

Пациентам с ППРС целесообразно включать в лечебный протокол применение цитостатиков, так как в результате этого наблюдается регрессирование неврологической симптоматики с относительным дальнейшим стабилизированным течением.

Литература.

1. Kurtzke J.F. Epidemiologic evidence for multiple sclerosis s n infection (англ.) // Clinicl Microbiology Reviews (англ.)русск. : journal. — 1993. — October (vol. 6, no. 4). — P. 382—427. — PMID 8269393. (англ.)
2. Е. И. Гусев, Т. Л. Демина. Рассеянный склероз. Кафедра неврологии и нейрохирургии (зав. — акад. РАМН, проф. Е. И. Гусев) РГМУ, Москва
3. Sirm S. et l. Chlmypneumonie infection of the centrl nervous system in multiple sclerosis (англ.) // nnls of neurology. — 1999. — Vol. 46, no. 1. — P. 6—14. Архивировано 7 ноября 2016 года.
4. Гусев Е.И., Демина Т.Л. Рассеянный склероз // ConsiliumMedicum : 2000. — № 2.
5. Blakemore WF, Smith KJ. Node-like axonal specializations along demyelinated central nerve fibres: ultrastructural observations. ActaNeuropathol. 1983;60(3-4):291–296.
6. Celesia GG, Daly RF. Visual electroencephalographic computer analysis (VECA). A new electrophysiologic test for the diagnosis of optic nerve lesions. Neurology. 1977 Jul;27(7):637–641.
7. Ghatak NR, Hirano A, Lijtmaer H, Zimmerman HM. Asymptomatic demyelinated plaque in the spinal cord. Arch Neurol. 1974 Jun;30(6):484–486.
8. Imaizumi T, Lankford KL, Waxman SG, Greer CA, Kocsis JD. Transplanted olfactory ensheathing cells remyelinate and enhance axonal conduction in the demyelinated dorsal columns of the rat spinal cord. J Neurosci. 1998 Aug 15;18(16):6176–6185.
9. Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). Neurology. 1983 Nov;33(11):1444–1452.
10. Jeffery ND, Blakemore WF. Locomotor deficits induced by experimental spinal cord demyelination are abolished by spontaneous remyelination. Brain. 1997 Jan;120(Pt 1):27–37.

УДК:616.8-009.614:615.835.56:616-001

БОЛАЛАР БОШ МИЯ ЖАРОҲАТЛАРИДА ИНГАЛЯЦИОН АНЕСТЕЗИЯНИ КЛИНИК САМАРАДОРЛИГИ

Маматкулов И.Б., Ҳайдаров М.Б., Сатвалдиева Э.А., Бекназаров А.Б

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Болаликдаги шикастланишлар таркибида етакчи аҳамиятга эга ва энг кўп учрайдиган субдурал ва мия ичи гематомалари мураккаб шикастланишга олиб келади. Тадқиқотда 5 ёшдан 7 ёшгача бўлган болаларда шошилиш равишда травматик жароҳатлар клиникаси билан қабул қилинган тиббий ҳариталар ретроспектив баҳоланди. Тадқиқот натижасида нафас олиш ва гемодинамиканинг асосий бузилишлари, операция давомида ингаляцион анестезиянинг самарадорлигини акс эттирадиган минимал алвеоляр концентрациясининг кўрсаткичлари келтирилган.

Калит сўзлар: болаларда краниокеребрал шикастланишлар, нафас олиш анестезияси, ўпканинг дақиқали шамоллатилиши, минимал алвеоляр концентрация.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНГАЛЯЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ДЕТСКИХ ТРАВМАХ МОЗГА

Ведущую роль в структуре играют детские травмы, а наиболее частые субдуральные и внутричерепные гематомы приводят к сложным травмам. В исследовании ретроспективно оценивались медицинские карты, полученные в отделении неотложной травматологии, у детей в возрасте от 5 до 7 лет. В исследовании представлены основные нарушения дыхания и гемодинамики, показатели минимальной альвеолярной концентрации, что отражает эффективность ингаляционной анестезии во время операции.

Ключевые слова: черепно-мозговые травмы у детей, респираторная анестезия, минутная легочная вентиляция, минимальная альвеолярная концентрация.

