

Priverzhennost k terapii statinom zhenshchin s IBS: vliyanie na techenie bolezni i korrektsiya faktorov [Adherence to therapy with statins in women with IHD: its influence on disease course and factors correction]. *Problemy zhenskogo zdorov'ya - Women's health issues*, 2011, Vol. 6, No. 1, pp. 45-48.

2. Dvoretzkiy L. I., Gibradze N. T., Cherkasova Kh. A. Ishemicheskaya bolezni serdtsa u zhenshchin [Ischemic heart disease in women]. *Russkiy Meditsinskiy Zhurnal – Russian medical journal*, 2011, Vol. 19, No. 2, pp. 79-83.

3. *Natsionalnye rossiyskie rekomendatsii po primeneniyu metodiki kholterovskogo monitorirovaniya* [Russian national recommendation on usage of holter monitoring method]. Holter, 2013

4. Ruda M. Ya. *Rossiyskie rekomendatsii Obshchestva spetsialistov po neotlozhnoy kardiologii «Diagnostika i lechenie bolnykh ostrym infarktom miokarda spodemomo segmenta ST elektrokardiogramy»* [Russian recommendation of Emergency cardiology society "Diagnosis and treatment of patients with acute myocardial infarction with elevation of ST segment on ECG"]. 2013

5. Ryabkina G. B., Sobolev A. V. *Kholterovskoe i bifunktsionalnoe monitorirovanie EKG i arterialnogo davleniya* [Holter and bifunctional monitoring of ECG and blood pressure]. Moscow, 2016. 236 – 238 p.

6. Tikhomenko V. M., Riban A. E. *Praktikum po kholteroovskomu monitorirovaniyu EKG* [Practicum of holter monitoring]. 2016. 116 p.

7. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST segment elevation. *European Heart Journal*, 2011, Vol. 32, pp. 97-104.

ХУЛОСА

^{1,2}Х.Ш. Рофиева, ³А.М. Мурадов, А.Ф. Ғоибов,

²Х.Д. Зухуров, ²М.М. Шоджонов

НАТИҶАҶОИ МОНИТОРИНГИ ШАБОНАРЌЗИИ СБД ЗАНОНЕ, КИ САКТАИ ШАДИДИ МИОКАРДИ ДИЛРО ДАР ДАВРАИ ПЕРИМЕНОПАУЗАЛИ МЕГУЗАРОНАНД

Мақсади таҳқиқот: омӯхтани натиҷаҳои мониторингуни ҳолтерии СБД (ЭКГ) дар занҳои сактаи шадиди дил дошта, дар давраи перименопаузали.

Маъод ва усулҳо (методҳо). Кор ба омӯзиши натиҷаҳои ҳусусиятҳои клиникӣ – функционалии бемории ишемикии дил дар 99 зан аз синни 45 то 60 сола дар давраи перименопаузали, дар мавриди сактаи шадиди дил асос ёфтааст. Вобаста ба дараҷаи вайроншавии функцияи ҳайзбинӣ ҳамаи беморон ба 2 гурӯҳ ҷудо карда шуда буданд: гурӯҳи I – ро 50 зан дар давраи перименопаузали қарор дошта ҳамчунин занҳои, ки дар онҳо, дар давоми 3-11 моҳи охир сикли номунтазами ҳайзбини ба қайд гирифта шудааст, ташкил намудаанд (синну соли миёна 45,1-0,6 сол). Ба гурӯҳи II 49 зан (синну соли миёна 60,6-0,6 сол), ки дар онҳо, дар давоми зиёда аз 1 сол функцияи ҳайзбинӣ мушоҳида нагардидааст, яъне занҳои, ки дар давраи баъди менопауза (постменопаузали) қарор доштанд, ворид карда шуда буданд. Мониторкунии шабонарӯзи ЭКГ бо ёрии дастгоҳи дар давоми 1 шабонарӯз, дар 3 баришҳо - V4, V5, V6, ки потенциалҳои барқиро аз девораҳои пеш, поён ва паҳлуи меъдачаи чап сабт менамоянд, гузаронида шуд.

