

БОЛАЛАРДА ПАЙР СИНДРОМИНИ ДАВОЛАШ УСЛУБИНИ ТАНЛАШ

Рахматуллаев А.А., Теребаев Б.А., Мажидов Т.Х.
Тошкент давлат тиббиёт университети

РЕЗЮМЕ

Цель исследования. Улучшение результатов лечения синдрома Пайра у детей.

Материал и методы исследования. В клинике ТашПМИ в 2018–2025 годах были проанализированы результаты лечения 137 пациентов в возрасте от 3 до 18 лет с синдромом Пайра. Из них 98 девочек и 39 мальчиков.

Результаты. Установлено, что у детей с синдромом Пайра в 77,4% случаев запор и абдоминальная боль выступают как сопутствующий симптомокомплекс. Программа цифровой обработки рентгеновских изображений толстой кишки, то есть анализ рентген-колориметрических параметров, позволила выбрать оптимальный хирургический метод лечения. При коэффициенте длины ободочной кишки в диапазоне 0,85–1,0 рекомендована лапароскопия, а при значении менее 0,85 – резекция кишки через мини-лапаротомию.

Заключение. На основе детального анализа ближайших и отдалённых результатов лечения разработана программа оценки по балльной шкале, включающая наиболее важные критерии. В основной группе хорошие результаты были получены в 86,5% случаев.

Ключевые слова: синдром Пайра, диагностика, лечение, дети.

Бир қатор олимларнинг фикрига кўра, синдром Пайрда хирургик даволашга кўрсатма динамикада йўгон ичакнинг мотор-эвакуатор функциясининг пайсиши, оғрик синдромининг кучайиши, интоксикация ҳамда консерватив даволашнинг самарасизлиги ҳисобланса, бошқа олимлар фақат хирургик даволаш тарафдоридир. Синдром Пайр тушунчаси киритилган пайдан ҳозиргача бўлган даврда хирургик даволашнинг бир нечта услублари мавжуд [1,3,5,6,7,12,13].

Синдром Пайр тушунчаси киритилган пайдан ҳозиргача бўлган даврда хирургик даволашнинг бир нечта услублари мавжуд. Аммо услубларнинг ҳеч бири болаларнинг организмнинг ўзига ҳослигини эътиборга олмаган, яъни ўсиб боровчи организмда бу топографик ўзгаришлар бола организмга қандай таъсир қилиши ўрганилмаган [2,4,8,9,10,11,14,15].

Шундай қилиб, болаларда Пайр синдромини даволаш услубини танлаш бўйича қарашларда қарама-қаршиликлар мавжуд. Мавжуд хирургик даволаш услубларининг натижалари етарли даражада ижобий эмас. Шу сабабли, Пайр синдромида кам инвазив да-

SUMMARY

Objective of the study. To improve treatment outcomes of Payr's syndrome in children.

Materials and methods. The treatment outcomes of 137 patients aged 3 to 18 years with Payr's syndrome, treated at the TashPMI clinic between 2018 and 2025, were analyzed. Among them were 98 girls and 39 boys.

Results. It was established that in 77.4% of children with Payr's syndrome, constipation and abdominal pain presented as a concomitant symptom complex. A program for digital processing of radiographic images of the colon, namely analysis of radiographic colorimetric parameters, made it possible to select the optimal surgical treatment method. When the colonic length coefficient ranged from 0.85 to 1.0, laparoscopy was recommended, whereas values below 0.85 indicated bowel resection via mini-laparotomy.

Conclusion. Based on a detailed analysis of short-term and long-term treatment outcomes, a scoring system including the most important criteria was developed. In the main group, good results were observed in 86.5% of cases.

Keywords: Payr's syndrome, diagnosis, treatment, children.

волаш услубларини кенгроқ қўллаш ва уларнинг самарадорлигини асослаш долзарб ҳисобланади ҳамда бу йўналишда техник ва тактик жиҳатдан изланишлар олиб бориш зарурлигини кўрсатади.

Юқоридагилардан келиб чиқиб, ушбу тадқиқот ишининг мақсади болаларда Пайр синдромини даволашнинг оптимал хирургик услубини ишлаб чиқиш ва клиник амалиётга жорий этишдан иборатдир.

ТАДҚИҚОТ МАҚСАДИ

Болаларда Пайр синдромини даволаш натижаларини яхшилаш.

ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛЛАРИ ВА УСУЛЛАРИ

Пайр синдроми билан 2018-2025 йилларда ТошПТИ клиникасида даволанган 137 беморнинг ретроспектив ва проспектив таҳлили ўтказилди. Қиз болалар 98 нафарни ва ўғил болалар 39 нафарни ташкил этди. Асосий контингент 13-18 ёшдагилар бўлиб, уларнинг улуши 56 нафарга тенг бўлди. ТошПТИ клиникасида Пайр синдроми билан даволанган 137 нафар бемор 2 гуруҳга бўлиб ўрганилди: назорат гу-

руҳидаги (НГ) 43 нафар беморнинг (2018-2020 йиллар) ретроспектив таҳлили ва асосий гуруҳдаги (АГ) 94 нафар беморнинг (2021-2025 йиллар) проспектив таҳлиliga асосланган (1-жадвал).

1-жадвал

Беморларнинг жинси ва ёши бўйича тақсимланиши

Жинси	гуруҳ	Ёши						Жами	%
		3-7 ёш	%	7-12 ёш	%	12-18 ёш	%		
Ўғил бола	НГ	2	1,5	5	3,6	5	3,6	12	8,75
	АГ	5	3,6	17	12,4	5	3,6	27	19,7
Қиз бола	НГ	3	2,2	13	9,5	15	10,9	31	22,62
	АГ	6	4,4	30	21,9	31	22,6	67	48,9
Жами		16	11,7%	65	47,4%	56	40,9%	137	100%

Клиникага мурожаат этган беморларнинг шикоят сабаблари таҳлил қилинганда маълум бўлдики, 18 нафар (13,1%) беморда асосий шикоят қабзият бўлган, 106 нафарда (77,4%) қорин соҳасидаги оғриқ ва

қабзият бир вақтнинг ўзида кузатилган, шунингдек, 13 нафар (9,4%) беморда эса фақат қорин соҳасида оғриқ аниқланган (2-жадвал).

2-жадвал

Беморларнинг шифохонага бирламчи мурожаатининг сабаблари

Ёши	гуруҳ	Бемор сони	%	Шикояти					
				Қабзият	%	Қабзият+оғриқ	%	Қорин соҳасида оғриқ	%
3-7	НГ	5	3,64	2	1,4	3	2,2	0	0
	АГ	11	8,02	2	1,4	7	5,1	2	1,4
7-12	НГ	18	13,1	3	2,2	13	9,4	2	1,4
	АГ	47	34,3	5	3,6	38	27,7	4	2,9
12-18	НГ	20	14,5	3	2,2	15	10,9	2	1,4
	АГ	36	26,2	3	2,2	30	21,9	3	2,2
Жами		137	100	18	13,1	106	77,4	13	9,4

Беморларнинг 45 (32,8%) нафарда касалликнинг компенсация босқичи аниқланди ва уларга консерватив даво амалга оширилди. Ушбу беморларнинг 18 нафари назорат гуруҳидаги беморлар бўлиб, уларга анъанавий усулда консерватив даво чоралари олиб борилди. Ўз навбатида, асосий гуруҳдаги 27 нафар беморларга Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Pray Syndrome бўйича консерватив даво амалга оширилди. Консерватив даво ўз ичига: индивидуал ёндашув асосида диета, ич сурувчи дори воситалари, нажас консистенциясини юмшатувчи воситалар, спазмолитиклар, ичак перистальтикасини яхшиловчи дори воситалари, витаминотерапия, ичак биоценозини яхшиловчи пробиотик ва эубиотиклар, физиотера-

пия ҳамда даволовчи машқлар кетма-кетликка риоя қилган ҳолда амалга оширилди. Комплекс консерватив даво тўғри бажарилган кузатувларнинг барчасида яхши қўтилган натижа олинди.

92 (67,2%) нафар беморларга оператив даво амалга оширилган бўлиб, назорат гуруҳидаги 25 нафар беморга «Лапаротомия. Йўғон ичак резекцияси «охир-охир» анастомоз қўйиш» амалиёти, асосий гуруҳдаги 58 нафар беморларга «Минилапаротом кесим орқали йўғон ичак резекцияси «охир-охир» анастомоз қўйиш» ва 9 нафарига «Лапароскопия, чамбар ичак талоқ бурчагини чандиқлардан баргараф этиш» амалиёти бажарилди (3-жадвал).