CLINICAL EFFICIENCY OF INHALATION ANESTHESIA IN CHILDREN'S BRAIN INJURIES

Cerebral injuries, complicated by subdural and intracerebral hematomas play the leading role in the structure of childhood injuries, they are the most frequently encountered injuries. The work presents a retrospective assessment of medical records of children aged 5 to 7 years who were admitted on an emergency basis with a clinic of traumatic brain injury. The paper presents the indicators of the main patterns of respiration and hemodynamics, the minimum alveolar concentration, which reflect the effectiveness of inhaled anesthesia during the operation.

Keywords: traumatic brain injuries in children, inhalation anesthesia, minute lung ventilation, minimal alveolar concentration.

Долзарблиги. Бош мия жароҳатлари (БМЖ) болалар орасида энг кенг тарқалган патологияларидан биридир. Ўзбекистон Республикасида, 2013-йил маълумотларига кўра, барча травматик шикастланишлар орасида

болаларда БМЖ 22% дан 50% гача бўлган ҳолатлар мавжуд [1]. БМЖ сабаби асосан боланинг ёшига боғлиқ. 5ёшдан 7 ёшгача бўлган болалардаги бахтсиз ҳодисаларнинг асосий сабаблари йўл-транспорт ҳодисалари-31,3%

ва турмушдаги жароҳатлар-26,5%, қолганлари эса юқори баландликдан йиқилиш жароҳатлари, спорт жароҳатлари ва бошқалар. Бундан ташқари, БМЖ сабаби ва прогнози боланинг ёшига боғлиқ бўлиб, у тананинг ёш анатомик ва физиологик хусусиятларига, миё ва бош суяги, эндокрин ва иммун тизимларининг турли даражадаги анатомик тузилмаларига таъсир қилади. 5-7 ёшдаги болаларда Марказий нерв тизими (МНТ) шикастланишининг ўзига хос хусусиятлари, биринчи навбатда, фокал ва неврологик симптомларнинг йўқ бўлиб кетиши, шунингдек, тез-тез беморнинг хаёлий фаровонлиги ҳақида фикр юритадиган қисқа муддатли жароҳатлар даври бўлиб, шунинг учун БМЖ нинг оғирлигини аниқлашда муайян қийинчиликларни келтириб чиқаради [5], [6], [10]. Шунинг эътиборга олиш керакки, болаларни 50% дан ортиғида кўпинча эпидурал, субдурал ва интрацеребрал гематомаларни ўз ичига олади [3], [4]. Энг кўп учрайдигани субдурал гематома бўлиб, гематомаларни барча турларини 58% ни ташкил қилади [7], шунингдек 21% [7] билан иккинчи ўрин интрацеребрал гематомага тўғри келади. Травмадан кейинги интракраниал гематомаларда ўлим даражаси 10,8%, интрацеребрал гематомаларда эса 28-53,7% [7] га тенг. Болаларда БМЖ натижасидан кейинги асоратлар унинг оғирлик даражаси билан боғлиқ бўлади. Аксарият ҳолларда болаларда жароҳатни енгил даражаси, тахминан – 80%, БМЖ оғир даражаси улуши эса 16,3% [1], [10]. Кўпинча, БМЖ оқибатлари, кейинчалик когнитив бузулишлар ва ижтимоий мослашиш қийинчиликлари, шунингдек мувофиқлаштириш ва мотор фаолиятни, бузилишига олиб келади. Шунга қарамай, БМЖ билан болаларни 55% ривожланаётган миёни юқори пластиклиги [9], [3] учун, ҳатто оғир БМЖ дан кейин ҳам, ижобий натижа [6] қайд этади. БМЖ интенсив терапияси ўтказиш жараёнида анамнез, клиник маълумотлар, неврологик ҳолат ва инструментал текширув усуллари билан тасдиқланган жароҳатлар оғирлигига қараб амалга оширилади: магнит-резонанс томография (МРТ), миё компьютер томографияси (КТ) [4], [6]. Маҳаллийлашган интракраниал гематомалар ва дислокация синдроми мавжудлигини аниқлашда жароҳатлар натижалари ва прогнозларини яхшилаш учун шошилиш жарроҳлик аралашуви талаб этилади. Интраоператив мураккаблик, юқори жарроҳлик-анестезиологик хавфи, интракраниал босимни (ИКБ) бар тараф этиш қобилиятига эга бўлган анестезия хавфсизлиги ва бошқарилиш зарурати анестезиологик таъминотни асосий вазифаларидан

бири ҳисобланади [4], [8].