Натиҷаҳо: Таҳқиқоти аз ҷониби мо гузаронидашуда нишон дод, ки дар мавриди сактаи шадиди дил, дар занҳои дар давраи перименопаузали қарор дошта, ҷунин вайроншавии назми (ритми) дил сабт карда шудаанд: пароксизмҳои тахикардияи фавқимеъдаҷавӣ, экстрасистолаи фавқимеъдаҷавӣ, фибриллацияи даҳлезҷаҳои чап, ларзши (эктриси) даҳлезҷаҳои ҳамчунин экстрасистолаҳои меъдаҷаи дараҷабандиашон (градатсияшон) баланд мувофиқи Loun – Wolf (синфи II V).

Хулоса: таҳқиқот қасрати баланди вайроншавии назми дилро нишон дод, ки дар ҳар ду гурӯҳ занҳои таҳқиқшаванда 88% - ро ташкил медиҳад, ки нишондиҳандаи хатари баланди инкишофёбии аворизи қалбӣ – рағӣ, дар мавриди маъқур сактаи дил мебошад.

Калимаҳои калидӣ: сактаи шадиди дил, давраи перименопаузали, мониторингуни ҳолтерии ЭКГ.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.329-007.256-072

Н.Н. Ахпаров, А.Ж. Оразалинов, К.М. Ахтаров, М.М. Калабаева, Н.Б. Афлатонов

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ УДВОЕНИЯ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Научный центр педиатрии и детской хирургии МЗ РК, г. Алматы. Казахстан

Удвоение пищеварительного тракта составляют группу редких пороков развития. Анатомически различают тубулярные и кистозные дубликатуры. В статье описан случай одномоментного эндовидеохирургического удаления тубулярного удвоения пищевода с переходом в желудок у 2-летнего ребенка. Применение мини-инвазивного оперативного вмешательства позволило снизить операционную травму и провести одноэтапную экстирпацию патологической кишечной трубки, расположенной в грудной клетке и брюшной полости.

Ключевые слова: удвоение пищевода, дети, эндовидеохирургия

N.N. Akhparov, A.Zh. Orazalinov, K.M. Akhtarov, M.M. Kalabaeva, N.B. Aflatonov

**ENDOVideosURGICAL REMOVING
OF ESOPHAGUS AND STOMACH DUPLICATION**

Scientific Center of Pediatrics and Pediatrics Surgery of MoH of RK, Almaty, Kazakhstan

A digestive tract duplication is a group of rare malformations. Anatomically they are divided into tubular and cystic types of duplications. This article describes the case of one-stage endovideosurgical removal of the tubular esophagus duplication with the transition to the stomach in a 2-year-old child. Usage of minimally invasive surgical intervention has reduced operational injury and allowed to perform one-stage extirpation of a pathological intestinal tube located in both the chest and abdominal cavity.

Keywords: duplication of the esophagus, children, endovideosurgery

Актуальность. Удвоение пищеварительного тракта составляет группу редких пороков развития, которые существенно различаются по внешнему виду, локализации, размерам и клиническим проявлениям. Частота встречаемости данной патологии составляет 1 случай на 4500 аутопсий. Первое сообщение об удвоении было опубликовано Calder в 1733 году. В более поздних сообщениях предлагались различные названия, однако, единое мнение в отношении данной патологии сформировалось после публикации Ladd в 1937 году, который ввел термин «удвоение пищеварительного тракта». Удвоения бывают кистозными и тубулярными и могут локализоваться в любом отделе желудочно-кишечного тракта - от корня языка до анального канала. Удвоение пищевода составляет 17-20% всех удвоений желудочно-кишечного тракта и менее 1% от всех пороков самого пищевода. Слизистая оболочка, выстилающая внутреннюю поверхность дубликатуры, по строению идентична слизистой оболочке желудка (45,4%) или пищевода (35,7%) [1, 2, 3].

Данный клинический случай демонстрирует успешное эндовидеохирургическое удаление удвоения пищевода и желудка у ребенка 2 лет.

