

ХУЛОСА

С.С. Шайдоев, Р.Р. Рахматуллоев,
Ш.Б. Полвонов, П.Р. Мухтарова,
А.М. Шарипов

**ОИДИ МАСЪАЛАИ ТАБОБАТИ
МУШТАРАКИ ЗИДДИРЕТСИДИВИИ
ПАПИЛЛОМАТОЗИ ХАНЧАРА
ДАР КЎДАКОН**

Мақсади кор. Такмили усулҳои муштаракӣ таъбаоти зиддиретсидивии папилломатозии ханҷара дар кӯдакон.

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Таҳлили мукоисавии таъбаоти 42 нафар беморони гирифтаи папилломатозии ханҷара бо истифодаи таъбаоти муштаракӣ зиддиретсидивӣ бо Лаферобион, Иммуномакс ва биомаводҳои таркибашон калтсий ва синкдоранда ва таъбаот бо истифодаи усулҳои анъанавӣ гузаронида шудааст.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳими он. Мақола ба усули муштаракӣ зиддиретсидивии таъбаоти папилломатозии ханҷара бо истифодаи маводҳои зиддиретсидивӣ ва тақвиятбахшҳои масуният дар 20 нафар аз 42 нафар таҳқиқшудагон бахшида шудааст.

дааст. Усулҳои таъбаоти анъанавӣ дар 22 нафар беморон анҷом дода шудааст.

Самаранокии клиникии таъбаотро аз реи беҳтаршавии вазифаи овозӣ ва камшавии миқдори ретсидивҳо баҳо дода шуд. Дар беморони гурӯҳи I ретсидивӣ беморӣ дар 5% беморон баъди 1 сол ба қайд гирифта шудааст, қариб дар 50 ҳолатҳо Т- ва В-хучайраҳо ба эътидол баргашта, нишондодҳои масунияти чузъӣ беҳтар гардид, дар беморони гурӯҳи II бошад, миқдори ретсидивҳо 18,2%-ро ташкил намуд, яъне 4 маротиба бештар ва аз ин ре, лозим омадааст, ки онҳоро тақрибан бистарӣ намуда давраи таъбаоти муштаракӣ ҷарроҳӣ ва маводӣ анҷом дода шавад.

Хулоса. Усули пешниҳоднамудаи муштаракӣ зиддиретсидивии таъбаоти папилломатозии ханҷара дар кӯдакон ба пурра намудани нуқсонҳои масунияти бадани беморон нигаронида шудааст, давраҳои тақриршавиро дароз менамояд, бешак усули асосноки патогенетикӣ махсуб меёбад ва ин имкон медиҳад, ки онро дар амалияи клиникӣ мавриди истифодаи васеъ қарор бидиҳем.

Калимаҳои калидӣ: папилломатозии ханҷара, усули муштаракӣ, ретсидивӣ, таъбаоти зиддиретсидивӣ, давраи байниретсидивӣ.

УДК 613.24-036.17-053.2-085

Б.А. Шамсов¹, З.Н. Набиев², Х.Дж Мирзоев², Ф.А. Файзуллоев¹

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ, ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

¹ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» Республика Таджикистан

²ГУ Комплекс здоровья «Истиклол», г Душанбе, Республика Таджикистан

Шамсов Бахтовар Абдулхафизович – соискатель ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»; e-mail: bakhtovar01@gmail.com. Тел.: 907-58-88-87.

Цель исследования: Клиническое сравнение терапевтического питания для реабилитации детей с недостаточностью питания тяжелой степени.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты обследования и лечения 58 детей с тяжелым нарушением питания. Критерием для включения были дети от 6 до 59 месяцев с тяжелым нарушением питания стандартизованная оценка (Z-SCORE) $Z \leq 3$ и находящиеся на стадии реабилитации стандартного лечения детей с ТНП.

Результаты исследования. Каждые два дня всех обследуемых детей взвесили, оценили отек и осмотрели (чаще, если ребенок предъявлял конкретную жалобу). Каждый ребенок в обеих группах был выбран на 6-й день фазы реабилитации для измерения потребления энергии. Потребление энергии рассчитывалось на основе количества, съеденного ребенком во время каждого приема пищи. Выздоровление оценивали по весу.