Мақсад. Болаларда субдурал ва интрацеребрал гематомалари бўлган бош миё жароҳатларида ингаляцион анестезияни клиник самарадорлигини таҳлил қилиш.

Материаллар ва усуллар: 5 ёшдан 7 ёшгача бўлган бемор болалар шошилиш ҳолатларда шифохонага қабул қилинган БМЖ ($n=21$) бўйича ретроспектив баҳолаш ўтказилди. Анамнезга кўра, жароҳатлар кундалик турмушда учрайдиган хусусиятга эга бўлгани ($n = 7$) ва йўл-транспорт ҳодисаси оқибатидагиси ($n=14$). 9 та болада МРТ текширувидан кейин ўрганиш сўнигида субдурал гематома, 2 тасида эса интрацеребрал гематома аниқланган. Ингаляция анестезияси самарадорлигини баҳолаш учун биз қуйидаги кўрсаткичларни ҳисобга олдик: нафас олиш тезлиги (НОТ), нафас олиш ҳажми (НОХ), ўпкани дақиқали вентиляцияси (ЎДВ), қондаги гемоглобин сатурацияси (SpO_2), минимал алвеоляр концентрация (МАК), юрак қисқаришлар сони (ЮҚС), систолик артериал босими (САБ), диастолик артериал босими (ДАБ). Респиратор қўллаб-қуватлаш ва ингаляция анестезияси интраоператив даврида Dräger Fabius, Siesta I Whispa мосламалари томонидан ўпка вентиляцияси севофлуран анестетигини қўллаш орқали (synchronized Intermittent Mandatory Ventilation-SIMV) режимида амалга оширилди.

Натижалар ва муҳокамалар. Ўтказилган таҳлил натижасида жарроҳлик аралашуви 100% ҳолларда жароҳат оғирлиги ва гематомани мавжудлиги, динамикада миё шишиб бораётган клиник белгилар туфайли шошилиш кўрсатмалар бўйича амалга оширилганлиги аниқланди. Операциядан олдинги тайёргарлик вақтида ўртача дозада 0,25-1,0 мг/кг тана вазнига осмотик диуретик маннитол ёрдамида соатли диурезни назорати остида томир ичига томизилди. Барча болаларда премедикацияда психомотор кўзғалишни олдини олиш ва қўшимча седасия учун седуксен 0,3-0,5 мг/кг мушак ичига юборилди. Индукция даврида фентанил 3-5 мкг/кг дозада севофлуран билан 2,5-5,5 ҳажм % оралиғида ташқи юз ниқоби орқали ротаметер индикаторига кўра амалга оширилди. Трахея интубацияси ҳозирги даврда қўлланилаётган мушак релаксанти миоксант 0,15 мг/кг тана вазнига дозада киритилиши билан бирга амалга оширилди. Анестезияни асосий босқичи 2,5-2,7 ҳажм % ичида минимал алвеоляр концентрацияни сақлаб қолиш билан севофлуранни доимий эндотрахеал орқали киритилиши билан амалга оширилди, ҳар $28,0 \pm 5,0$ дақиқада фентанилни 3-5 мкг/

кг доза вена ичига киритилди. Ингаляция анестезияси даврида кислород етказиб беришни ўртача тезлиги 2-3 л/мин, ҳаво эса 3-2 л/мин ҳажмда берилди. Берилаётган ҳаво аралашмасида (FiO_2) кислородни ўртача фракцияли концентрацияси $40,0 \pm 0,5\%$ эди. Барча беморларда нафас олишни қўллаб-қувватлаш болани ёши ва вазнига мос равишда асосий нафас олиш ҳаракатларини мақбул қийматлари билан бирга (дақиқасига $24,0 \pm 1,3$ нафас олиш ҳажми НОХ $180,0 \pm 3,5$ мл, ЎМВ $3,2 \pm 0,2$ л/мин). Операция давомида SpO_2 $97,8 \pm 0,5\%$ ташкил этди. Анестезия ва жарроҳлик аралашуви даврида гемодинамик кўрсаткичлар ёшига мос кўрсаткичларда бўлди. Ўртача САБ даражаси $106,0 \pm 2,5$ мм. сим.уст., ДАБ $65,0 \pm 0,3$ мм.сим.

уст., ЮҚС дақиқасига $98,0 \pm 6,3$ зарбани ташкил этди. Жарроҳлик аралашувини ўртача давомийлиги $61,0 \pm 7,5$ дақиқа бўлди. Операциядан кейин барча болалар узоқ муддатли сунъий ўпка вентилляциясини олиш ва интенсив терапия учун реанимация бўлимига ўтказилди.

