ ) (4-жадвал).

Мукоцилиар клиренснинг ушбу бузилишлари юқори жағ бўшлиғининг шикастланиши ва бурун бўшлиғи шиллик қавати шиши билан боғлиқ бўлиб, у шиллик ҳаракатининг секинлашишига сабаб бўлди, юқори жағ бўшлиғи шикастланмаган беморларда эса, ушбу бузилиш сезиларсиз даражада бўлди.

**Юқори жағ бўшлиғи қўшма жароҳати бўлган беморларда бурун секретини кўрсаткичлари (сахарин вақти) n= 47 (100%)**

Кўрсаткичлар	Назорат гуруҳи, n=20	Юқори жағ бўшлиғи деворлари шикастланган, n=20	Юқори жағ бўшлиғи деворлари шикастланмаган, n=27
Сахарин вақти, дақиқа	18,1±0,03	23,2±0,04**	21,2±0,03*

Изоҳ: \* - назорат гуруҳи маълумотларига нисбатан фарқлар сезиларли (P<0,02), \*\* - назорат гуруҳи ва юқори жағ бўшлиғи деворлари шикастланмаган беморларнинг маълумотларига нисбатан фарқлар - (P< 0,05).

Ушбу гуруҳда бурун шиллик қаватининг сўриш функциясини ўрганиш натижалари шуни кўрсатдики, юқори жағ бўшлиғи деворлари шикастланган n=20 беморларда у 76±0,04

дақиқани ташкил этди, яъни мидриаз (кўз қорачиғининг торайиши) назорат гуруҳи қийматидан 9±0,02 дақиқа кечроқ содир бўлди (P<0,05), ғалвирсимон бўшлиқ деворлари шикастланмаган n=29 беморларда эса, ушбу кўрсаткич 74±0,05 дақиқага тенг бўлди, яъни мидриаз назорат гуруҳи қийматидан 7±0,04 дақиқага кечроқ содир бўлди (P<0,02) (5-жадвал).

**Юқори жағ бўшлиғи қўшма жароҳати бўлган беморларда бурун бўшлиғи шиллик қавати сўриш функцияси кўрсаткичлари n= 47 (100%)**

Кўрсаткичлар	Назорат гуруҳи, n=20	Юқори жағ бўшлиғи деворлари шикастланган, n=20	Юқори жағ бўшлиғи деворлари шикастланмаган, n=27
1%ли атропини сўриш вақти, дақиқа	67±0,03	76±0,04**	74±0,05*

Изоҳ: \* - назорат гуруҳи маълумотларига нисбатан фарқлар сезиларли (P<0,05), \*\* - назорат гуруҳи ва юқори жағ бўшлиғи деворлари шикастланмаган беморларнинг маълумотларига нисбатан фарқлар - (P<0,02).

Ғалвирсимон бўшлиқ деворлари шикастланган ва шикастланмаган n=49 беморларда буруннинг ажратиш функцияси натижалари шуни кўрсатдики, ғалвирсимон бўшлиқ де-

ворлари шикастланган n=20 беморларда буруннинг ажратиш функцияси - шарчанинг массаси 43,3±0,04 мг ни, яъни назорат гуруҳи массасидан 5,1±0,04 мг га оғирроқ бўлди (P<0,02) ва ғалвирсимон бўшлиқ деворлари шикастланмаган n=29 беморларда ушбу кўрсаткич 42,1±0,05 мг ни, яъни назорат гуруҳи массасидан 4,1±0,04 мг оғирроқ натижани ташкил этди (P<0,01) (6-жадвал).

**Юқори жағ бўшлиғи деворлари шикастланган ва шикастланмаган беморларда буруннинг ажратиш функцияси кўрсаткичлари n= 47 (100%)**

Кўрсаткичлар	Назорат гуруҳи, n=20	Юқори жағ бўшлиғи деворлари шикастланган, n=20	Юқори жағ бўшлиғи деворлари шикастланмаган, n=27
Пахтали шарчанинг массаси, мг	38,1±0,03	43,3±0,04**	42,1±0,05*

Изоҳ: \* - назорат гуруҳи маълумотларига нисбатан фарқлар сезиларли (P<0,01), \*\* - назорат гуруҳи ва юқори жағ бўшлиғи деворлари шикастланмаган беморларнинг маълумотларига нисбатан фарқлар - (P<0,02).

Риноцитограмма натижалари шуни кўрсатдики, даволаш динамикасида юқори жағ бўшлиғи ва бурун-ёноқ-орбита комплексининг шикастланиши бўлган беморларда назорат гу-

руҳига нисбатан нейтрофилларнинг кўпайиши кузатилди. Назорат гуруҳидаги нейтрофилларнинг мутлақ сони 53,9±5,7 га тенг, беморларда эса, бу кўрсаткич биринчи 1-3 кунда 53,8±5,8 га, 7-куни 53,7±5,3 га, 14-куни эса ортиб, 56,9±5,6 га тенг бўлди, даволаш охирида, яъни 21-куни 57,1±5,7 ни ташкил этди, назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан фарқ сезиларли даржада бўлди (P<0,01).