Больной Б. 2 года, госпитализирован в отделение общей хирургии Научного центра педиатрии и детской хирургии 25.01.2017 г. с жалобами на рвоту, дисфагические явления, периодические вздутие живота, вялость, слабость, бледность кожных покровов. Из анамнеза известно, что вышеуказанные жалобы начали беспокоить с 8-месячного возраста, когда ввели дополнительное кормление. При амбулаторном обследовании у ребенка отмечалась хроническая анемия и образование заднего средостения. Ребенок направлен в Научный центр педиатрии и детской хирургии.

При поступлении состояние ребенка средней тяжести, сознание не нарушено. Кормление не нарушено, отмечаются периодические дисфагические явления в виде рвоты после кормления. Кожные покровы чистые от сыпи, бледно-розовой окраски. В легких дыхание проводится по всем полям, хрипов не слышно. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации во всех отделах.

В отделении хирургии ребенку 27.01.2017 г. проведена эзофагография (рис. 1), где справа определяется тубулярное образование, расположенное в заднем средостении, параллельно пищеводу, без сообщения с ним. Также при УЗИ брюшной полости выявлено жидкостное образование в проекции желудка, размером 35 × 55 мм

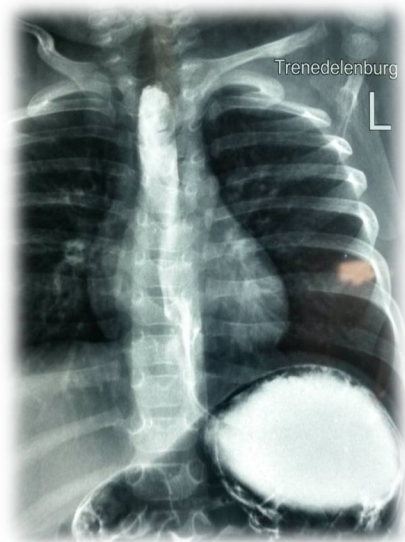


Рис. 1. Эзофагография

1 – Пищевод

2 – Удвоенный пищевод

С целью уточнения топографо-анатомического соотношения образования и органной принадлежности проведена компьютерная томография органов грудной клетки и брюшной полости (рис. 2, 3). В правой половине грудной клетки определяется кистозное образование, расположенное в заднем средостении. Верхний полюс образования проецируется на уровне I-II грудных позвонков. В области нижнего полюса образование переходит медиально и проходит через пищеводное отверстие диафрагмы в брюшную полость. В половине брюшной полости под куполом диафрагмы забрюшинно определяется кистозное образование размером 59 × 40 мм. Учитывая наличие образования в грудной клетке и брюшной полости, решено произвести одноэтап-

ное эндовидеохирургическое оперативное вмешательство.

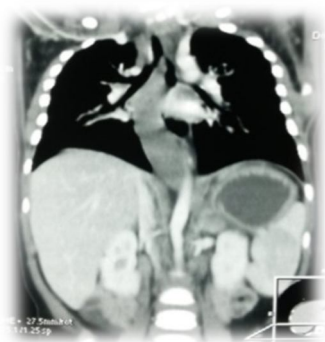


Рис. 2. Компьютерная томография органов грудной клетки с захватом брюшной полости

- 1 – удвоенный пищевод
- 2 – удвоенный желудок



Рис. 3. Компьютерная томография органов грудной клетки с захватом брюшной полости

- 1 – пищевод
- 2 – удвоенный пищевод

После предварительной подготовки 04.02.2017 г. под интубационным наркозом ребенок взят на операцию. Положение на левом с приподнятым на 30 градусов боку. В правую плевральную полость в 5 межреберье под углом лопатки введен 5-мм троакар, наложен карбокситоракс (давление 6-8 мм рт. ст., поток 2 л/мин), введена 5-мм оптика. Дополни-

