

послеоперационные сутки.

**Заключение.** Дивертикул Меккеля редко встречающееся врожденное состояние, сопровождающееся серьезными осложнениями, одно из которых странгуляционная кишечная непроходимость, требует экстренного хирургического вмешательства, так как может привести к обширной резекции тонкой кишки.

**Литература.**

1. Носков А.А., Лазарев С.М., Ефимов А.Л., Ершова Н.Б., Чепак Д.А. Редкое наблюдение гигантского дивертикула Меккеля // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2016.
2. Пименов И.А., Оганесян М.В., Меренкова И.В. Дивертикул Меккеля: анатомические особенности и варианты локализации; Международный студенческий научный вестник. 2017.
3. Белый И.С., Малинецкий Т.Г., Козадаев В.И. Диагностика и лечение дивертикула Меккеля. // Хирургия. - 1985.
4. Виткоеский С.Ф., Богданов П.Д. Острая тонкокишечная непроходимость, вызванная дивертикулумом Меккеля и червеобразным отростком. // Хирургия. - 1988.
5. Поддубный, И.В. Непроходимость кишечника на дивертикуле Меккеля / И.В. Поддубный // Непроходимость желудочно-кишечного тракта у детей: национальное руководство / Под ред. Ю.А. Козлова, В.В. Подкаменева, В.А.Новожилова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017.

УДК: 617-7-001-0531:662.11.4

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРАВМЫ ГЛАЗА РЕБЕНКА «НОВОГОДНЕЙ ХЛОПУШКОЙ»**

**Хамраева Л.С., Хамрова Ю.А.**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт**

Данный клинический пример показывает прогрессирующий характер течения комбинированной травмы глаза: контузии и термохимического ожога в результате взрыва «новогодней хлопушки», приведшей к развитию рубцовых, дистрофических процессов в тканях глазного яблока и век. Пациент после травмы перенес три этапа экстренного (по жизненным показаниям для глаза) оперативного лечения, в результате которых удалось сохранить структуры глазного яблока и зрительные функции. При этом реабилитационный период до настоящего времени еще не завершен. Указанные ранения, к сожалению, являются одной из причин слабовидения и слепоты у детей и требуют постоянного наблюдения и лечения.

**Ключевые слова.** Травмы глаза, ожоговая болезнь, термохимические ожоги глаза, амниопластика, симблефарон, язва роговицы, контузия.

**БОЛА КЎЗИНИНГ ШИКАСТЛАНИШИНинг КЛИНИК ҲОЛАТИ «ЯНГИ ЙИЛ ПАҚИЛДОҒИ»**

Ушбу клиник мисол кўзининг комбинирланган шикастланиши кечивунинг прогрессив хусусиятини кўрсатади: «янги йил пақилдоғи» портлаши натижасида контузия ва термохимёвий куйиш, бу кўз қовоқлари ва кўз қовоқлари тўқималарида чандик, дистрофик жараёнларнинг ривожланишига олиб келди. Жароҳатдан кейин бемор уч босқичли фавқулудда (кўзининг ҳаётий кўрсаткичлари бўйича) жарроҳлик муолажасини ўтказди, натижада кўз олмаси тузилмаларини ва кўриш функцияларини сақлаб қолиш мумкин эди. Шу билан бирга, реабилитация даври ҳали тугалланмаган. Афсуски, ушбу жароҳатлар болаларда кўриш ва кўрликнинг ёмон сабабларидан бири бўлиб, доимий назорат ва даволанишни талаб қилади.

**Калит сўзлар.** Кўзининг шикастланиши, куйиш касаллиги, кўзининг термохимёвий куйиши, амниопластика, симблефарон, корнеа яраси, контузия.

**CLINICAL CASE OF A CHILD'S EYE INJURY "NEW YEAR'S FIRECRACKER"**

This clinical example shows the progressive nature of the course of a combined eye injury: contusion and thermochemical burn as a result of the explosion of the "New Year's firecracker", which led to the development of cicatricial, degenerative processes in the tissues of the eyeball and eyelids. After the injury, the patient underwent three stages of emergency (according to vital indications for the eye) surgical treatment, as a result of which it was possible to preserve the structures of the eyeball and visual functions. At the same time, the rehabilitation period has not yet been completed. These injuries, unfortunately, are one of the causes of low vision and blindness in children and require constant monitoring and treatment.

**Key words.** Eye injuries, burn disease, thermochemical burns of the eye, amnioplasty, simblefaron, corneal ulcer, contusion.