Вывод. Высокое потребление энергии, полученное у детей, находящихся на смешанном кормлении, приводит к среднему увеличению веса по сравнению с полученным с одним F100 в первой группе (которые сами по себе превышают минимальное увеличение веса, ожидаемое на этой фазе лечения).

Ключевые слова: дети, БЭН, питания, питательная недостаточность, квашиоркор, нутритивная поддержка, терапевтическое питание, недоедание.

B.A. Shamsov¹, Z.N. Nabiev¹, H.J. Mirzoev², F.A. Fayzulloev¹

NUTRITION REHABILITATION OF CHILDREN WITH SEVERE ACUTE MALNUTRITION

¹State Institution «Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Child Surgery»

²State Institution «Health complex Istiklol»

Shamsov Bakhtovar Abdulkhafizovich - applicant for the State Institution «Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Child Surgery»; e-mail: bakhtovar01@gmail.com

Aim: Clinical comparison of nutritional therapy for the rehabilitation of severely malnourished children.

Materials and methods. We have analyzed the results of examination and treatment of 58 children with severe malnutrition. The criterion for inclusion was children from 6 to 59 months with severe malnutrition, standardized score (Z-SCORE) $Z \leq 3$ and those in the stage of rehabilitation of standard treatment of children with TNP.

Research results. Every two days, all the examined children were weighed, the edema was assessed and examined (more often if the child made a specific complaint). Each child in both groups was selected on the 6th day of the rehabilitation phase to measure energy consumption. Energy intake was calculated based on the amount eaten by the child at each meal. Recovery was assessed by weight.

Conclusions. The high energy intake received in the mixed-fed infants results in an average weight gain compared to that obtained with F100 alone in the first group (which themselves exceed the minimum weight gain expected in this phase of treatment).

Key words: children, PED, nutrition, nutritional deficiency, kwashiorkor, nutritional support, therapeutic nutrition, malnutrition.

Актуальность. Недоедание, особенно у детей, является серьезной проблемой для здоровья не только нынешнего населения, но и следующих поколений людей. Согласно Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), недоедание относится к ряду заболеваний, каждое из которых имеет конкретную причину, связанную с одним или несколькими питательными веществами (например, белком, йодом, кальцием и т.д.), и каждое из них характеризуется клеточным дисбалансом между предложенным питательным веществом и энергии, с одной стороны, и потребность организма в них для обеспечения роста, поддержания и определенных функций, с другой (ВОЗ, 1996) [2, 4, 8, 9, 10]. Таким образом, недоедание складывается из множества различных клинических показателей в зависимости от того, какой питательный элемент ответственен за состояние дисбаланса. Существует четыре основных вида недоедания: задержка внутриутробного развития, белково-энергетическая недостаточность (БЭН) и нарушения, связанные с дефицитом витамина А, йода или железа [5, 9]. БЭН по-прежнему является серьезной проблемой для здоровья во всем мире в целом и в Таджикистане в частности. В 1995 г. из 11,6 млн. смертей среди детей моложе 5 лет во всех развивающихся странах 54% были связаны с недоеданием в той

или иной степени (ВОЗ, 1998) [5, 10].

В настоящее время разрабатываются различные методы лечения БЭН на дому в области питания в чрезвычайных ситуациях. Краеугольным камнем этих новых стратегий является использование готовой к употреблению лечебной пищи (RUTF), основанной на спецификациях терапевтического питания (ТП) F100. Поскольку эти RUTF не содержат воды, они не подвержены бактериальному заражению. Их можно хранить и употреблять в домашних условиях без предварительной подготовки.

В настоящее время производятся и используются в полевых условиях два коммерчески продаваемых RUTF: продукт на основе арахисовой пасты (Plumpy'nut) и твердое печенье (BP100).