3-жадвал

Беморларнинг ёш, жинс ва ўтказилган даво муолажа тури бўйича тақсимланиши

№	Даво услуби		Бемор ёши			Жинси		Жами
			3-7	7-12	12-18	Ўғил	Қиз	
1	Консерватив	НГ	4	11	3	5	13	18
		АГ	6	12	9	6	21	27
2	Лапаротомия. Йўғон ичак резекцияси «охир-охир» анастомоз қўйиш	НГ	1	7	17	6	19	25
3	Минилапаротом кесим орқали йўғон ичак резекцияси «охир-охир» анастомоз қўйиш	АГ	4	33	21	17	41	58
4	Лапароскопия, чамбар ичак талоқ бурчагини чандиқлардан баргараф этиш	АГ	1	2	6	2	7	9
Жами			16	65	56	36	101	137

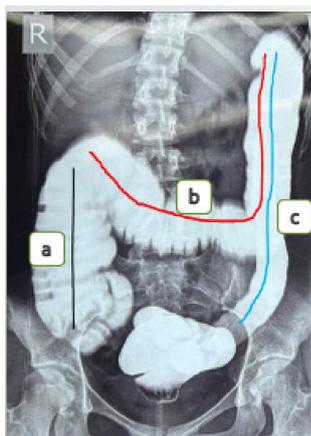
Ирригография текшириш усули орқали йўғон ичакнинг шакли, тузилиши, гаустрация мавжудлиги,

кенгайиш ҳолати баҳоланди, ҳамда аноректал бурчак ҳолатини ўрганиш орқали пуборектал мушак-

нинг фаолиятини баҳолаш мумкин бўлди. Синдром Пайрга хос бўлган «Пайр икки табақаси» ўрганилди, келтирувчи ичакларда кенгайиш бор ёки йўқлиги аниқланди. Ирригографияда контраст моддадан бўшатиладиган кейинги рентген тасвир йўғон ичакнинг мотор функцияси қандай эканлигини баҳолашга имкон беради.

Операция услубини танлаш мақсадида Пайр синдроми билан касалланган беморларда йўғон ичакнинг эвакуатор фаолиятини баҳолаш учун тегишли коэффициентлар таҳлил қилинди. Ирригография

текшируви орқали олинган рентген тасвирларда ичак контраст модда билан тўлдирилган ҳолатда бўлганда, йўғон ичакнинг кўтарилувчи қисми (а), кўндаланг қисми (b) ва тушувчи қисми (c) узунликлари ўлчанди. Ушбу учта кўрсаткичнинг йиғиндиси (d) чамбар ичакнинг умумий узунлигини ифода этади. Шундан сўнг, ҳар бир бўлимнинг нисбий узунлик коэффициенти алоҳида ҳисобланди: кўтарилувчи қисм учун – $L_1 = a/d$, кўндаланг қисм учун – $L_2 = b/d$ ва тушувчи қисм учун – $L_3 = c/d$ (1-расм).



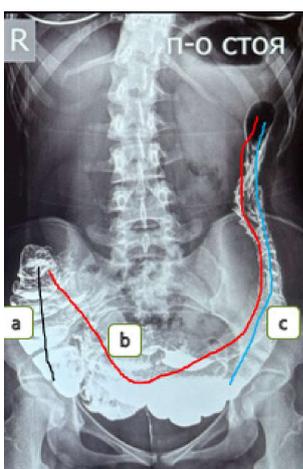
a – кўтарилувчи қисм узунлиги (кўтар.к.у.)
b-кўндаланг қисм узунлиги (кўнд.к.у.)
c-тушувчи қисм узунлиги (т.к.у.)
d - чамбар ичак узунлиги
 L_1 (кўтар.к.у.) = a/d ;
 L_1 (кўнд.к.у.) = b/d ;
 L_1 (т.к.у.) = c/d ;

1-расм. Йўғон ичак контраст билан тўла ҳолатдаги чамбар ичакнинг нисбий узунлик коэффициенти.

Худди шу параметрлар асосида йўғон ичак контраст моддадан тўлиқ бўшатиладиган сўнг ҳам тегишли ўлчовлар амалга оширилди. Бу босқичда ичакнинг кўтарилувчи қисми (а), кўндаланг қисми (b) ва тушувчи қисми (c) узунликлари яна ўлчанди. Ушбу учта кўрсаткичнинг йиғиндиси (d) чамбар ичакнинг умумий узунлигини белгилайди. Шу асосда, ҳар бир бўлим учун нисбий узунлик коэффициенти

алоҳида ҳисобланди: кўтарилувчи қисм учун – $L_2 = a/d$, кўндаланг қисм учун – $L_2 = b/d$ ва тушувчи қисм учун – $L_2 = c/d$ (2-расм).