тельный 5-мм троакар вводился в 3 межреберье по передней подмышечной и 5-мм троакар - в 7 межреберье по задней подмышечной линии. В заднем средостении выявлено образование тубулярной формы (рис. 4). Верхний полюс заканчивался слепо, на уровне II грудного позвонка. Нижний полюс уходил через пищеводное отверстие диафрагмы в брюшную полость. Вскрыт париетальный листок плевры, образование выделено от окружающих тканей с сохранением непарной вены. Нижний полюс максимально мобилизован до брюшной полости через пищеводное отверстие диафрагмы. На этом торакальный этап оперативного вмешательства был закончен. В правой плевральной полости оставлена дренажная рубка через троакарную рану. Произведена смена положения больного, ребенок положен на спину. После предварительно проведенных стандартных проб наложен карбоксиперитонеум до 12-14 мм рт. ст. В области пупка введен 11 мм оптически троакар. Под контролем оптики в правой и левой мезогастральных областях введены 5-мм манипуляционные троакары. С помощью аппарата LigaSure вскрыта сальниковая сумка. По задней поверхности желудка выявлено образование, макроскопически стенка образования идентична стенке желудка (рис. 5). Образование с помощью Liga Sure отделено от окружающих тканей и задней стенки желудка, до пищеводного отверстия диафрагмы.

Далее через пищеводное отверстие торакальная часть удвоения низведена в брюшную полость. Экстракция препарата из брюшной полости через троакарную рану, макропрепарат сдан на гистологическое исследование. Расширенное пищеводное отверстие диафрагмы ушито узловыми швами. Под контролем оптики троакары удалены. Раны ушиты наглухо, без оставления дренажной трубки в брюшной полости.

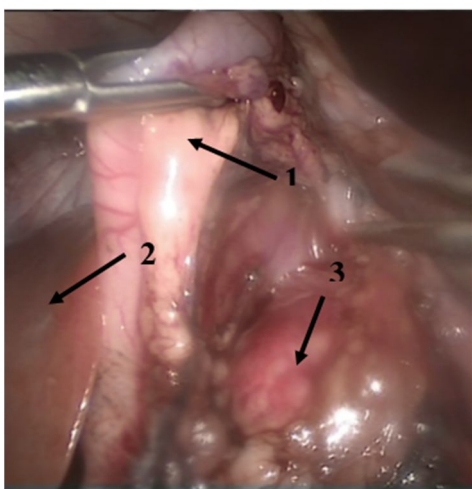


Рис. 5. Интраоперационное фото: Лапароскопия

- 1 – Желудок
- 2 – Печень
- 3 – Удвоение желудка

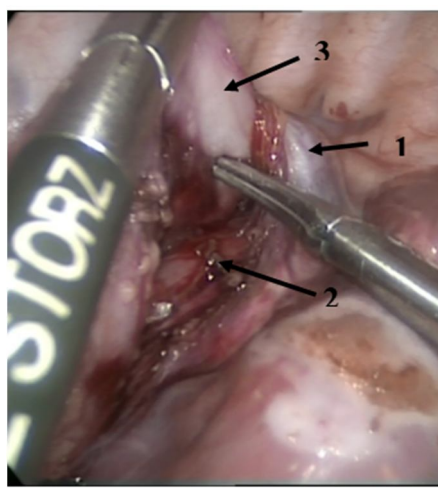


Рис. 4. Интраоперационное фото: Торакокопия справа.

- 1 – Непарная вена
- 2 – Пищевод
- 3 – Удвоенный пищевод

В раннем послеоперационном периоде ребенок находился в ОАРИТ, на 1-е сутки переведён в хирургическое отделение. Послеоперационный период протекал гладко, дренажная трубка из правой плевральной полости удалена на 3 сутки. На контрольной рентгенографии грудной клетки и УЗИ органов брюшной полости патологии не выявлено. Ребенок выписан на 7 сутки. По данным гистологического исследования: тубулярное удвоение пищевода с гетеротопией элементов трахеи, вызывающих стенозирование, в сочетании с дубликатурой желудка.

Заключение. Таким образом, удвоение пищевода является достаточно редким пороком развития, малознакомым как педиатрам, так и детским хирургам. Клинические проявления заболевания весьма разнятся в зависимости от размеров и локализации дубликационных кист в желудочно-кишечном тракте. Данный клинический случай интересен нетипичными клиническими проявлениями, расположением и протяженностью дополнительной кишечной трубки. А применение эндовидеохирургического оперативного вмешательства позволило минимизировать операционную травму и произвести одноэтапное радикальное удаление дубликатуры.

