

практике, позволяет проводить объективный и воспроизводимый мониторинг состояния плода, особенно при тяжелых осложнениях ге-

станции, как синдром ограничения роста плода, принимать решения о методе и времени родоразрешения у беременных с СОРП.

Литература.

1. Артымук Н.В., Тришкин А.Г., Бикметова Е.С., Перинатальные исходы и отдаленные последствия при задержке роста плода // Журнал акушерства и женских болезней. - 2012. - Т. 61, № 6. - С. 68-75.
2. Бикметова Е. С., Задержка роста плода. Частота. Факторы риска / Артымук Н.В., Тришкин А.Г., Бикметова Е.С. // Мать и дитя в Кузбассе. - 2012. - № 1(1). - С. 27-31.
3. Орлов В.И. [и др.], Кардиотокография и доплерометрия в современном акушерстве. - Ростов н/Д., 2007. - С. 288.
4. Кузин В.Ф., Современные технологии КТГ-мониторинга во время беременности и в родах // Медицинский алфавит. Больница. — 2009. — № 3. — С. 24–25
5. Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Тимохина Е.В., Белоцерковцева Л.Д., Синдром задержки роста плода: патогенез, диагностика, лечение, акушерская тактика. // М.: Издательская группа ГЭОТАР-Медиа. - 2013.
6. Alfrevic Z, Devane D, Gyte GM (2013). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Cochrane Database Syst Rev 31(5):CD006066.
7. Anceschi MM, Ruozzi-Berretta A, Piazzze JJ, Cosmi E., Computerized cardiotocography in the management of intrauterine growth restriction associated with Doppler velocimetry alterations. // Int J Gynaecol Obstet. – 2004.- Vol.86(3).- P.365–370.
8. Audette MC, Kingdom JC., Screening for fetal growth restriction and placental insufficiency // Semin Fetal Neonatal Med.- 2018.- Vol. 23.- P.119–125.
9. Ayres-de-Campos D, Spong CY, Chandraran E., FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel (2015) FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: cardiotocography // Int J Gynaecol Obstet. – 2015.- Vol.131(1).- P.13–24.
10. Berlitz S, Welzel G, Tuschy B, Nickol J, Hornemann A., Emergency caesarean section: risk factors for adverse neonatal outcome. // Arch Gynecol Obstet.-2013.- Vol. 287(5).- P.901–905.
11. Carducci B, Bhutta ZA., Care of the growth-restricted new-born // Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.- 2018.- Vol. 49.- P.103–116.
12. Chen CY, Yu C, Chang CC, Lin CW., Comparison of anovel computerized analysis program and visual interpretation of cardiotocography // PLoS One.-2014.- Vol. 9(12).- P.112-296.
13. Figueras F., Gardosi J., Intrauterine growth restriction: new concepts in antenatal surveillance, diagnosis, and management // Am. J. Obstet. Gynecol.- 2011.- Vol. 204 (4).- P.288–300.
14. Galazios G, Tripsianis G, Tsikouras P, Koutlaki N, Liberis V., Fetal distress evaluation using and analyzing the variables of antepartum computerized cardiotocography // Arch Gynecol Obstet.-2010.- Vol. 281(2).- P.229–233.
15. Hamed H.O., Intrapartum fetal asphyxia: study of umbilical cord blood lactate in relation to fetal heart rate patterns // Arch Gynecol Obstet .-2013.- Vol. 287(6).- P.1067–1073.
16. Lees CC, Marlow N, van Wassenaer-Leemhuis A, Arabin B., TRUFFLE study group (2015) 2 year neurodevelopmental and intermediate perinatal outcomes in infants with very preterm fetal growth restriction (TRUFFLE): a randomised trial. // Lancet.-2015.- Vol. 385(9983).- P.2162–2172.
17. Nardoza LM, Caetano AC, Zamarian AC., Fetal growth restriction // Current knowledge. Arch Gynecol Obstet.- 2017.- Vol.295.- P.1061–1077.
18. Pardey J, Moulden M, Redman CW., A computer system for the numerical analysis of nonstress tests // Am J Obstet Gynecol.-2002.- Vol.186(5).- P.1095–1103.
19. Reif P, Schott S, Boyon C, Richter J, Kavšek G, Timoh KN., Does knowledge of fetal outcome influence the interpretation of intrapartum cardiotocography and subsequent clinical management? // A multicentre European study.- 2016.- Vol.123(13).- P.2208–2217.
20. Wolf H, Arabin B, Lees CC, Oepkes D, Prefumo F, Thilaganathan B., A longitudinal study of computerised cardiotocography in early fetal growth restriction // Ultrasound Obstet Gynecol.- 2016.