Йўғон ичак контраст модда билан тўлдирилган ҳолатда аниқланган ўртача L_1 кўрсаткичининг контрастдан тўлиқ бўшатиладиган кейинги ўртача L_2 қийматига нисбати орқали ичакнинг узайиш даражасини акс эттирувчи коэффициент ҳисоблаб чиқилди.



a – кўтарилувчи қисм узунлиги (кўтар.к.у.)
b-кўндаланг қисм узунлиги (кўнд.к.у.)
c-тушувчи қисм узунлиги (т.к.у.)
d - чамбар ичак узунлиги
 L_2 (кўтар.к.у.) = a/d ;
 L_2 (кўнд.к.у.) = b/d ;
 L_2 (т.к.у.) = c/d ;

2-расм. Йўғон ичак контраст моддадан бўшатиладиган кейинги чамбар ичакнинг нисбий узунлик коэффициенти.

Ушбу кўрсаткич ёрдамида йўғон ичакнинг эвакуатор фаолияти, кўндаланг чамбар ичакнинг узайиш даражаси ҳамда “Пайр икки қатлами” симптомининг ифодаланиш кучига баҳо берилди.

Чамбар ичакнинг узунлик коэффициентини аниқлаш натижалари Пайр синдроми кузатилаётган беморларда оптимал хирургик тактика турини белгилаш имконини берди. Агар узунлик коэффициенти-

нинг қиймати 0,85 дан паст бўлиб, бу ҳолат асосан кўндаланг чамбар ичак қисмида қайд этилган бўлса, бундай беморларга кўндаланг чамбар ичак резекцияси ва “охир-охир” типидagi анастомоз қўйиш амалиёти тавсия этилади. Шунингдек, агар ушбу коэффициент 0,85–1,0 оралиғида бўлса, бундай ҳолларда кам инвазив лапароскопик усулда талоқ бурчаги бойламини ва патологик чандик тузилмаларини ажратиш операцияси ўтказишга кўрсатма сифатида қабул қилинди.

НАТИЖАЛАР ВА МУҲОКАМА

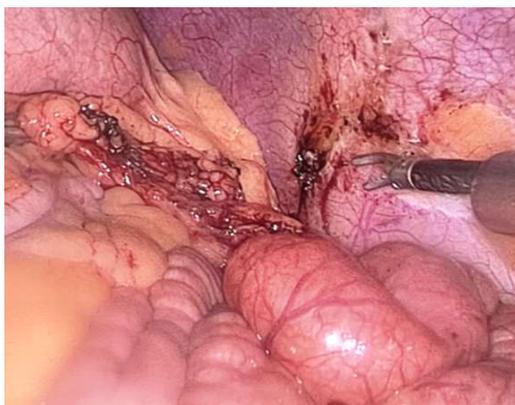
Асосий гуруҳдаги 67 нафар беморларга оператив даво услубини танлашда ирригография текшириш усулида узунлик коэффициенти аниқланди. Олинган кўрсаткичларга қараб лапароскопик ёки минилапаротомия услуби тайинланди. 58 нафар кузатувда узунлик коэффициенти 0,85–1,0 оралиғида бўлганлиги сабабли кам инвазив лапароскопия орқали талоқ бурчаги бойламини ва патологик чандиклардан ажратиш амалиётига кўрсатма бўлиб ҳисобланди (4-жадвал) (3-расм).

4 -жадвал

Пайр синдромида лапароскопик амалиёт бажарилган беморларнинг ирригографияда чамбар ичак узунлик коэффициенти кўрсаткичлари

Кўрсаткич	Ўғон ичак қисмлари	Натижа
L1 (контраст билан тўлдирилган ҳолат)	Кўтариловчи қисм **	0,20±0,05
	Кўндаланг қисм*	0,46±0,03
	Тушувчи қисм*	0,35±0,04
L2 (контрастдан бўшаган ҳолат)	Кўтариловчи қисм*	0,17±0,24
	Кўндаланг қисм*	0,57±0,04
	Тушувчи қисм*	0,25±0,04
Узунлик коэффициенти	Кўтариловчи қисм**	1,29±0,32
	Кўндаланг қисм*	0,85±0,10
	Тушувчи қисм*	1,59±0,40

(*-P<0,01 ; ** - P>0,01).