Цель исследования: Клиническое сравнение терапевтического питания для реабилитации детей с недостаточностью питания тяжелой степени.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты обследования и лечения 58 детей с тяжелым нарушением питания. Критерием для включения были дети от 6 до 59 месяцев с тяжелым нарушением питания стандартизованная оценка (Z-SCORE) $Z \leq 3$ и находящиеся на стадии реабилитации стандартного лечения детей с БЭН. В исследования исключали детей с отеками (+++),

диареей и рвотой. На момент исследования все дети находились на искусственном вскармливании. Методом случайной выборки все дети были разделены на 2 группы: В 1-группе (29-детей) все дети находились на ТП F-100. Дети 2-группы (29-детей) находились на смешенном вскармливании ТП F-100 и RUTF BP-100 (Compact, Берген, Норвегия).

Таблица 1.
Антропометрические данные детей на момент поступления

	группа (n = 29)	группа (n = 29)
Возраст в мес.	13.34 ± 23.19	10.00 ± 23.36
Вес к росту в Z-баллах	-3.28 ± 1.36	-3.31 ± 1.41
Рост (см.)	72.10 ± 29.11	65.86 ± 24.90
Вес (кг)	6.61 ± 5.16	5.49 ± 4.69

Примечание: Среднее значение ± 3, стандартных отклонения (СО)

ТП F-100 и RUTF BP-100 (Батончик имеет витаминно-минеральный состав, эквивалентный F100, но он основан на вареной пшенице, а не на молоке) было специально разработано для восстановления питания детей, страдающих от тяжелой острой недостаточности питания, во время фазы перехода (F-100) и реабилитации (F-100 и BP-100) протокола лечения, разработанного Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ).

Стандартное лечение начиналось с фазы стабилизации, включающей диетическое лечение всех

детей с ТП F75 (130 мл/кг/день на 8 кормлений), плюс систематические антибиотики и лечение острых состояний (например, гипогликемии, гипотермии, обезвоживания и т.д.) до восстановления аппетита. Эта фаза длилась в среднем 5 дня. Затем пациент оставался в течение трех дней в переходной фазе с той же дозировкой ТП F100. Наконец, во время фазы реабилитации детям первой группы назначали ТП F100 из расчёта 200 мл/кг/день на шесть приемов пищи (100 мл F-100 содержит 100 ккал энергии). А детям второй группы в течение первых 3 дней фазы реабилитации получали стандартную диету (ТП F-100) с заменой одного из приемов пищи эквивалентным количеством (в ккал) BP-100. С 4-го дня лечения дети получала шесть альтернативных приемов пищи F-100 и BP-100. Порядок приема пищи менялся каждый день, чтобы избежать возможной предвзятости, связанной со сроками приема пищи. Как и в первой группе, общее потребление энергии было нацелено на обеспечение минимум 200 ккал/кг/день.

При диагностике и лечении детей с тяжелым нарушением питания мы руководствовались протокола ведения больных «Национальное руководство по лечению больных с тяжелой и средней недостаточностью питания», изданного на основании приказа Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 24 января 2018 г. №57.

Статистическая обработка статистических данных проводилась с помощью программного обеспечения Microsoft office 2019.