**Актуальность.** Ожоги органа зрения в результате взрыва пиротехнических, горючих средств представляют собой более тяжелые по исходам поражения глаз, чем изолированные механические повреждения, так как действуют как взрывная волна, приводящая к контузии, так и термохимический фактор, вызывающий ожоги. Особую опасность представляют «новогодние хлопушки» по типу петард, в результате взрыва которых действуют вспышка пламени-термический и химический факторы, обусловленные реагентами (порох: древесный уголь, селитра, сахар, бор, сера и др.), приводящие к комбинированному термохимическому - термощелочному ожогу и контузии. Такие тяжелые поражения представляют собой ожоговую болезнь, которая определяет направленность лечебных мероприятий [1]. В работах Пашкова В.А. с соавт. (2021) представлены ранее не описанные особенности звеньев патогенеза щелочных ожогов глаз, в которых можно выделить следующее: наступает не распад (денатурация), а гиперагрегация вторичной и третичной генотипической структуры белка, с замещением солями всех свободных ковалентных и водородных связей, жизненно важных каналов. В результате этого в тканях нет выхода биогенных аминов и, что важно, кислотных медиаторов воспаления, а значит, процессы репарации, возможные только через воспаление, резко заторможены. При этом тормозятся

процессы распада, некроза, аутолиза, так как нет инактивации поврежденных тканей, что свидетельствует о нарушениях всех процессов биологической жизнедеятельности тканей. [2]. Течение ожоговой болезни у детей также имеет свои особенности: быстрый переход одной фазы заболевания в другую даже на фоне проводимой терапии. При этом лечение ранений глаз также как и ведение маленьких пациентов после офтальмологических операций представляет особую сложность в виду анатомо – топографических, морфологических (выраженная экссудативная реакция, усиленный процесс формирования симблефарона с ишемизацией глубоких тканей, помутнения роговицы), соматических (частые сопутствующие острые респираторные заболевания, усугубляющие травмы глаз, приводящие к послеоперационным увеитам, потере зрительных функций и т.д.), бытовых (несоблюдение режима лечебных рекомендаций) особенностей [3]. Поэтому лечение комбинированных травм глаза у детей на сегодняшний день всё ещё остается трудной задачей клинической офтальмологии и отличается своей длительностью, этапностью, комбинацией консервативных и хирургических (пластических) методов лечения с использованием аутоканей и амниотической мембраны при экстренных вмешательствах [4,5]. **Клинический случай №1.** Пациент Ж., 17лет, в новогоднюю ночь в подъезде своего дома получил травму левого глаза взорвавшейся в его руке «новогодней хлопушкой» по типу петарды (рис.1).



**Рис. 1.** «Новогодняя хлопушка» по типу петарды.

На следующий день утром 1 января пациент обратился в клинику Ташкентского педиатрического медицинского института и был госпитализирован в экстренном порядке с диагнозом «OS – Комбинированная травма. Контузия средней степени. Ожоговая болезнь, период первичного некроза. Термохимический ожог органа зрения III степени». Стадии ожоговой болезни и этапность лечения определяли по таблице Волкова В.В. (1972) с дополн. Сомова Е.Е. 2016. [1]. При обследовании: острота зрения правого глаза 1.0, левого – 0.03 не корректирует. Левый глаз: отек и гиперемия век, ресницы обуглены у верхне-внутреннего угла век; биомикроскопически - смешанная инъеция сосудов глазного яблока выраженной степени, на роговице язва площадью 9.0 x 10.0 мм с перифокальным отеком. В нижне-внутреннем сегменте подконъюнктивальное кровоизлияние. С глазного дна слабый розовый рефлекс. Эхографически в стекловидном теле без эхопатологии (рис.2).



**Рис.2. OS - Комбинированная травма. Контузия средней степени. Ожоговая болезнь, период первичного некроза. Термохимический ожог органа зрения III степени.**

Правый глаз без патологии. В ходе ревизии конъюнктивальной полости удалены остатки частиц пороха, с последующим обильным промыванием 0,5% раствором аскорбиновой кислоты; проведено антибактериальное, противовоспалительное, десенсибилизирующее лечение. Через 4 дня в верхне - внутреннем сегменте конъюнктивальной полости обнаружена

одиночная нежная спайка между конъюнктивой глазного яблока и верхнего века, которая была легко устранена при массаже сводов конъюнктивальной полости. Ребенок выписан через 12 суток. При выписке отмечена незначительная конъюнктивальная инъеция сосудов глазного яблока, помутнение роговицы с полной эпителизацией поверхности язвы, передняя камера средняя, влага прозрачная, зрачок в центре, черного цвета, хрусталик прозрачный. С глазного дна розовый рефлекс. ВГД Т п/п в норме. Острота зрения 0,1. Через месяц ребенок поступает вновь с диагнозом «OS - Ожоговая болезнь, период рубцевания. Симблефарон. Язва роговицы с угрозой перфорации. Заворот внутреннего угла верхнего века».