3-расм. Пайр синдромида лапароскопик талоқ бурчагини ажратиш жараёни.

Асосий гуруҳдаги 9 нафар беморларда ўтказилган рентгенопланиметрия кўрсаткичлари бўйича узунлик коэффициенти аниқланди. Ушбу беморларда узунлик коэффициенти 0,85 дан паст эканлиги аниқланди, шу сабаб ушбу гуруҳдаги беморларга биринчи босқичда лапароскопия орқали талоқнинг юқори жойлашиши бартараф этилди ва иккинчи босқичда чап ёнбош соҳадан минилапаротом кесим орқали «Кўндаланг ва тушувчи чамбар ичак резекцияси ва «охир-охир» анастомоз қўйиш» операция амалиёти бажарилди (5-жадвал) (4-расм).

Иккала гуруҳдаги олинган натижаларни фоиз жиҳатидан солиштирилганда, консерватив даволашнинг самарадорлиги асосий гуруҳда яхши ва қониқарли натижа 88,8% ни, назорат гуруҳида 72,2% га тенг эканлиги аниқланди (6-жадвал).

Операция бўлган беморларнинг узок муддат натижалари 81 (88,0%) нафар беморларда ўрганилди. Яъни назорат гуруҳдаги 21 (25,9%) нафар беморда, асосий гуруҳдаги лапароскопик ассистентлик орқали талоқ бурчагини патологик бириктирувчи тўқима тармоқларидан бартараф этиш амалиёти бажарилган 52 (64,2%) беморларда ва минилапаротом кесим орқали йўғон ичак резекцияси «охир-охир» анастомоз қўйиш амалиёти бажарилган 8 (9,9%) кузатувда таҳлил қилинди. Узок муддат таҳлили 1 йилдан 5 йилгача бўлган муддатни қамраб олди. Барча операция бўлган беморларга натижаларни ўрганиш учун манзилларига қакирув хатлари юборилди. Натижаларни таҳлил қилиш «Болаларда Пайр синдромида даволаш натижаларини таҳлил қилиш шкаласи»га (ЎЗР ИМА DGU 22738 02.03.2023 й.) асосланиб стационар, ам-

булатор ва келиш имкони бўлмаган беморларда анкетали сўровнома орқали ўрганилди. Стационарга ётқизилган беморларда кўрсатмага кўра кўшимча ко-

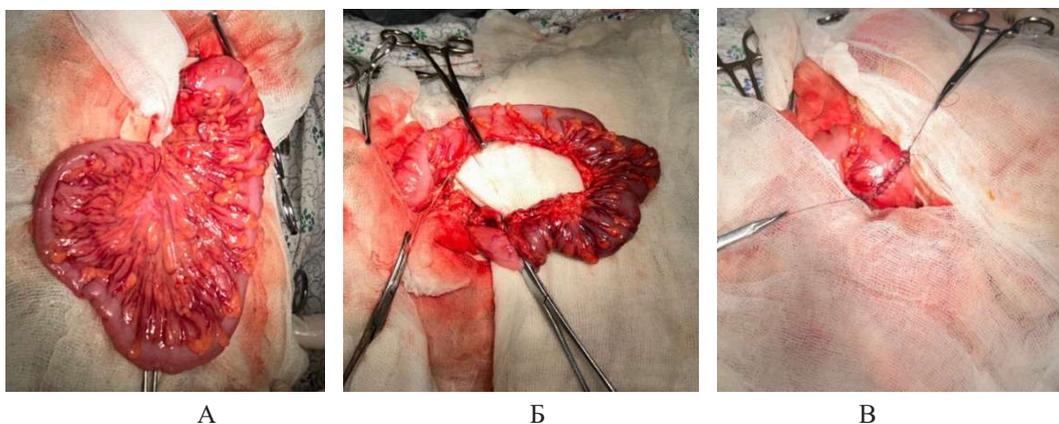
лоноскопия, виртуал колоноскопия МСКТ текшириш услубларидан фойдаланилди.