УДК 617.7-089.5:616.831-009.11-053.2

ОФТАЛЬМОХИРУРГИЯДА БОЛАЛАР ЦЕРЕБРАЛ ФАЛАЖЛАРИДА СЕВОФЛУРАН БИЛАН УМУМИЙ АНЕСТЕЗИЯНИНГ АФЗАЛЛИКЛАРИ

Бекназаров А.Б., Ҳайдаров М.Б., Маматкулов И.Б., Ашурова Г.З.

ТошПТИ

БЦФ ва офтальмохирургик патологияси бўлган болаларда 34 анестезиологик қўлланманинг клиник таҳлили ўтказилди. Турли ёшдаги болаларда когнитив дисфункциялар частотаси, талваса реакциялар ва гипертония синдромининг намоён бўлиши қиёсий тарзда ўрганилди. Операциядан кейинги когнитив дисфункцияларнинг кўпроқ намоён бўлиши 6 ёшгача бўлган ёш гуруҳидаги болаларда қайд этилди. Севофлюранни БЦФ бўлган болаларда офтальмологик операциялар пайтида асосий анестетик сифатида

ишлатиш замонавий анестезиологияда оптимал схема ҳисобланади.

Калит сўзлар: анестезия, севофлюран, болалар церебрал фалажи, офтальмология.

ПРЕИМУЩЕСТВА ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ СЕВОФЛЮРАНОМ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ.

Проведен клинический анализ 34 анестезиологических пособий у детей с ДЦП и офтальмохирургической патологией. У детей различных возрастов исследовалась в сравнительном аспекте частота когнитивных дисфункций, проявление судорожных реакций и гипертензионного синдрома. Отмечено более частое проявление послеоперационных когнитивных дисфункций у детей в возрастной группе до 6 лет. Применение севофлюрана, как основного анестетика при проведении офтальмологических операций у детей с ДЦП, является оптимальной схемой в современной анестезиологии.

Ключевые слова: анестезия, севофлюран, детский церебральный паралич, офтальмология.

ADVANTAGES OF GENERAL ANESTHESIA WITH SEVOFLURANE IN CHILDREN WITH CHILDREN'S CEREBRAL PARALYSIS IN OPHTHALMOSURGERY.

A clinical analysis of 34 anesthetic aids in children with cerebral palsy and ophthalmic surgical pathology was carried out. In children of different ages, the frequency of cognitive dysfunctions, the manifestation of convulsive reactions and hypertensive syndrome were studied in a comparative aspect. A more frequent manifestation of postoperative cognitive dysfunctions was noted in children in the age group under 6 years old. The use of sevoflurane, as the main anesthetic in ophthalmic operations in children with cerebral palsy, is the optimal scheme in modern anesthesiology.

Key words: anesthesia, sevoflurane, cerebral palsy, ophthalmology.

Долзарблиги. Болалар церебрал фалажи (БЦФ) болаларда асаб тизими касалликларини тузилмасида етакчи ўринлардан бирини эгаллайди. Болалар церебрал фалажи (БЦФ) – бош мияни хомилдорлик ва туғруқ вақтида жарохатланиши ёки ривожланмай қолиши ҳисобига келиб чиқадиган жуда кўп касалликларнинг ўз ичига олувчи касалликлар гуруҳидир. БЦФнинг клиник кўринишлари ривожланаётган бош миянинг ўзгариши билан аниқланади [5].

БЦФнинг ривожига ҳомила ичи даврда, туғиш даврида ва эрта туғруқдан кейинги даврлардаги (гипоксия, инфекция, травма) салбий омиллари сабаб бўлади. БЦФ частотаси 1000 та янги туғилган чақалоққа 2-3 та ҳолат тўғри келади. Ғилайлик ва амблиопияда БЦФ бўлган болаларда кўриш анализаторининг энг кўп зарарланиши кузатилади. БЦФ бўлган болалардаги психологик мулоқотнинг қийинлиги, интеллектуал етишмовчиликнинг мавжудлиги уларни даволаниш коррекциясини қийинлаштиради. Бу эса тиббиёт ходимларини улар билан ишлашда қўшимча қийинчиликларни туғдиради [1].