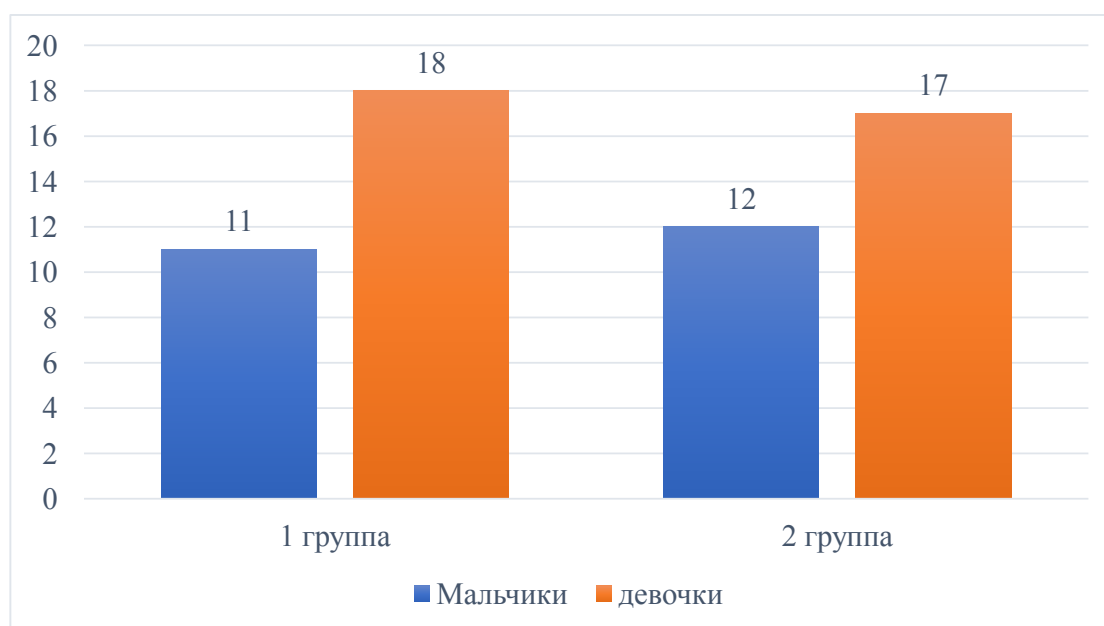


Рисунок 1. Распределение детей по полу

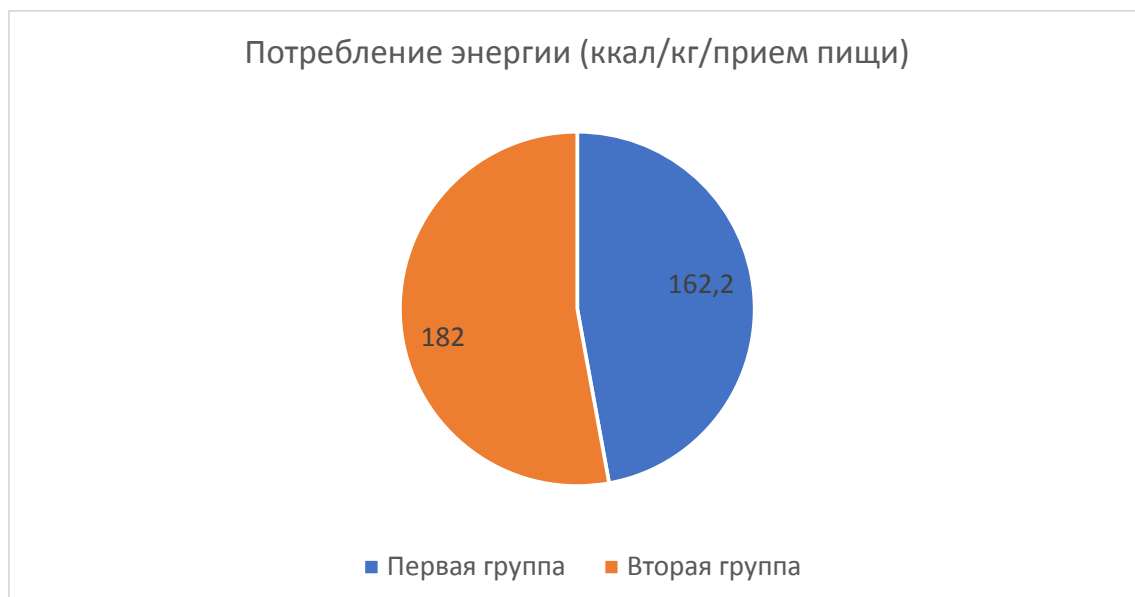


Рисунок 2. Потребление энергии за один прием пищи

Результаты исследования. Каждые два дня всех обследуемых детей взвесили, оценили отек и осмотрели (чаще, если ребенок предъявлял конкретную жалобу). Каждый ребенок в обеих группах был выбран на 6-й день фазы реабилитации для измерения потребления энергии (табл.2). Потребление энергии рассчитывалось на основе количества, съеденного ребенком во время каждого приема пищи. Выздоровление оценивали по весу. Ребенок был выписан, когда соотношение массы тела к росту было выше 85% от медианы TC Z-SCORE.