Хулоса. Субдурал ва интрацеребрал гематомалар асорати бўлган болаларда краниоцеребрал жароҳатларда анестезиологик ёрдамни оптимал ва хавфсиз усули ингаляция анестезияси бўлиб, у тезда учувчи ёки газсимон анестетикларни керакли концентрациясига эришишга имкон беради, шунингдек, юрак - қон томир тизимида энг кам таъсир кўрсатиб, етарли даражадаги оғриқсизлантириш самарасини беради.

Адабиётлар:

1. Асилбеков У.Е. Клиника, диагностика и исходы тяжелой черепно-мозговой травмы у детей различных возрастных групп / У.Е. Асилбеков // Нейрохирургия и неврология Казахстана. – 2012. – №1-26. – С. 12-17
2. Всемирная Организация Здравоохранения [Электронный ресурс] / Anthraxin human and animals. Fourth edition WHO. 2008. – URL:
3. Горелышев С.К. Детская нейрохирургия: клинические рекомендации / под ред. С. К. Горелышева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 256 с.: ил. - ISBN 978-5-9704-4098-8.
4. Заболоцких И.Б. Клинические рекомендации. Анестезиология-реаниматология [Электронный ресурс] / под ред. И.Б. Заболоцких, Е.М. Шифмана - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 960 с.: ил. - ISBN 978-5-9704-4036-0. 5. Крылов В.В. Нейрореаниматология: практическое руководство / В. В. Крылов - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 176 с.: ил. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - ISBN 978-5-9704-4369-9.
6. Кэй А.Д. Детская анестезиология / А.Д. Кэй, Ч.Д. Фокс, Д.Х. Диас, перевод с английского под редакцией проф. С.М. Степаненко - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 648 с.
7. Лихтерман Л.Б. Черепно-мозговая травма. Диагностика и лечение / Л. Б. Лихтерман. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 488 с.: ил. - ISBN 978-5-9704-3104-8. Мизиков В.М. Анестезиология. Национальное руководство. Краткое издание. / В.М. Мизиков, Бунятян А.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 656 с.: ил. - ISBN 978-5-9704-3953-1.
9. Немкова А.С. Диагностика и коррекция когнитивных нарушений у детей с последствиями черепно-мозговой травмы / С.А. Немкова, Н.Н. Заваденко, О.И. Маслова // Педиатрическая фармакология. – 2014. – Том 11 №3. – С. 54
10. Семенова Ж.Б. Рекомендации по лечению детей с черепно-мозговой травмой/ Ж.Б. Семенова, А.В. Мельников, И.А. Саввина // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии – 2016. – Том VI №2 – С. 112-131 Список литературы на английском языке

УДК: 616.314 - 007.1 - 089.27 - 074/08

МАХАЛЛИЙ СТОМАТОЛОГИК КОМПОЗИТ ПЛОМБА АШЁСИ - "ФИРУЗЕ-ГРАНД"НИНГ ОЛДИНГИ ВАЁНТИШ НУКСОНЛАРИНИ ТИКЛАШДАГИ АФЗАЛЛИКЛАРИНИ КЛИНИК, ФИЗИК ВА МЕХАНИКХУСУСИЯТЛАРИ

Гаффорова С.С.¹, Гаффоров С. А.², Абдухоликов С. Ф.²,

Тошкент давлат стоматология институти¹

ЎзР ССВ «Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази»²

Мақолада «Зомин» иқтисодий ҳудудда немис технологияси асосида дастлабки ишлаб чиқарилиши йўлга қўйилган Фирузе-Гранд (Firuze-Grand) DentalsPharmaGmbH) нурда қотувчи композит пломба хом-ашёсининг физик-механик ва клиник хусусиятларини ўрганиш натижаларини ёритишган. Клиник-лаборатор текшириш натижалари маҳаллий пломба хом-ашёсининг эгилиш кучи, диаметрли ёрилиш, сувни сингдириш, даволаш чуқурлиги, ёпишқоқ бирикмалари ва рангларнинг мустаҳкамлиги билан хориждаги аналог махсулотлардан устинлигини тасдиқлаган.

Калит сўзлар: композит пломба, "Фирузе-Гранд", кариеснуқсонлари, пломба хом-ашёсининг, иккиламчи тиш кариеси.