Учитывая наличие осложнений (язва роговицы с угрозой перфорации, заворот внутреннего угла верхнего века за счет симблефарона) была проведена операция в экстренном порядке: «Симблефаронэктомия, удаление некротической ткани конъюнктивы. Имплантация аутослизистой губы на поврежденную поверхность конъюнктивы верхнего века и внутреннего угла глазного яблока. Блефарорафия». При выписке OS - положение верхнего века правильное. Смешанная инъеция сосудов глазного яблока средней степени. На роговице язва очищена, эпителизация завершена, передняя камера средняя, влага прозрачная, зрачок в центре черного цвета, хрусталик прозрачный (рис.3).



**Рис.3. OS - положение верхнего века правильное. Смешанная инъеция сосудов глазного яблока средней степени. На роговице язва очищена, эпителизация на стадии завершения, лоскут аутослизистой губы адаптирован.**

С глазного дна просматривался розовый рефлекс. ВГД Т п/п в норме. Острота зрения 0,05. OD – без патологии. Эффект проведенной операции наблюдался в течении 6 месяцев. Через указанный срок пациент вновь поступает в нашу клинику с диагнозом: «OS - Ожоговая болезнь, стадия рубцевания и поздних дистрофий. Рецидив симблефарона в верхнее-внутреннем сегменте глазного яблока, симблефарон в нижне – внутреннем сегменте глаза. Ложный птеригиум. Частичный заворот верхнего века» (рис 4).



**Рис. 4. OS - Ожоговая болезнь, стадия рубцевания и поздних дистрофий. Рецидив симблефарона в верхнее-внутреннем сегменте глазного яблока, симблефарон в нижне – внутреннем сегменте глаза. Ложный птеригиум. Частичный заворот верхнего века.**

При этом ребенок предъявляет жалобы на светобоязнь, слезотечение, блефароспазм и ухудшение зрения. Отмечен рецидив симблефарона в верхнее-внутреннем сегменте и появление симблефарона в нижне-внутреннем сегменте глазного яблока. При обследовании: зрение на правом глазу 1.0, на левом - 0,03. Объективно определялось сужение глазной щели, отек и гиперемия век, частичный заворот верхнего века во внутреннем сегменте с обращенными к главному яблоку ресницами, которые не травмировали роговицу, смешанная инъеция сосудов глазного яблока. Внутренняя часть роговицы на 2/3 покрыта «ложным» птеригиумом с васкуляризацией, остальная часть - прозрачная. Хрусталик интактный, с глазного дна розовый рефлекс. Учитывая динамику клинической картины ожоговой болезни проведена операция в

экстренном порядке: «OS - Удаление ложного птеригиума. Скарификация некротизированной ткани роговицы. Симблефаронэктомия верхнего века и частично нижнего века. Амниопластика. Формирование верхнего и нижнего конъюнктивального свода с использованием пластмассового конформера. Блефарорафия.» (рис.5).



**Рис.5. Пластмассовый конформер.**

При выписке OS-спокоен, патологического отделяемого нет. Смешанная инъекция сосудов глазного яблока слабой выраженности, положение конформера правильное. Роговица помутнена, передняя камера средняя, влага прозрачная, зрачок в центре черного цвета, фотореакция сохранена. Хрусталик прозрачный. С глазного дна розовый рефлекс. ВГД Т п/п в норме. При выписке острота зрения 0,04 (рис. 6).



**Рис. 6. OS- относительно спокоен, патологического отделяемого нет. Смешанная инъекция сосудов глазного яблока слабой выраженности, положение конформера правильное. Роговица помутнена, передняя камера средняя, влага прозрачная, зрачок в центре черного цвета, фотореакция сохранена. Хрусталик прозрачный.**

Через 3 месяца заворот верхнего века усилился, появился трихиаз, что привело к травматизации роговицы. Было проведен следующий этап хирургического лечения также по экстренным показаниям: устранение заворота верхнего века, трихиаза с иссечением конъюнктивы (симблефарон) глазного яблока (рис.7).



**Рис.7. OS- Устранение заворота верхнего века, трихиаза с иссечением конъюнктивы (симблефарон) глазного яблока (на ране кожи века нерассасывающиеся швы).**

Пациенту было рекомендовано носить конформер. Швы с кожной раны были удалены через 21 день (рис.8).



Рис.8. OS- Положение верхнего века правильное. Швы с кожи века удалены.