Среднее значение Z-балла (ср.) отношения

массы тела к росту у детей в день измерения потребления энергии (6-й день фазы реабилитации) составляло -2,86 у детей первой группы и -2,5) у детей второй группы. Средний вес в тот день для первой группы составлял 6,81 кг, а для группы смешанного питания - 5,79 кг.

В таблице 2 представлены потребление энергии до 45 минут после еды у детей. У этих детей среднее потребление энергии при приеме ТП ВР-100 было значительно выше, чем при приеме ТП F100 ($p < 0,0001$). Средняя разница в потреблении энергии между приемами пищи F100 и ВР-100 составляла 16,8 ккал/кг/ прием пищи.

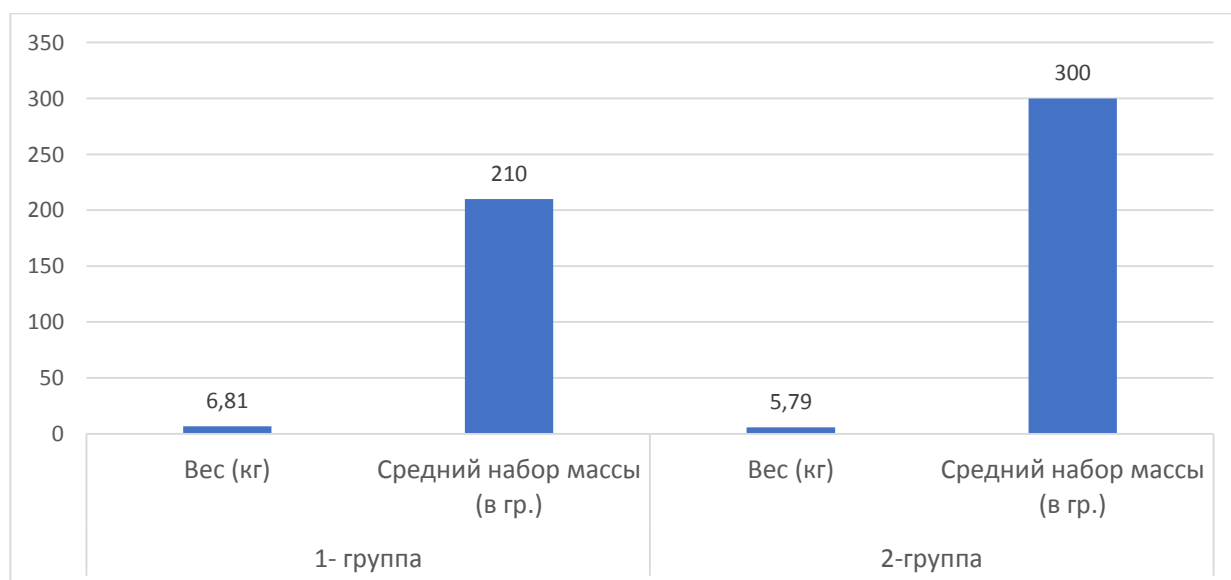


Рисунок 3. Прибавка в весе у детей на 6 день взвешивания

Продолжительность фазы реабилитации до выписки была одинаковой для пациентов, завершивших лечение в группах смешанного питания и группы только F100. В первой группе только заняла в среднем 14,6 дня, а в группе смешанного питания – 11,8 дня.

Выводы.

1. Высокое потребление энергии, полученное у детей, находящихся на смешанном кормлении, приводит к среднему увеличению веса по сравнению с полученным с одним F100 в первой группе.

2. Диапазон энергозатрат у ВР-100 намного шире, чем у F100. Преимуществом F100 может быть относительная стабильность количества, которое дети потребляют при каждом приеме пищи.

3. В дальнейшем необходимо тщательного изучения приема ТП, основанной исключительно на ВР-100 в условиях стационара и дома, чтобы оценить риск неадекватного потребления воды. ВР-100 не содержат воды и должен всегда подаваться с водой, чтобы обеспечить абсорбцию и избежать обезвоживания.