Юқоридагиларга асосланиб, анестезиологлар анестезиологик амалиёт усулини ва анестезиянинг ҳар бир босқичида мумкин бўлган асоратларнинг олдини олиш йўллари танлашда анча мураккаб вазиятга дуч келадилар. Аввало, бу умумий анестезия учун дориларнинг когнитив функциялари ва ҳаёт тарзи бузилган марказий асаб тизимига салбий таъсири билан боғлиқ. Шу муносабат билан умумий анестезия оқибатида келиб чиқадиган асоратлар муаммоси анестезиология ва реаниматология

ривожланишининг ҳозирги босқичида жуда долзарб бўлиб қолмоқда [2].

Мақсад: офтальмохирургик амалиётда БЦФ бўлган болаларнинг турли ёш гуруҳларида севофлюран билан ингаляцион анестезиянинг клиник хусусиятларини ўрганиш.

Материаллар ва усуллар. Турли офтальмохирургик патологияли болаларда 245 анестезиологик амалиётнинг клиник таҳлили ўтказилди. Уларнинг 1.5 ойдан 17 ёшгача бўлган болалар ҳисобланишади. Барча операциялар 2015 ва 2020 йиллар ўртасида амалга оширилди.

Шулардан 34 та болада БЦФ бор бемор эди. Бу болаларнинг ҳаммаси биз томондан шартли равишда икки ёш гуруҳига бўлинди: 6 ойдан 6 ёшгача (18 бола) ва 7 ёшдан 17 ёшгача (16 бола). Иккала гуруҳда ҳам умумий ингаляцион анестезия севофлюран ва ларингеал нуқоб (ЛН) ўрнатиш билан амалга оширилди. Анестезия ва нафас олишнинг адекватлигини назорати клиник белгиларга кўра ҳам, доимий мониторинг маълумотлари асосида ҳам амалга оширилди. Иккинчиси ўз параметрлари рўйхатга пульсоксиметрия (плетизмограмма, SpO₂, юрак уриш тезлиги), қон босимини ноинвазив ўлчаш (САД, СрАД, ДАД), нафас сони, нафас олиш ритми, капнография киритилган. Когнитив дисфункциялар частотаси, талваса реакциялари ва гипертония синдромининг намоён бўлиши қиёсий тарзда ўрганилди.

Натижалар ва муҳокама. Атропин сульфат, диазепам ва фентанил каби дори воситаларидан иборат стандарт премедикациядан фойдаланилган. Шу туфайли бу тартибдаги премедикация ҳар доим ҳам болада етарли

даражада седация ҳолати бўлмагани учун биз кичик ёшдаги болаларда операцион хонада венепункцияни амалга ошириш имконини берувчи қуйидаги премедикацияни қўлладик. Бу юз ниқоби орқали икки дақиқадан кам вақт давомида севофлуран дастлабки ингаляцияни (ўз навбатида беморларнинг ёши ортиши билан минимал алвеоляр концентрацияси 6 дан 3% гача) 0,1% атропин сульфат эритмаси вена ичига 10 мкг / кг юборилишини ўз ичига олди. Индукцияда ЛН орқали юқори нафас йўллари рефлексларини пасайиши ва халқум мушаклари релаксациясига етарли даражада эришилди [3,7].

Барча ҳолатларда биз томонимиздан пропופол (диприван) ёрдамида ёки юз ниқоби орқали севофлуран билан индукцияда яхши натижага эришилди. Ушбу схемалардан фойдаланиш жарроҳлик амалиётининг барча босқичларида анестезиянинг зарур чуқурлик ва силлиқлик билан кечишига имконини берди. Лекин, биринчи гуруҳдагилар орасидан уйғониш босқичида операциядан кейинги когнитив дисфункция (ОКҚД) анча кўпроқ учради. Улар 30% ҳолларда агрессив хулқ-атворда, жой ва вақтдаги дезориентацияда, хулқ-атвор реакцияларининг бузилишида ифодаланган. Кичик ёш гуруҳ болаларида бундай реакцияларнинг давомийлиги 30 минутдан 2 соатгача давом этган. Иккинчи гуруҳда когнитив бузилишлар ҳам содир бўлган, лекин 1% га яқин ҳолатни ташкил этган. Вақт давомийлиги ва интенсивлиги камлигининг фарқи ўртача 1560 дақиқани кўрсатди. Адабиётларга кўра, кетамин, этомидат ва энфлюран препаратларини қўллаш ҳаракат реакциялари, талвасалар, гипертензив таъсирга, ларингоспазмга, қусишга, анестезиянинг барча босқичларида кўз ичи босимининг

нисбатан кўтарилишига, шунингдек, уйғониш даврининг узайишига олиб келиши мумкин [4,6].