Осмотр через 5 месяцев после последней хирургии и через 14 месяцев после травмы выявил следующее: OS - положение век правильное. Глаз спокоен, конъюнктивальные своды свободные, роговица без признаков воспаления. При этом острота зрения поднялась до 0.3. OD без патологии.

**Заключение.** Данный клинический пример показывает прогрессирующий характер течения комбинированной травмы глаза: контузии и термохимического ожога, приведшей к развитию рубцовых, дистрофических процессов в тканях глазного яблока и век. Пациент после травмы перенес три этапа экстренного (по жизненным показаниям для глаза) оперативного лечения, в результате которых удалось сохранить структуры глазного яблока и зрительные функции. При этом реабилитационный период до настоящего времени еще не завершен. Указанные ранения, к сожалению, являются одной из причин слабовидения и слепоты у детей и требуют постоянного наблюдения и лечения.

#### Литература.

1. Сомов Е.Е. Избранные разделы детской клинической офтальмологии. СПб.: Человек, 2016. С.270-273.
2. Пашков В.А., Чередниченко Н.Л., Гаджиев С.Д., Кореньяк Г.В. Особенности патогенеза химических ожогов глаз. XIV Российский общенациональный офтальмологический форум. Сборник научных трудов. 2022. Том 2. С.528-532.
3. Хамраева Л.С., Хамроева Ю.А., Алимджанова З.Р. Осложнения проникающих ранений органа зрения у детей. Российская детская офтальмология. 2014;2:34-37.
4. Новицкий И.Я. Место трансплантации амниотической оболочки в лечении заболеваний роговицы, сопровождающихся неоваскуляризацией. Вестник офтальмологии. 2003;6:9-11.
5. Скачков Д.П., Григоренко А.А., Штилерман А.Л. Морфологические изменения роговицы после интрастромальной имплантации амниона при эндотелиально-эпителиальной дистрофии роговицы в эксперименте. Якутский медицинский журнал. 2012;2:41-43

УДК: 616.33/.34 – 616-02-092–615.065

## ОШҚОЗОН ИЧАК ТИЗИМИНИНГ ЭРОЗИВ- ЯРАЛИ ЗАРАРЛАНИШИНИНГ ЭТИОЛОГИК ВА ПАТОГЕНЕТИК ХУСУСИЯТЛАРИ

(адабиётлар шархи)

Атабаева С.М., Хамрабаева Ф.И.

### Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази

Ностероид яллиғлашига қарши воситалар (НЯҚВ) – бир қатор касалликларни даволашда фойдаланиладиган воситалар бўлиб ҳисобланади, аммо улар ошқозон-ичак трактида (ОИТ) жиддий асоратлар келтириб чиқариши мумкин. Хавф омилларини ҳисобга олиб, хавфсиз НЯҚВ ларни танлаш ОИТ касалликларининг асоратлари даражасининг камайишига сабаб бўлади. НЯҚВ ва антиагрегантларни тавсия этаётган шифокор даволашда хавф ва фойданинг мутаносиблигини инобатга олиши керак. Ҳар қандай НЯҚВ ва антиагрегантлар ОИТнинг эрозив яраларининг кўпайиши, ошқозон яраси қонаши ва ошқозон перфорациясига олиб келиши мумкинлигини ёдда тутиш лозим. НЯҚВларни тавсия этишда ҳар бир беморга индивидуал ёндашиш муҳим аҳамият касб этади.

**Калит сўзлар:** ошқозон-ичак тракти, гастропатия, этиопатогенез, НЯҚВ.

### ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭРОЗИВНО - ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) – наиболее популярное средство для лечения целого ряда заболеваний, однако они могут вызывать серьезные осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Учет факторов риска, назначение более безопасных НПВП позволяет снизить частоту осложнений со стороны ЖКТ. При назначении НПВП и антиагрегантов врачу необходимо постоянно взвешивать риск и пользу лечения. Следует помнить, что любые НПВП и другие антиагреганты повышают риск эрозивно-язвенных поражений ЖКТ, а также вероятность возникновения язвенных кровотечений и перфораций. Здравый смысл и индивидуальный подход к пациенту остаются ключевыми при назначении лечения НПВП.

**Ключевые слова:** желудочно-кишечный тракт, гастропатия, этиопатогенез, НПВП.

### ETIOLOGICAL AND PATHOGENETIC FEATURES OF EROSIIVE ULCER LESIONS OF THE GASTROINTESTINAL TRACT

Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAID) are the most popular agents for treatment of a number of diseases; however, they may induce serious complications in the gastrointestinal tract. The risk factors being taken into account, prescription of the more safety NSAID allow reduction of the complication frequency in the gastrointestinal tract. During prescription of NSAID and antiaggregants the physician should make comparison between risk and profit of the therapy. It is necessary to remember that