4. Таким образом ВР-100 можно использовать при реабилитации тяжелого недоедания в условиях стационара, амбулатории и дома.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 5-10 см. в REFERENCES)

1. Гафуржанова Х.А. Особенности физического развития детей 1-го года жизни, находящихся на различных видах вскармливания / Л.А.Бабаева, Х.А. Гафуржанова // Здравоохранение Таджикистана. – 2016. - №1. – С.24-31.

2. Завьялова А.Н. Распространенность белково-энергетической недостаточности госпитализированных детей (пилотное исследование) / А.Н. Завьялова, А.Ш. Мусаева, А.А. Спиркова и др. // Медицина: теория и практика. - 2018. - №1. – С. 31-33

3. Муродов М.Д., Хусейнов З.Х. Изучение функции органов пищеварения у детей при остром лимфобластном лейкозе / М.Д. Муродов, З.Х. Хусейнов // Здравоохранение Таджикистана. – 2015. - №1. – С.36-40.

4. Нечаева Г.И. Белково-энергетическая недостаточность в клинической практике / Г.И. Нечаева, И.В. Друк, Е.А. Лялюкова // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2013. - №7. – С. 23-26.

REFERENCES

1. Gafurzhanova KH.A. Osobennosti fizicheskogo razvitiya detey 1-go goda zhizni, nakhodyashchikhsya na razlichnykh vidakh vskarmlivaniya [Features of the physical development of children of the 1st year of life, who are on various types of feeding]. Zdravookhraneniye Tadjikistana

- Healthcare of Tajikistan. – 2016. - №1. – P.24-31.

2. Zavyalova A.N. Rasprostranennost belkovo-energeticheskoy nedostatochnosti gositalizirovannykh detey (pilotnoye issledovaniye) [Prevalence of protein-energy malnutrition in hospitalized children (pilot study)]. Meditsina: teoriya i praktika - Medicine: theory and practice. - 2018. - №1. – С. 31-33

3. Murodov M.D., Khuseynov Z.KH. Izucheniye funktsii organov pishchevareniya u detey pri ostrom limfoblastnom leykoze [Study of the function of the digestive system in children with acute lymphoblastic leukemia]. Zdravookhraneniye Tadjikistana - Healthcare of Tajikistan – 2015. - №1. – P.36-40.

4. Nechayeva G.I. Belkovo-energeticheskaya nedostatochnost' v klinicheskoy praktike [Protein-energy deficiency in clinical practice]. Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya - Experimental and Clinical Gastroenterology. - 2013. - №7. – P. 23-26.

5. Barouaca H., Squali F.Z., Hida M.Effect of Short-Term of Nutrition Rehabilitation on Catch-up Growth in Marasmus and Kwashiorkor. – 2013. - Children. J Food Nutr Disor 2:4. doi:10.4172/2324-9323.1000123

6. Kurpad A. Overview of changing protein and amino acid requirements and application to pregnancy requirements. Food Nutr Bull. 2013;34:234–6.

7. Semba RD. The rise and fall of protein malnutrition in global health. Ann Nutr Metab. 2016;69:79–88.

8. Tierney EP, Sage RJ, Shwayder T. Kwashiorkor from a severe dietary restriction in an 8-month infant in suburban Detroit, Michigan: Case report and review of the literature. Int J Dermatol. 2010;49:500–6.

9. World Health Assembly Resolution WHA57.17. Global strategy on diet, physical activity and health. World Health Organization, Geneva: May 22, 2004.

10. WHO. Guideline: Updates on the management of severe acute malnutrition in infants and children. Geneva: World Health Organization; 2013.

ХУЛОСА

Шамсов Б.А., Набиев З.Н., Мирзоев Х.Ч., Файзуллоев Ф.А.