5-жадвал

Пайр синдромида лапароскопик амалиёт бажарилган беморларнинг ирригографияда чамбар ичак узунлик коэффицентини кўрсаткичлари

Кўрсаткич	Йўғон ичак қисмлари	Натижа
L1 (контраст билан тўлдирилган ҳолат)	Кўтариловчи қисм **	0,22±0,04
	Кўндаланг қисм*	0,48±0,02
	Тушувчи қисм*	0,35±0,06
L2 (контрастдан бўшаган ҳолат)	Кўтариловчи қисм*	0,21±0,24
	Кўндаланг қисм*	0,57±0,04
	Тушувчи қисм*	0,26±0,05
Узунлик коэффицентини	Кўтариловчи қисм**	1,29±0,32
	Кўндаланг қисм*	0,85±0,10
	Тушувчи қисм*	1,59±0,40

(*-P<0,01 ; ** - P>0,01)



4-расм. Миналапаротом кесим орқали йўғон ичак резекцияси ва «охир-охир» анастомоз қўйиш жараёни (А – ичак умумий кўриниши, Б – кон томир аркасидан деваскуляризация қилингани, В – анастомоз кўриниши).

6-жадвал

Болаларда Пайр синдромида консерватив давонинг эффе́ктивлиги

Беморлар гуруҳи	Беморлар сони	Консерватив даво натижаси					
		Яхши		Қониқарли		Қониқарсиз	
		n	%	n	%	n	%
Асосий гуруҳ	27	18	66,6	6	22,2	3	11,1
Назорат гуруҳи	18	9	50	4	22,2	5	27,8
Жами	45	27	60,0	10	22,2	8	17,8

81 нафар беморларнинг узок муддат натижалари биз томонимиздан ишлаб чиқилган «Болаларда Пайр синдромида операция натижаларини таҳлил қилиш шкаласи» асосида таҳлил қилинди (ЎЗР ИМА DGU 22738 02.03.2023 й.) ва қуйидаги натижалар олинди (7-жадвал):

- Яхши натижа 61 (75,3%) беморларда кузатилиб, балл шкаласи бўйича 15–21 баллни ташкил этди. Ушбу беморларда нажас типи Бристол шкаласи бўйича асосан 4-тип кўринишида бўлиб, қорин соҳасида оғриқ умуман кузатилмаган, ирригография текшириш қилинганда йўғон ичакнинг контрастдан бўшатилиши 80% дан юқори эканлиги, ич келиш частотаси ҳар кунни ёки кун ора бўлса ҳам қопротсиз ку-

затилмагани аниқланди.

- Қониқарли натижа 12 (14,8%) кузатувда аниқланди. Балл йиғиндиси ўртача 7–14 баллни ташкил этди. Беморларда нажас типи Бристол шкаласи бўйича асосан 3–4 тип кўринишида бўлиб, қорин соҳасида оғриқ баъзида кузатилиши, ирригография текшириш қилинганда йўғон ичакнинг контрастдан бўшатилиши 60–75% дан эканлиги, ич келиш частотаси кун ора, баъзида қотиб қолиши аниқланди.

- Қониқарсиз натижа 8 (9,9%) нафар беморларда аниқланди, балл йиғиндиси 0–7 га тенг бўлди. Нажас типи Бристол шкаласи бўйича асосан 1–2 тип кўринишида эканлиги, қорин соҳасида оғриқ бартаграф бўлмагани, ирригография текшириш қилинганда

йўғон ичакнинг контрастанд бўшатилиши 60% дан паст эканлиги аниқланди.

ХУЛОСА

Болаларда Пайр синдромида 77,4% ҳолатда қабзият ва қорин соҳасидаги оғриқ бирга кўшилиб келувчи симптомокомплекс эканлиги аниқланди. Болаларда Пайр синдромида йўғон ичакнинг рентген тасвирини рақамли қайта ишлаш, яъни рентген-колорометрик параметрларини таҳлил қилиш дастури хирургик даволаш услубини танлаш имконини ярат-

ди. Чамбар ичак узунлик коэффициенти 0,85–1,0 оралиғида бўлганда лапароскопия услубини, 0,85 дан кам бўлганда минилапаротомия орқали ичак резекцияси лозимлигини аниқлади. Беморларнинг Пайр синдромида яқин ва узоқ муддат натижаларини аниқ таҳлил қилишга асосланган, энг муҳим критерийларни ўз ичига олган, балл шкаласи орқали баҳоловчи дастурий таъминот таҳлилида асосий гуруҳда 86,5% ҳолатда яхши натижа кузатилгани аниқланди.