Аксинча, севофлуранни БЦФ билан оғриган болаларда асосий анестезия сифатида ишлатиш тажрибамиз кўрсатганидек, барча салбий кўринишларни минимал даражада камайтириш имконини берди. Гипертензия синдроми ёки талваса реакцияларнинг намоён бўлиши гуруҳларнинг ҳеч бирида кузатилмади.

Хулосалар:

1. Севофлуран ёрдамида анестезиологик қўлланмани амалга ошириш БЦФга чалинган болаларнинг иккала ёш гуруҳида ҳам офтальмохирургик амалиётни амалга оширишда юқори даражадаги анестезия эришилганлик ва хавфсизлики кўрсатди.

2. Эрта операциядан кейинги даврда кичик ёш гуруҳида ОКҚДнинг клиник кўринишлари ривожланиб борганлиги кайд этилди.

3. Биринчи гуруҳдаги ОКҚД юқори частотаси ва намоён бўлиш даражаси бизнинг фикримизча, биринчидан, болаларнинг дастлаб ноқулай психо-эмоционал ва неврологик ҳолати билан, иккинчидан, бу гуруҳнинг рақамлардаги устунлиги билан боғлиқ бўлиши мумкин (биринчи гуруҳда, 6 ойдан 6 ёшгача 18 та болалар ва иккинчи гуруҳда 7-17 ёшдаги 16 болалар).

4. Шунга қарамай, бизнинг фикримизча, БЦФ бўлган болаларда офтальмохирургик операциялар пайтида замонавий анестезиология оптимал схемаси ва офтальмохирургия ва умуман болалар хирургиясида севофлуранни асосий анестетик сифатида фойдаланиш тавсия этилади. Бу бошқа анестетикларга хос бўлган барча салбий реакцияларни операция вақтида ва операциядан кейинги даврда камайтиришга имкон беради.

Адабиётлар:

1. Айзенберг В. Л., Диордиев А. В., Салмаси К. Ж. Реакции центральной гемодинамики на физическую нагрузку у больных с детским церебральным параличом как возможность выбора способа анестезии и прогнозирования ее течения. *Анестезиология и реаниматология*. 2009; 1: 14–17
2. Диордиев А.В., Айзенберг В.Л., Виноградов А.В., Вайнштейн Д.П., Шагури Р.В. Анестезия при хирургическом лечении у больных с церебральным параличом (обзор) // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. — 2012. — №7, Вып. 2. — С. 41-46.
3. Лекманов А.У., Суворов С.Г., Розанов Е.М., Александров А.Е., Хмызова С.А. Современные подходы к выбору метода анестезиологического пособия у детей. *Анестезиол. и реаниматол.* 2002; (1): 12–4.
4. Лихванцев В.В., Ситников А.В. Первый опыт применения севофлурана. *Анестезиол. и реаниматол.* 2005; (2): 23–5.
5. Лазарев В.В., Цыпин Л.Е. Синдром постнаркозного возбуждения при ингаляционной анестезии севофлураном у детей. *Анестезиол. и реаниматол.* 2010; (1): 62.
6. Марочков А.В., Шамшур А.Н., Липницкий А.Л. Опыт применения севофлурана и галотана при общей анестезии у детей. *Анестезиол. и реаниматол.* 2010; (1): 10.
7. Елькин И.О. Нарушения высших психических функций у детей, обусловленные общей анестезией и операционным стрессом. Пути их профилактики и коррекции: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Екатеринбург, 2010. — 34 с.
8. Уткин С.И., Игнатенко Д.Ю., Маршева Н.А., Халфин Р.Н., Сорокин Е.Л. Общая анестезия с применением

ларингеальной маски — метод выбора в офтальмохирургии // Доказательная медицина — основа современного здравоохранения: матер. конгресса. — Хабаровск, 2005. — С. 276-278.

9. Bax M., Goldstein M., Rosenbaum P., Leviton A., Paneth N., Dan B., Jacobsson B., Damiano D. Proposed Definition and Classification of Cerebral Palsy. *Journal of Developmental Medicine and Child Neurology* 2005, 47: 571–576.

10. Murphy D. J., Hope P. L., Johnson A. Neonatal risk factors for cerebral palsy in very preterm babies: case control study. *Br. Med. J.* 1997; 314: 404–408.

11. Menkes J.H. *Textbook of child neurology*. — Baltimore: Williams and Wilkins, 1995. — P. 325-373.

12. Wongprasartsuk P., Stevens J. Cerebral palsy and anaesthesia // *Paediatr. anaesth.* — 2002. — №12. — P. 296-303.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ЛОР КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Саломова Ф.И., Ярмухамедова Н.Ф., Бакиева Ш.Х.