БАРҚАРОРСОЗИИ КЎДАКОНИ ГИРИФТОРИ НОРАСОИИ ШАДИДИ ВАЗНИНИ ҒИЗОЙ

Мақсади тадқиқот. Муқоисаи клиникаи ғизои терапевтӣ барои барқарорсозии кӯдакони гирифтори норасоии шадиди вазнини ғизоӣ

Маъвод ва усулҳо. Дар мақола натиҷаҳои таҳлил ва таъбаоти 58 кӯдаки гирифтори норасоии шадиди вазнини ғизоиро (НШБҒ) таҳлил кардем. Меъёрҳои дохилшавӣ ин кӯдакони аз 6 то 59 моҳа бо НШБҒ, тамоюли стандартии (Z-SCORE) $Z \leq 3$ ва

онҳое мебошанд, ки дар марҳилаи барқарорсозии табобати стандартӣ кӯдакони гирифтори НШВҒ мебошанд.

Натичаҳо. Ҳар ду рӯз ҳамаи кӯдакони барқарорсозиданд, варамиро арзёбӣ карданд ва (аксар вақт, агар кӯдак шиояти мушаххас карда бошад). Ҳар як кӯдак дар ҳарду гурӯҳ дар рӯзи 6-уми марҳилаи барқарорсозӣ барои чен кардани истеъмоли энергия интиҳоб карда шуд. Истеъмоли энергия аз рӯи миқдори хӯрдани кӯдак дар ҳар ҳуҷра ҳисоб карда

шудааст. Барқароршавӣ аз рӯи вазн баҳо дода шуд.

Хулоса. Истеъмоли зиёди энергия, ки дар кӯдакони ширӣ омехта истеъмол мекунанд, ба афзоиши миёнаи вазн оварда мерасонанд дар муқоиса бо танҳо бо F100, ки гурӯҳи аввал истеъмол мекунад (онҳо аз афзоиши ҳадди аққали вазни дар ин марҳилаи табобат пешбинишуда зиёдтаранд).

Калимаҳои асосӣ: кӯдакони НШВҒ, ғизо, норасоии ғизо, квашиаркор, дастгирии ғизоӣ, ғизоӣ терапевтӣ, камғизоӣ.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

УДК 616-007-053.1

Ш.З. Набиева

АКТУАЛЬНОСТЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

ГУ «Республиканский научно клинический центр педиатрии и детской хирургии» Республики Таджикистан

Набиева Шахноза Зоҳировна – соискатель ГУ «Республиканский научно клинический центр педиатрии и детской хирургии». E-mail: shaha.92@mail.ru. Тел.: 907-58-88-87.

В статье приведен обзор современной литературы с целью изучения вопросов этиологии, факторы риска, профилактики, выявления и современном лечении врожденных пороков развития.

Исследования доказали, что основные профилактические мероприятия по снижению рождения детей с пороками развития и улучшения состояния здоровья беременных женщин должны быть направлены на совершенствование диагностических технологий и решение медико-социальных проблем беременных женщин.

Ключевые слова: дети, врожденные пороки развития, пороки развития, врожденные аномалии, ВПР, ВПС.

Sh.Z. Nabieva

RELEVANCE OF INCIDENTAL DEVELOPMENTAL DISORDERS

State Institution «Republican Scientific Clinical Center of Pediatrics and Pediatric Surgery»

Nabieva Shahnoza Zohirovna - Applicant for the State Institution «Republican Scientific Clinical Center of Pediatrics and Pediatric Surgery». E-mail: shaha.92@mail.ru

The article provides a review of modern literature in order to study the issues of etiology, risk factors, prevention, detection and modern treatment of congenital malformations.

Studies have shown that the main preventive measures to reduce the birth of children with developmental defects and improve the health status of pregnant women should be aimed at improving diagnostic technologies and solving medical and social problems of pregnant women.

Key words: children, congenital malformations, malformations, congenital anomalies, congenital malformations, congenital heart disease.

Врожденные пороки развития (ВПР) - это структурные, поведенческие, функциональные и метаболические нарушения, которые возникают во время внутриутробной жизни и могут быть идентифицированы пренатально, при рождении или позже в младенчестве, например, дефект слуха [14, 18, 31]. ВПР также именуются как врожденные

аномалии, врожденные дефекты и врожденные нарушения. ВПР могут быть изолированными аномалиями или частью синдрома и продолжают оставаться важной причиной неонатальной и младенческой заболеваемости и смертности [6].

В то же время, не все наследственные болезни являются врожденными. Значительная часть на-