7-жадвал

Асосий ва назорат гуруҳидаги беморларнинг узоқ давр натижалари

№	Операция тури	Жами	%	Асосий гуруҳ (n=60)						Назорат гуруҳ (n=21)					
				Яхши		Қоникарли		Қоникарсиз		Яхши		Қоникарли		Қоникарсиз	
				п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
1	Лапаротомия. Йўғон ичак резекцияси “охир-охир” анастомоз кўйиш	21	25,9	-	-	-	-	-	-	12	57,1	5	23,8	4	19,0
2	Минилапоротом кесим орқали йўғон ичак резекцияси “охир-охир” анастомоз кўйиш	8	9,9	5	8,3	2	3,3	1	1,7	-	-	-	-	-	-
3	Лапароскопия, чамбар ичак талок бурчагини чандиқлардан баргараф этиш	52	64,2	44	73,3	5	8,3	3	5,0	-	-	-	-	-	-
Жами		81	100	49	81,6	7	11,7	4	6,7	12	57,1	5	23,8	4	19,0

АДАБИЁТЛАР

1. Акилов Х.А., Саидов Ф.Х. Осложненные формы хронического колостоза у детей в urgentной хирургии//Оренбургский медицинский журнал. – 2015. – Т. III. – № 3 (11). – С. 6-7.
2. Алдамуратович Т.Б., Каттаевич А.А., Огли МММ Анализ причин послеоперационного анального недержания у детей //Европейское научное обозрение. – 2018. – нет. 5-6. – С. 196-199.
3. Алиев М.М. и др. Хирургическое лечение послеоперационного анального недержания у детей //Среднеазиатский педиатрический журнал. – 2019. – Т. 2. – нет. 1. – С. 179-184.
4. Бейлина Н.И., Поздняк А.О., Малышева Е.Б. Синдром (болезнь) Пайра. Практическая медицина. 2018;16(9): 152-154.
5. Бережной В.В., Козачук В.Г., Рыбальченко В.Ф. Дифференцированный подход и лечение хронических запоров у детей с рождёнными пороками развития кишечника//Современная педиатрия. –2016. – № 8 (80). – С. 103-110.
6. Боднар О.Б., Боднар Б.М., Ватаманеску Л.И., Боднар Г.Б., Хашук В.С. Болезнь Пайра и детей: нарушение местного иммунитета и хирургическое лечение//Хирургия в детском возрасте. – 2017. – №4 (57). – С.88-91.
7. Галица В.В., Назарова И.М., Левочкин С.П., Мунасипов Р.Н., Фролов Е.А. Опыт лечения детей с болезнью Пайра//Здравоохранение Югры: опыт и инновации. – 2020. – № 3 (24). – С. 18-22.
8. Дручкова С.Л., Гаймоленко С.Г., Мазин А.С.,

- Сущенко Р.А. Диагностика хронических заболеваний органического происхождения у детей в практике врача педиатра//В сборнике: Актуальные вопросы первичной медико-санитарной помощи детям и подросткам. Материалы научно-практической конференции с международным участием. – 2018. – С. 36-43.
9. Исакова В.П., Кугасова Е.А.//Электронный ресурс ИЦРОН (Инновационный центр развития образования и науки). – 2016.
10. Камилова А.Т., Эргашев Н.Ш., Нурматова Н.С., Геллер С.И. Причина синдрома Пайра хроническая, и это дети//Педиатрия. Консилиум Медикум. – 2020. – № 2. – С. 21-24.
11. Коновалова А.М., Маркова М.Н., Ямалиев А.Т., Куликова Н.И., Кавкаев А.В., Скрипицын Н.А. Оценка результатов оперативного лечения заболеваний Пайра и детского возраста//В сборнике: Актуальные вопросы педиатрии: 100-летие педиатрическому образованию в Самарской области. Сборник научных работ, посвященных 100-летию кафедры детской болезни. Самара. – 2021. – С. 57-59.
12. Макаров И.В., Зайцев В.Е., Королев Д.А., Тюмин И.А., Петров А.В., Панарин Е.А., Кудашова А.А. Клинические наблюдения хирургического лечения пациентов с синдромом Пайра. Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»//Реабилитация, Врач и Здоровье. 2023;13(4):121-126.
13. Муминов Ф.Б., Кахаров М.А., Джураев Х.А. Комплексная диагностика и хирургическое лече-

ние больных с аномалиями развития и фиксации взрослых мужчин и женщин//Колопроктология. 2019;18 (2):49-54.

14. Хамраев А.Д. Диагностика и комплексного лечения суб и декомпенствованных форм хронических колостазов у детей//Журнал гепато-гастро-

энтерологических исследований. – 2022. – нет. Си-3.