ТТА

ЎзР Статистика департаментидан олинган материаллар асосида Республикамиз аҳолиси ўртасида ЛОР касалликлари (сурункали фарингит, ринофарингит, синусит ва ринит) тарқалганлик даражаси тўғрисидаги маълумотлар ретроспектив таҳлил натижалари 2010-2019 йиллар мобайнида ўрганилган патологияларнинг аниқланиши 1,1 баробарга ортганини кўрсатди. Патологияларнинг энг юқори улуши (1083,5) 15-17 ёш оралиғида қайд этилди ва 18 ёшдан катталарда 1,5 баробарга пасайгани (716,4) аниқланди. Бирламчи касалланиш бўйича энг юқори кўрсаткич 2016 йилда қайд этилган бўлиб, 2010 йилга нисбатан 1,7 мартага ошгани, 2019 йилга бориб эса 1,3 мартага камайганлиги аниқланди. Умумий касалланишнинг ўртача кўрсаткичи 1175,4±29,6 ни ташкил этди ва 2010 йилга нисбатан касалланиш кўрсаткичи 2019 йилда 0,9 маротабага камайгани аниқланди.

Калит сўзлар: ЛОР касалликлари эпидемиологияси, риносинусит, сурункали риносинусит, бирламчи касалланиш, умумий касалланиш.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЛОР ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Проведен ретроспективный анализ статистического материала о выявляемости ЛОР патологии (хронический фарингит, ринофарингит, синусит и ринит) за 2010-2019 гг., полученного в Департаменте статистики РУз. Результаты проведенного анализа свидетельствуют о том, что на протяжении 2010-2019 гг. отмечено увеличение выявляемости патологий ЛОР органов в 1,1 раза. Наибольшая доля патологий (1083,5) отмечена в возрастной группе 15-17 лет, в возрастной группе 18-лет и старше она уменьшилась в 1,5 раза (716,4). Наибольшее значение первичной заболеваемости было отмечено в 2016 году (по сравнению с 2010 годом в 1,7 раза выше), а к 2019 году отмечено снижение в 1,3 раза. Средние значения общей заболеваемости за исследуемый период составили 1175,4 ± 29,6. К 2019 году общая заболеваемость снижена в 0,9 раза.

Ключевые слова: эпидемиология заболеваний ЛОР органов, риносинусит, хронический риносинусит, первичная заболеваемость, общая заболеваемость.

EPIDEMIOLOGY OF ENT DISEASES IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN

A retrospective analysis of the statistical material on the detection of ENT pathologies (chronic pharyngitis, rhinopharyngitis, sinusitis and rhinitis) for 2010-2019, obtained from the Department of Statistics of the Republic of Uzbekistan, was carried out. The results of the analysis indicate that during 2010-2019. there was an increase in the detection rate of ENT organ pathologies by 1.1 times. The largest share of pathologies (1083.5) was noted in the age group 15-17 years old, in the age group 18 years old and older it decreased by 1.5 times (716.4). The highest value of primary morbidity was noted in 2016 (1.7 times higher than in 2010), and by 2019 - a decrease of 1.3 times. The average values of the total morbidity for the study period were 1175.4 ± 29.6. By 2019, the overall incidence has been reduced by 0.9 times.

Key words: epidemiology of ENT diseases, rhinosinusitis, chronic rhinosinusitis, primary morbidity, general morbidity.

Мавзунинг долзарблиги. Сурункали риносинусит (СРС) аҳоли ўртасида энг кўп тарқалган сурункали касалликларидан бири бўлишига қарамай, ушбу касалликнинг тарқалиши тўғрисидаги эпидемиологик маълумотлар СРСнинг умумий қабул қилинган таърифнинг йўқлиги ва ишлатилган диагностика мезонларнинг турличалиги ҳисобига (касалликнинг фақат клиник кўринишини намоён бўлганда қайд этилиши,

бурун ёндош бўшлиқлари рентгенографияси ва КТ натижаларини ҳисобга олиниши ёки зарланган бурун ёндош бўшлиқларининг диагностика пункциялари ҳулосаси асосида диагноз қўйилиши ҳисобига) бир-биридан фарқ қилади [8]. ЖССТ маълумотларига кўра, юқори нафас йўллариининг йирингли-яллиғланиш касалликлари ЛОР аъзолари патологияларининг 70-80% ни ташкил қилади [9]. А.С. Лопатин (2018)