Юқори жағ бўшлиғишикастланган ва шикастланмаган беморларда бурун бўшлиғидан олинган суртмани цитологик текшириш (риноцитогарма)

Кўрсаткичлар		Назорат гуруҳи n=20	1-3 кун n=22	7 кун n=24	14 кун n=25	21 кун n=26
Нейтрофил-лар	% да	49,3±2,7	49,2±2,5	51,1±2,2*	52,3±2,8*	53,2±2,7**
	абс. с.	53,9±5,7	53,8±5,8	53,7±5,3*	56,9±5,6*	57,1±5,7**
Лимфоцитлар	% да	0,6± 0,09	0,6± 0,08	0,7± 0,09*	0,7± 0,09*	0,8± 0,07**
	абс. с.	0, 7±0,08	0, 7±0,08	0, 8±0,09*	0, 8±0,09*	0, 9±0,06**
Макрофаглар	% да	0,3±0,06	0,3±0,06	0,3±0,06	0,3±0,06	0,3±0,06
	абс. с.	0,39±0,1	0,38±0,1	0,41±0,1	0,40±0,2	0,42±0,2
Эозинофил-лар	% да	0, 09±0,05	0, 09±0,05	0, 09±0,05	0, 09±0,05	0, 09±0,05
	абс. с.	0,12±0,05	0,12±0,04	0,12±0,04	0,12±0,03	0,12±0,02
Цилиндри-мон эпителий	% да	27,87±3,21	27,87±3,21	27,87±3,21	27,87±3,21	27,87±3,21
	абс. с.	26,92±3,08	26,91±3,07	26,93±3,08	26,91±3,07	26,94±3,07
Ясси эпителий	% да	4,89±0,59	4,88±0,58	4,88±0,58	4,87±0,60	4,91±0,61
	абс. с.	4,12±0,9	4,12±0,9	4,12±0,9	4,12±0,9	4,12±0,9
Чешуйки	% да	18±4,1	19±4,3	19±4,5*	20±4,3**	21±4,2**
	абс. с.					
Микроорга-низмлар фагоцитози	% да	22,09±2,5	22,07±2,4	24,09±2,2*	25,07±2,1*	25,19±2,1**
	абс. с.					

Изоҳ: \* - назорат гуруҳи маълумотларига нисбатан фарқлар сезиларли ( $P < 0,02$ ), \*\* - назорат гуруҳи ва 1-3 кундаги маълумотларга нисбатан фарқлар ( $P < 0,01$ ).

Назорат гуруҳидаги макрофагларнинг абсолют сони  $0,39 \pm 0,1$  ни ташкил этди, беморларда эса, биринчи 1-3 кунда  $0,38 \pm 0,1$  га, 7-кунда  $0,41 \pm 0,1$  га, 14-кун эса кўпайиб,  $0,40 \pm 0,2$  га, даволаш охирида, яъни 21-кунда  $0,42 \pm 0,2$  га тенг бўлди, назорат гуруҳи кўрсаткичидан сезиларли фарққа эга бўлди ( $P < 0,01$ ).

Назорат гуруҳидаги микроорганизмларнинг фагоцитоз кўрсаткичи  $22,09 \pm 2,5$  ни ташкил этди, беморларда дастлабки 1-3-кунда бу кўрсаткич  $22,07 \pm 2,4$  га, 7-кун  $24,09 \pm 2,2$  га, 14-ва 21-кунлар ортиб,  $25,07 \pm 2,1$  га тенг бўлди, яъни назорат гуруҳи кўрсаткичидан сезиларли

даражада фарқ қилди.

Лимфоцитлар, эозинофиллар, цилиндрсимон, ясси эпителий ва чешуйки даражаси назорат гуруҳидан фарқ қилмади. Даволаш динамикасида 14- ва 21-кунларда бурун бўшлиғида яллиғланиш кучаяди, деган хулосага келиш мумкин (7-жадвал).

### Хулоса

Шундай қилиб, умумлаштириб, хулоса қилиш мумкин, ўтказилган тадқиқотлар натижаларига кўра, ЮЖБнинг шикастланиши, унинг функциясининг бузилишига олиб келадиган ЮЖБ ҳажмининг кичрайиши билан бирга кечилиши аниқланди. Кўпинча юқори девор шикастланади (76%). Шунинг учун комплекс даво талаб этилади.