15. Хамраев А.Д. Хирургическое лечение детей с приобретенными хроническими заболеваниями //Детская хирургия. – 2008. – нет. 1. – С. 7-9.

УДК: 616.329-001.17-053.2-089.168

ФИБРОЭЗОФАГОСКОПИЯ В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА И ИХ ПОСЛЕДСТВИЙ У ДЕТЕЙ

Тилавов У.Х.¹, Арифжанов Н.С.², Хотамов Х.Н.¹, Чулиев М.С.¹, Каримов Б.А.²

¹Ташкентский государственный медицинский университет,

²Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, г. Ташкент

ХУЛОСА

Тадқиқот мақсади. Болаларда қизилўнғачнинг кимёвий куйишларида фиброэзофагоскопиянинг таъхис қўйиши ва оптимал даволаш тактикасига йўналтиришидаги самарадорлигини баҳолаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. 2018–2025 йиллар давомида ТошДТУ клиникасига ётқизилган 73 нафар беморнинг (42 нафар ўғил бола – 57,5%, 31 нафар қиз бола – 42,4%) ретроспектив таҳлили ўтказилди. Тадқиқотга II (36,9%) ва III (63%) даражадаги куйиши билан касалланган беморлар киритилди. Барча болаларга 1–3 кунларда фиброэзофагоскопия ўтказилди, кейинчалик назорат текширувлари амалга оширилди.

Натижалар. 34,2% ҳолатларда куйиши кислота-лар билан, 63% ҳолатларда эса ишқорлар билан юз берган. II даражали куйишида эндоскопик кўриниши – ишиши ва фиброз қопламлар билан тавсифланган. III даражали куйишида некроз, айланма фибриоз қопламлар, контактли қон кетиши кузатилган. II даражали куйишларда консерватив даволаш аксарият болаларда шиллиқ қаватнинг тўлиқ тикланишига олиб келган, фақат 15,7% ҳолатда чандиқли стеноз ривожланган. III даражадаги беморларда 72% ҳолатда барқарор стриктуралар кузатилиб, 6–15 ой давомида бужлаш талаб этилган. 14 нафар болада бужлаш самарасиз бўлган: 6 нафар беморга колоэзофагопластика, 8 нафар беморга қизилўнғач стенти қўйилган.

Хулоса. Фиброэзофагоскопия болаларда қизилўнғачнинг кимёвий куйишларини таъхислашда асосий усул ҳисобланади. Бу усул шикастланиши даражасини аниқлаш ва даволаш тактикасига тўғри йўланма бериши имконини беради. Эрта эндоскопик баҳолаш консерватив даволаш, бужлаш ёки жарроҳлик аралашувлари ўртасида ўз вақтида танлов қилишига ёрдам беради.

SUMMARY

Objective of the study. To evaluate the effectiveness of fibroesophagoscopy in the diagnosis and selection of optimal treatment strategies for chemical burns of the esophagus in children.

Materials and methods. A retrospective analysis was performed of 73 patients with chemical esophageal burns (2018–2025) hospitalized at the clinic of the Tashkent Pediatric Medical Institute. The cohort included 42 boys (57.5%) and 31 girls (42.4%). Patients with grade II (36.9%) and grade III (63%) burns were included. All children underwent fibroesophagoscopy within 1–3 days after injury, followed by subsequent follow-up examinations.

Results. In 34.2% of cases, the burn was caused by acids, and in 63% by alkalis. In patients with grade II burns, the endoscopic findings were characterized by mucosal edema and fibrinous deposits; in those with grade III burns, necrosis, circumferential fibrinous plaques, and contact bleeding were observed. In grade II burns, conservative treatment resulted in complete mucosal recovery in most children, with cicatricial stenosis developing in only 15.7% of cases. In patients with grade III burns, persistent strictures developed in 72% of cases, requiring prolonged bougienage (6–15 months). In 14 children, bougienage was ineffective; of these, six underwent coloesophagoplasty and eight underwent esophageal stenting (Boubella).

Conclusions. Fibroesophagoscopy is the leading diagnostic method for chemical burns of the esophagus in children. It allows accurate grading of injury and optimization of therapeutic strategy. Early endoscopic evaluation enables timely decision-making between conservative management, bougienage, and surgical treatment.

Keywords: children, esophagus, chemical burn, endoscopy, bougienage, stenting, coloesophagoplasty.