ЛИТЕРАТУРА (п. 3 см. в REFERENCES)

1. Грона В.Н., Литовка В.К., Журило И.П., Латышов К.В. Удвоение желудка у детей // Здоровье ребенка. – 2009.- №1.- С. – 106-109
2. Машков А.Е., Пыхтеев Д.А., Сигачев А.В., Щербина В.И., Гаганова Л.Е. Видеоассистированное удаление кистозной формы удвоения тощей кишки больших размеров // Детская хирургия.- 2015.- №6.- С. 55-56

REFERENCES

1. Grana V. N., Litovka V. K., Zhurilo I. P., Latsyov K. V. Udvoenie zheludka u detey [Duplication of stomach in children]. *Zdorove rebenka - Children's health*, 2009, No. 1, pp. 106-109
2. Mashkov A. E., Pykhteev D. A., Sigachev A. V., Shcherbina V. I., Gaganova L. E. Videoassistirovannoe udalenie kistoznoy formy udvoeniya toshchey kishki bolshikh razmerov [Video assisted elimination of cyst form of intestine duplication of a big size]. *Detskaya khirurgiya - Pediatric Surgery*, 2015, No. 6, pp. 55-56
3. Okamoto T., Takamizawa S., Yokoi et al. Completely isolated alimentary tract duplication in neonate. *Pediatric Surgery*, 2008, Vol. 24, No. 10, pp. 1145-1147

ХУЛОСА

Н.Н. Ахпаров, А.Ж. Оразалинов, К.М. Ахтаров,
М.М. Калабаева, Н.Б. Афлатонов

БА ТАВРИ ЭНДОВИДЕОЧАРРОХӢ БУРИДАНИ СУРХРӢДА ВА МЕЪДАИ ДУПЛИКАТУРАШУДА

Маркази илмӣи педиатрӣ ва чаррохӣи кӯдаконаи ВТ
ЧҚ, ш. Алма-Ато. Қазоқистон

Як баробар зиёд шудани роҳҳои ҳозима, аз ҷумлаи нуқсонҳои инкишоф, ғурӯҳи аҳёиро ташкил медиҳад. Аз ҷиҳати анатомӣ дубликатураи тубулярӣ ва киставиро ҷудо мекунанд. Мақолаи мазкур фарогири шарҳи ҳодисаи ба таври эндовидеоҷарроҳӣ буридаи дубликатураи тубулярӣ ва ҳамзамон гузариш ба меъдаи кӯдаки дусола мебошад. Амалиёти миниилоиш имконият фароҳам овард, ки осеби амалиёт коҳиш ёфта, экстирпацияи якмарҳилагии найчаи патологияи рӯда, ки дар қафаси сина ва ковокии шикам ҷойгир шуда буд, ба амал оварда шавад.

Калимаҳои калидӣ: як баробар зиёд шудани сурхрӯда, кӯдакон, эндовидеоҷарроҳӣ.

УДК 616-053.3;616.71-007.1

Н.А. Иноятова, Н.Ф. Ниязова, Ш.Т. Самиева, А.А. Мусоев

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЬНОГО С НЕСОВЕРШЕННЫМ ОСТЕОГЕНЕЗОМ

Кафедра эндокринологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Мусоев Ашраф Ахматович – клинический ординатор кафедры эндокринологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино; 734003, г. Душанбе, ул. А. Навои 35, кв. 125; тел.: +992939959959; e-mail: musoev.ashraf@mail.ru

Приводится описание клинического случая несовершенного остеогенеза у пациента 22 месяцев. Клинико-рентгенологическая картина демонстрирует наличие системного остеопороза с патологическими переломами, задержкой физического и двигательного развития, признаками гипоплазии некоторых групп мышц. При денситометрии выявлено снижение минеральной плотности костной ткани. Лабораторные данные показали отклонения от нормы уровней кальция, паратгормона, витамина Д, щелочной фосфатазы. Впервые пациенту с несовершенным остеогенезом 3 типа в республике Таджикистан проведена терапия ингибиторами остеокластической резорбции - памидроновой кислотой.