### Адабиётлар

1. Hasanov US, Khaitov OR, Djuraev JA Peculiarities of the state of hearing and cerebral chemodynamics in patients with deviation of the nasal septum //Uzbekskiy meditsinskiy journal. 2021. - T. 2. - no. 2.
2. Djuraev JA i dr. Result analysis chastoty raspredelenie polymorphizma rs1800895 592c> av gene il10 sredi bolnyx s xprs. Universum : medicine and pharmacology. 2023;3 (97):11-16.
3. Hasanov US, Djuraev JA, Shaumarov AZ RESULT ANALYSIS CHASTOTY RASPREDELINIE POLYMORPHIZMA A1188C RS3212227 V GENE IL 12B SREDI Patsientov S XPRS, XRS I CONTROLNOY VYBORKE : dis. - 2023.
4. Hasanov US, Djuraev JA, Shaumarov AZ RESULT ANALYSIS FREQUENCY DISTRIBUTION POLYMORPHIZMA RS1800895 592C> AV GENE IL10 SREDI BOLNYX S XPRS : dis. - 2023.
5. Hasanov US i dr. Innovative approaches in the treatment of head and neck button anomalies. - 2022.
6. Rakhimov AA, Hasanov US, Djuraev JA Osobennosti microbiologicheskogo peyzaja slizis-



toy obolochki nosa posle simultannyx hururgicheskix Operativnyxvmeshatelstv V Nosovoy Polosti. Nauchnyeissledovaniya v vysheySkole : new idei , problems vnedreniya , poisk decision . 2022:142-144.

7. Djuraev JA, Khasanov Us Results Of Analysis Of The Frequency Analysis Of Il4 Gene C589t Rs2243250 Polymorphism Among Patients With Chronic Polyposis Rhinosinusitis . Journal Of Bio-medicine And Practice. - S. 77.

8. Djuraev JA Lipofilling method to eliminate deformities of the face and jaw area. - 2022.

9. Khodjanov Sh. X. i dr. Clinical and morphological characteristics of anthrochanal polyps. Uzbek medical journal. - 2020. - T. 6. – no. 1.

10. Khamdamovich K. Yo ., Djuraev JA, Yusupov Sh. Sh. Comparative analysis of the frequency of the RS1801394 66A>G polymorphism in the MTR gene in patients with post-COVID-19 complications in the maxillofacial region. - 2022.

11. Khamdamovich K. Yo ., Djuraev JA, Yusupov Sh. Sh. Comparative analysis of the frequency of the RS1801133 66A>G polymorphism in the MTHFR gene in patients with post-COVID-19 complications in the maxillofacial region. - 2022.

12. Hasanov US i dr. Primary and revision rhinoplasty . - 2022.

13. Khasanov US, Abdullaev UP, Djuraev JA Results of audiological examination in acute sensorial hearing loss of different genesis. Oriental Journal of Medicine and Pharmacology. 2022;2(1): 24-50.

14. Zulunov BS et al. The importance of genetic factors in the treatment of chronic polyposis rhinosinusitis. Eurasian Journal of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery. 2023;2:71-75.

15. Khasanov US et al. Resultati analysis frequency distribution polymorphism rs1800895 592c>av gene IL10 sredibolnyx s XPRS.Eurasian Journal of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery. 2023;2:104-108.

Нарбаев Т.Т., Байахмедов Ф.Ф.

## НОВЫЕ ВАРИАНТЫ ИХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ «РЕДКИХ» ФОРМАНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

**Цель исследования.** Выявление новых вариантов и улучшение результатов диагностики и хирургического лечения «редких» форм АРМ у детей путем выбора метода первично-радикальных вмешательств.

**Материалы и методы.** Проведен анализ диагностики и хирургического лечения «редких» вариантов АРМ у 74(100%)детей в возрасте от 3 месяцев до 14 лет, в клинике ТашПМИ за период с 2010 по 2023 гг. По показаниям всем детям выполнены: колостография, фистулоирригография, ирригография(скопия), пассаж по ЖКТ, дефекография, морфологическое исследование с окраской биоптатов, пальцевое ректальное исследование, аноректальная манометрия, УЗИ прямой кишки и сфинктерного аппарата. МРТ малого таза, скрининг-тесты.

**Результаты.** В наших наблюдениях «редкие» нозологические группы отмечены у 74 (100%) детей, а также нами удалось выявить виды мальформаций, которые практически не обозначены ни в одной из классификаций и не описаны в литературе.

Аноректальные мальформации (АРМ) – это врожденный порок развития, заключающийся в незавершенности формирования наружной клоаки и сфинктерного аппарата прямой кишки, ведущих к образованию «редких» форм пороков и аномалий развития прямой кишки и заднего прохода. Проблема хирургического лечения «редких» форм АРМ у детей, до сих пор не утратила своей актуальности и продолжает оставаться одной из не до конца решенных проблем колопроктологии детского возраста [1,2,3].

Анализ научно-медицинской литературы показал, что несмотря на длительную историю лечения АРМ у детей проблема лечени-

я детей с «редкими» формами аноректальных пороков развития остается одной из самых обсуждаемых тем среди детских хирургов. При изучении вопросов лечения «редких» форм аноректальных аномалий было предложено множество методов их коррекции, но до сих пор разноречивы мнения о раннем распознавании, оптимальных сроках оперативной коррекции и методах операций при различных формах АРМ [4,5].

Несмотря на определенные успехи в области лечения «редких» форм аноректальных мальформаций, до настоящего времени не существует методики, которая обеспечивала бы надежные анатомо-функциональные результа-